

ALUCINACIONES

¿Experiencia o trastorno?

Alejandro Parra

COLECCIÓN UAI - INVESTIGACIÓN

UAI EDITORIAL

teseo 

Alucinaciones

¿Experiencia o trastorno?

Alejandro Parra

Alucinaciones

¿Experiencia o trastorno?

Colección UAI - Investigación

UAI EDITORIAL

teseo 

Parra, Alejandro
Alucinaciones : ¿experiencia o trastorno? . - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Teseo; Universidad Abierta Interamericana, 2014.
326 p. ; 20x13 cm.
ISBN 978-987-723-009-3
1. Psicología.
CDD 150

UAI EDITORIAL

© UAI, Editorial, 2014



© Editorial Teseo, 2014

Teseo - UAI. Colección UAI - Investigación

Buenos Aires, Argentina

ISBN 978-987-723-009-3

Editorial Teseo

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Para sugerencias o comentarios acerca del contenido de esta obra,
escribanos a: **info@editorialteseo.com**

www.editorialteseo.com

Comité editorial

Lic. Juan Fernando Adrover

Arq. Carlos Bozzoli

Mg. Osvaldo Barsky

Dr. Marcos Córdoba

Mg. Roberto Cherjovsky

Mg. Ariana De Vincenzi

Dr. Roberto Fernández

Dr. Fernando Grosso

Dr. Mario Lattuada

Dra. Claudia Pons

Dr. Carlos Spector

Los contenidos de los libros de esta colección cuentan con evaluación académica previa a su publicación

PRESENTACIÓN

La Universidad Abierta Interamericana ha planteado desde su fundación en el año 1995 una filosofía institucional en la que la enseñanza de nivel superior se encuentra integrada estrechamente con actividades de extensión y compromiso con la comunidad, y con la generación de conocimientos que contribuyan al desarrollo de la sociedad, en un marco de apertura y pluralismo de ideas.

En este escenario, la Universidad ha decidido emprender junto a la editorial Teseo una política de publicación de libros con el fin de promover la difusión de los resultados de investigación de los trabajos realizados por sus docentes e investigadores y, a través de ellos, contribuir al debate académico y al tratamiento de problemas relevantes y actuales.

La Colección Investigación Teseo - UAI abarca las distintas áreas del conocimiento, acorde a la diversidad de carreras de grado y posgrado dictadas por la institución académica en sus diferentes sedes territoriales y a partir de sus líneas estratégicas de investigación, que se extienden desde las ciencias médicas y de la salud, pasando por la tecnología informática, hasta las ciencias sociales y humanidades.

El modelo o formato de publicación y difusión elegido para esta colección merece ser destacado por posibilitar un acceso universal a sus contenidos. Además de la modalidad tradicional impresa comercializada en librerías seleccionadas y por nuevos sistemas globales de impresión y envío pago por demanda en distintos

continentes, la UAI adhiere a la red internacional de acceso abierto para el conocimiento científico y a lo dispuesto por la Ley 26.899 sobre Repositorios digitales institucionales de acceso abierto en ciencia y tecnología, sancionada por el Honorable Congreso de la Nación Argentina el 13 de noviembre de 2013, poniendo a disposición del público en forma libre y gratuita la versión digital de sus producciones en el sitio web de la Universidad.

Con esta iniciativa la Universidad Abierta Interamericana ratifica su compromiso con una educación superior que busca en forma constante mejorar su calidad y contribuir al desarrollo de la comunidad nacional e internacional en la que se encuentra inserta.

Dr. Mario Lattuada
Secretaría de Investigación
Universidad Abierta Interamericana

ÍNDICE

Presentación	9
Introducción	15
Parte 1	
Alucinación como una condición humana	23
1.1. Dimensión cultural de la experiencia alucinatoria	25
1.2. Paradigmas explicativos de la experiencia alucinatoria	71
1.3. Variedades de la experiencia alucinatoria.....	135
Parte 2	
Modelos teóricos	177
2.1. El continuo de las experiencias psicóticas en la población no-clínica.....	179
2.2. El modelo psicológico de las experiencias alucinatorias.....	221
Conclusiones	237
Bibliografía	249

*A mis estudiantes.
Gracias a quienes disfruto con su aprendizaje,
compartimos la aventura del saber,
y me enseñan a comprender
la huella que dejamos
en su espíritu.*

*Al Señor Rector Edgardo Néstor de Vincenzi.
Por su proyecto pedagógico y
su estímulo continuo
por promover la investigación abierta,
más allá de toda frontera.*

*Al Señor Decano J. Fernando Adróver.
Por su apertura, generosidad y sensibilidad.
Pionero de grandes cambios
y productor de nuevos saberes.*

INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones son percepciones que ocurren en ausencia de estímulos sensoriales correspondientes, pero desde el punto de vista subjetivo del individuo que las experimenta son indistinguibles de la percepción normal. Algo es percibido, pero objetivamente no hay nada para percibir. En este sentido, las alucinaciones, son diferentes de las ilusiones, las cuales son distorsiones o malas interpretaciones del objeto percibido.

Según la definición oficial de la cuarta edición del DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*) la alucinación es una percepción sensorial que tiene el sentido real de una percepción verdadera pero que ocurre sin la estimulación externa de un órgano sensorial relevante. Sin embargo, esta definición actualmente está en revisión. Bentall (2000), por ejemplo, la define de manera más precisa: “cualquier experiencia parecida a una percepción, la cual (a) ocurra en ausencia de un estímulo apropiado, (b) tenga la fuerza completa o el impacto de su correspondiente (o real) percepción, y (c) no sea permeable al control voluntario de quien la experimenta”.

La alucinación presenta tres características que la distinguen de los demás fenómenos psicológicos. En primer lugar, existe la convicción de que el fenómeno tiene su origen fuera de uno mismo, es decir, que se produce en el mundo real; en segundo lugar, hay una falta de control por parte del individuo que intenta distinguir entre las alucinaciones y otras clases de imágenes mentales vívidas (por ejemplo, la imaginación); y en

tercer lugar, existe una imposibilidad, o por lo menos una dificultad de alterar o disminuir la experiencia por deseo expreso de la persona.

A lo largo del tiempo, las alucinaciones han sido consideradas como uno de los principales síntomas de la enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, algunos estudios indican que personas claramente normales tienen experiencias alucinatorias. Como consecuencia, resulta fundamental tener un sistema prioritario de comprensión fenomenológica de la alucinación. Una de las características que diferencia lo “normal” de lo “anormal” no está relacionada con las alucinaciones o cualquier otra característica del estado mental, por el contrario, son numerosas las investigaciones que parecen apoyar la existencia de una continuidad entre los trastornos psicopatológicos y la personalidad normal, y demuestran que los trastornos de la personalidad representarían el extremo en el continuo de rasgos de la personalidad normal.

Por lo tanto, podemos esperar que las alucinaciones se manifiesten no sólo en individuos con trastornos, como experiencias perceptuales disfuncionales, sino también en la población general. Este hecho ha despertado el interés de los especialistas de la salud mental por investigar variables que pudieran inducir alucinaciones. Sin embargo, históricamente las alucinaciones se han ligado a la psicopatología y, por lo tanto, suelen ser consideradas experiencias perceptuales patológicas.

A modo de ejemplo, podemos destacar que uno de los fenómenos alucinatorios que ocurre en personas sanas se da en individuos que realizan actividades bajo condiciones extremas (como la depleción de oxígeno que afecta a los buceadores y a los alpinistas) o en personas

que padecen un trastorno orgánico (como el Síndrome de Charles Bonnet, una enfermedad ocular por degeneración vascular). En ambas situaciones, las personas afectadas son capaces de distinguir entre sus experiencias y la realidad, es más, tienen alucinaciones visuales en el contexto de su integridad sensorial porque carecen de perturbación psiquiátrica. En efecto, la característica fundamental es que estos individuos son capaces de reconocer lo irreal de lo real en sus imágenes visuales.

En buena medida, lo disfuncional de una experiencia alucinatoria dependerá de la respuesta de la sociedad. Definitivamente, existe diferencia entre una persona que experimenta un delirio místico y una que tiene una experiencia mística. Es decir, el diagnóstico psicológico de una persona que dice ver a Jesucristo o a la Virgen María en un santuario mariano no recibe el mismo juicio de integridad mental que una persona que está internada en un hospital neuropsiquiátrico. Por ejemplo, los individuos que experimentan conversaciones con espíritus son menos propensos a padecer empeoramiento funcional, en tanto y en cuanto estén rodeados por personas que acepten (e incluso envidien) su experiencia, que si están rodeados por individuos que menosprecian o rechazan sus experiencias.

En este sentido, podemos sostener que las alucinaciones son fenómenos complejos que presentan una gran cantidad de implicaciones clínicas, teóricas y empíricas (Larøi, 2006). Las investigaciones que examinan la existencia de una continuidad entre los trastornos psicopatológicos y la personalidad normal (Livesley y Schroeder, 1990; Trull, 1992) se enmarcan dentro de un modelo dimensional de clasificación de los trastornos mentales que se opone a los modelos dicotómicos tradicionales

entre síndromes clínicos y trastornos de la personalidad de los sistemas categoriales. De ahí surgen las críticas a la distinción que se hace en la última versión del DSM (*American Psychiatric Association*, 1994) entre el eje I y el eje II porque se considera que no es tan clara la separación entre los trastornos de la conducta anormal (Livesley y Schroeder, 1990; Millon, 1983).

Desde el punto de vista dimensional y, por lo tanto, de un continuo entre la conducta normal y la conducta anormal, resulta controvertido formular diferentes categorías diagnósticas basadas en síntomas, si se tiene en cuenta que muchos síntomas son comunes a varios síndromes (Slade y Bentall, 1988). Actualmente, en los sistemas clasificatorios como el DSM, las alucinaciones se incluyen entre los síntomas de las psicosis funcionales.

Otro aspecto característico 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. Además, la ausencia de control por parte del individuo la distingue de otra clase 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.

Es importante señalar que los profundos cambios que se dieron en la segunda mitad del siglo XX en la organización de los servicios de la salud mental han impactado en la manera de pensar estos problemas y en el desarrollo de un creciente interés en la epidemiología de los problemas de salud mental en la comunidad.

Esto implica que la mayoría de los problemas en salud mental pueden ser relativamente breves y limitados, pero que muchos individuos los afrontan sin la asistencia de un especialista. Por lo general, las personas sólo buscan ayuda cuando les resulta difícil hacer frente a sus experiencias. Este es el caso de las personas que experimentan ansiedad (por ejemplo ciertas fobias) o depresión y encuentran sus propias maneras de tratarlas y conducirse y, si tienen éxito, evitan la intervención de un especialista. En este sentido, no hay razón para suponer que, en principio, la experiencia de oír voces pueda ser diferente.

Es cierto que la mayoría de los psiquiatras creen que las alucinaciones indican la presencia de psicosis, de modo que la medicación sería la herramienta principal para erradicarlas. Sin embargo, en la práctica, surgen dos problemas. En primer lugar, una proporción significativa de casos de alucinaciones no tiene ninguna relación con la psicosis, de modo que no hay razón *a priori* para esperar que estas experiencias respondan a la medicación antipsicótica; en segundo lugar, aún no está totalmente demostrado que estas drogas sean efectivas para controlar las alucinaciones o neutralizar la psicosis.

El DSM-IV-TR distingue una categoría de problemas llamada “otras condiciones que podrían ser foco de atención clínica” (*American Psychiatric Association*, 1994/2002, pp. 675-686). Estas condiciones podrían ocurrir en individuos que no tienen trastornos mentales o que los tienen pero que la “otra condición” no está asociada a un trastorno, pero es lo suficientemente grave como para prestarle atención individual. Lukoff, Lu y Turner (1992) propusieron que esta categoría incluya el diagnóstico a problemas religiosos o espirituales

para compensar la tendencia que existe entre los profesionales de la salud mental a ignorar o “patologizar” problemas religiosos y espirituales, produciendo mayor iatrogenia (Turner, Lukoff, Barnhouse y Lu, 1995). El DSM advierte sobre la malinterpretación de considerar como trastorno mental “ciertas prácticas religiosas o creencias” (como escuchar o ver a un difunto durante un duelo) (*American Psychiatric Association*, 1994/2002, p. xxiv). Además, advierte que las creencias religiosas pueden parecer esquizoides para observadores neófitos (*American Psychiatric Association*, 1994/2002, p. 643).

Estas experiencias perceptuales han sido estudiadas por la psicopatología y con frecuencia se consideran experiencias perceptuales patológicas. De hecho, toda conceptualización debería ser explorada en el contexto bio-psico-sociocultural del individuo que la experimenta. Sin embargo, no hay razón a priori ni justificación teórica para limitar la definición de alucinación al campo de la psicopatología, si bien es más fácil definir fenomenológicamente una alucinación dentro de un contexto psicopatológico que dentro de un contexto sociocultural.

En la Parte 1: Alucinación como una condición humana, se examina la alucinación como una dimensión cultural. Debido al hecho de que las alucinaciones han estado históricamente ligadas a la medicina, y en particular a la psicopatología y la psiquiatría, con frecuencia son consideradas como experiencias perceptuales patológicas. Sin embargo, la experiencia alucinatoria debe ser explorada en el contexto bio-psico-sociocultural del individuo, ya que no hay ninguna justificación teórica para limitar su definición a la psicopatología; de hecho, es más difícil definir fenomenológicamente una alucinación dentro de un contexto cultural que dentro de un contexto

psicopatológico. Aquí se presentarán las dimensiones histórica, antropológica, social y fenomenológica de la experiencia alucinatoria y se expondrán las razones por las cuales estas dimensiones se encuentran, con frecuencia, ausentes de un abordaje contextual.

También se examinarán los paradigmas explicativos de la experiencia alucinatoria tales como el paradigma psicodinámico, cognitivo-conductual, organicista y abordajes contra las alucinaciones desde modelos psicofarmacológicos a psicológicos; las variedades de la experiencia alucinatoria, tales como las diferencias entre jóvenes y ancianos, los sistemas de creencia, las experiencias pos-duelo, experiencias en niños y adolescentes, la sensación de presencia y las experiencias alucinatorias hipnagógico/hipnopómpicas.

En la Parte 2: Modelos teóricos, se examina el así llamado continuo de las experiencias psicóticas, escalas de medición y criterios diferenciales entre espiritualidad, esquizotipia y psicosis, y algunos modelos psicológicos de las experiencias alucinatorias, tales como el modelo disociacional, absorción y propensión a la fantasía, intensidad de la imagería y variables de personalidad, como el neuroticismo y el psicoticismo y la propensión a la esquizotipia.

En conclusión, me propongo sostener que las alucinaciones también pueden ser observadas en personas que no presentan ningún tipo de trastorno psicopatológico. Esta situación lleva a proponer o re-proponer una continuidad del fenómeno alucinatorio entre la normalidad y la psicopatología. Más aún, el modelo de continuidad de la experiencia alucinatoria que se desarrolla en esta obra se basa principalmente en estudios epidemiológicos, para cuya evaluación se han utilizado

diferentes denominaciones de predisposición a la psicosis. Además, se analiza cómo varía la distribución de estos síntomas en la población general según cómo se mida el fenómeno, esto es, medir –en la población general– los mismos síntomas que se observan en pacientes con trastorno psicótico, y explorar otras experiencias perceptuales anómalas.

En última instancia, se examina si las experiencias anómalo/alucinatorias responden al principio dimensional y si aparecen en individuos no-psicóticos. Finalmente, analizamos si resulta necesario una nueva palabra para suplir el término “alucinación”. A causa de la clara connotación patológica de la experiencia, Stevenson (1983) propone el concepto de “idiofanía” para describir experiencias no patológicas en individuos saludables que guardan en privado, o que no influyen en su conducta manifiesta. Este tipo de experiencias presentan una naturaleza completamente diferente a la de los trastornos patológicos y no están acompañadas por la pérdida de contacto con la realidad.

Alejandro Parra
1 de julio de 2014

PARTE 1
ALUCINACIÓN COMO UNA CONDICIÓN HUMANA

1.1. DIMENSIÓN CULTURAL DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

Dimensión histórica

A lo largo de la historia, el fenómeno de la alucinación ha estado asociado a la insania y ha contribuido a la gran discusión del misterio de la “locura” (Bentall, 2003). Distintas civilizaciones en el mundo intentaron comprender los misterios de las enfermedades mentales. En tiempos prehistóricos, por ejemplo, se creía que la enfermedad mental estaba influenciada por espíritus o demonios, incluso algunos antropólogos contemporáneos piensan que la trepanación de cráneos en las culturas primitivas era una forma de liberar a los pacientes afectados por espíritus malignos.

En las culturas de Medio Oriente las enfermedades mentales se consideraban dentro de conceptos filosóficos y religiosos específicos, se les daba un status legítimo, aceptado. Por ejemplo, las culturas griega y romana se encontraban dominadas por la literatura, la filosofía y los puntos de vista médicos que intentaban comprender la enfermedad mental. El concepto médico de la locura fue elaborado en las escrituras hipocráticas (siglo IV d. C.) y se centró en la integración de los cuatro humores: sangre, bilis negra, bilis amarilla, y flema (Fourasté, 1992).

Durante el período grecorromano hubo una gran aceptación de las manifestaciones emocionales de la personalidad, particularmente evidente en las producciones dramáticas, como en la obra de Eurípides (480-406 a. C.), que mostraba lo que parecía ser la expresión

comportamental de la locura y las alucinaciones. Estas expresiones eran deliberadamente exageradas a los efectos dramáticos de los personajes de la obra (Mora, 1985).

En la antigüedad se valoraba el consejo y la orientación que brindaban las “voces del oráculo” y durante más de mil años se consultó a las pitonisas para tomar decisiones importantes. La creencia generalizada era que en determinados sitios sagrados el suplicante podía escuchar en forma directa la voz de su dios y era bastante común que el mensaje se recibiera gracias a la mediación de un sacerdote o sacerdotisa especialmente consagrados, quienes escuchaban su voz y transmitían este mensaje a los demás. Si bien se recurría a estos adivinos por cuestiones mundanas, también se los consultaba por motivos religiosos y espirituales. Aparte del célebre oráculo de Delfos había otras formas de adivinación: la voz de Zeus se hacía escuchar en Dodoua, Pan tenía un oráculo en Acacesio, la diosa Artemisa hablaba a través de los sacerdotes en Éfeso, y para consultar a Trofonio de Lebadea, el interesado debía descender a una caverna oscura consagrada a este dios y permanecer allí a solas (Moody, 1995; Watkins, 2003).

Platón (428-348 a. C.) creía que la enfermedad de la psiquis se debía a la desarmonía entre uno o varios rasgos de la personalidad, al desconocimiento de sí mismo, o al auto-engaño, y en este sentido describió cuatro tipos de locura: profética, ritual, poética y erótica (Mora, 1985). Platón reconoció la similitud entre los sueños saludables y las alucinaciones de la locura e intentó comprender las alucinaciones y los sueños a través de mecanismos psicológicos y una localización anatómica. Él creía que los pensamientos racionales junto con las percepciones ocurrían en la cabeza, pero que la parte

del alma que atañe a las imágenes alucinatorias y a los sueños estaba localizada en el hígado. Para Platón, las alucinaciones y las percepciones eran un fenómeno diferencial fundamental y sostenía que las estructuras que mediaban los sueños y las alucinaciones eran diferentes de las percepciones del despertar. De hecho, los oráculos eran tan apreciados que Platón se refirió al de Apolo en Delfos como “el intérprete de la religión para toda la humanidad.”

Por su parte, la tradición judeocristiana presenta cuantiosas descripciones de seres divinos o demoníacos que se relacionan directamente con los humanos (Preuss, 1975). Por ejemplo, en el libro del Génesis se dice que el sexto día de la creación Dios “les habló” a Adán y a Eva, diciéndoles que Él los había creado a su imagen y semejanza (Génesis, 1:27-28); poco después, Dios le dio a Adán un mandamiento relativo a sus responsabilidades en el jardín del Edén (Génesis, 2:16-17). El Dios del Antiguo Testamento prometió que Él se revelaría a los seres humanos por medio de visiones y voces, y así lo hizo con numerosos héroes y profetas, aunque a Moisés le concedió una bendición especial cuando le habló desde una zarza ardiente. Además dice que “Iahvé conversaba con Moisés cara a cara, como habla un hombre con su amigo” (Éxodo, 33:11). Desde siempre, el acontecimiento más significativo es cuando Dios le dicta a Moisés los diez mandamientos en el monte Sinaí (Éxodo, 34:27-28). Este hecho tuvo profundas repercusiones para el pueblo judío y, en definitiva, para todo el mundo cristiano.

El Nuevo Testamento contiene muchos relatos de episodios en los cuales un individuo oye voces. Por ejemplo, los ángeles le hablaron en forma directa a María (Lucas, 1:28-30), a José (Mateo, 1:20), a Zacarías (Lucas,

1:13) y a María Magdalena (Juan, 20:13). Por lo menos en tres ocasiones, el mismo Jesús escuchó voces: la primera ocurrió al cabo de su bautismo en el río Jordán (Marcos, 1:10-11), poco después, el Espíritu Santo condujo a Jesús al desierto, donde fue tentado por el demonio (Mateo, 4:3-10), y de acuerdo con el Evangelio según San Mateo, Moisés y Elías se aparecieron durante la transfiguración de Jesús y le hablaron (Mateo, 17:3). Una nube luminosa los cubrió y una voz les dijo desde la nube: “Éste es mi Hijo amado, en quien me complazco; escuchadle” (Mateo, 17:5). Curiosamente, Pedro, Santiago y Juan, los tres discípulos que estaban con Jesús en ese momento, también escucharon la voz de Dios proveniente de la nube.

Uno de los episodios más famosos del Nuevo Testamento, que luego sería un momento decisivo para la historia de los primeros cristianos, está relacionado con la experiencia de Saúl (que más tarde se convertiría en San Pablo) al escuchar “la voz de Jesús cuando marchaba camino a Damasco” (Hechos, 9:3-7). Luego de ello, la conversión de Pablo al cristianismo fue completa. Entonces se transformó en el gran defensor de la causa evangelizadora. Con frecuencia, la cordura de quienes viven profundas experiencias espirituales es puesta en cuestión por los más escépticos, y el caso de Pablo no fue una excepción. Cuando le describió su experiencia a Festo, el gobernador romano le dijo: “Estás loco, Pablo; las muchas letras te hacen perder la cabeza” (Hechos, 26:24).

Además, el último libro del Nuevo Testamento contiene un detallado relato de la revelación recibida por el apóstol Juan en la isla de Patmos. Y en el Apocalipsis aparece una clara descripción gráfica de los últimos

días del mundo revelada a Juan en una serie de visiones. Según Juan, en esta revelación la voz de Jesús era “como ruido de grandes aguas” (Apocalipsis, 1:15).

Durante la Edad Media, principalmente desde el siglo IV hasta el XVI, se creyó en los conceptos tradicionales de los cuatro humores en conjunto y la influencia de los espíritus en la conducta humana. La creencia general era que la enfermedad mental podía ser curada por fuerzas sobrenaturales o por intervención de los santos. En el siglo XIII se vislumbró un progreso en la comprensión del comportamiento humano y la enfermedad mental, pero los siglos XIV y XV fueron signados por una era de superstición y creencia en las brujas. Por ejemplo, la famosa obra *Malleus Maleficarum* (El martillo de las brujas), con la cual se juzgaba si una persona era o no condenada a muerte por practicar brujería, y a las que alucinaban como poseídas por el demonio. Es más, el *Malleus Maleficarum* (Sprenger y Kramer, 1669/1975) se convirtió en un manual ampliamente utilizado por la inquisición durante, por lo menos, doscientos años.

El siglo XVI, con el advenimiento de la era del Renacimiento, se caracterizó por actitudes humanitarias y la comprensión psicológica de los pacientes mentales. Esta tendencia continuó hasta el presente (Mora, 1985).

En la Europa del siglo XIX hubo un auge por la utilización recreativa de sustancias que generaban alucinaciones (como el hachís), con lo cual la comunidad médica francesa debió ocuparse del fenómeno de la alucinación (West, 1975). Philippe Pinel, que hizo un gran aporte a la investigación de las enfermedades mentales en general, intentó analizar y categorizar los síntomas de una manera simple y con gran claridad, e implementó lo que hoy se conoce como el “tratamiento moral” de

la enfermedad mental (Bromberg, 1940). Un alumno favorito de Pinel, Jean-Etienne Esquirol, dominó luego el movimiento psiquiátrico francés de la primera mitad del siglo XIX. Su libro *Des Maladies Mentales*, publicado originalmente en 1837, se convirtió en un clásico por su claridad y por la inclusión de estadísticas en la presentación del material clínico. Esquirol estudió el fenómeno alucinatorio y distinguió entre la ilusión y las alucinaciones respecto de la presencia o ausencia de estímulos externos. De hecho, su descripción se convirtió en la base de la definición actual de alucinación.

Moreau de Tour describió la aparición de las alucinaciones bajo una amplia variedad de condiciones, incluyendo el estrés psicológico y físico, y además estudió las experiencias alucinatorias provocadas por drogas como el *Stramonium* y el hachís. Mientras Esquirol presentaba la relación entre el contenido de los sueños y las alucinaciones, Moreau apuntaba a las bases comunes que subyacen en los sueños y el delirio. Sugirió que las alucinaciones derivadas del hachís y la enfermedad mental son estados psíquicos virtualmente idénticos (Bromberg, 1940).

En la segunda mitad del siglo XIX se desarrollaron más progresos en el área de los trastornos mentales y las alucinaciones. El neurólogo francés Pierre Janet describió la aparición de las alucinaciones durante el sonambulismo y otras reacciones disociativas (Nijenhuis y van der Hart, 1999). Especialistas de otros países de Europa como Alemania, Austria e Inglaterra, pronto se interesaron por el tema. El neurólogo inglés Hughlings Jackson, que combinó la especulación filosófica con el conocimiento sobre las funciones cerebrales que dominaban esa época, sostenía que el sueño era psicológicamente

insano y utilizó términos neurofisiológicos para explicar el proceso cerebral involucrado. Indicó que las diferencias en la descarga neuronal eran las responsables de las variaciones en la intensidad de la ideación y la percepción. También sugirió que la eliminación de los procesos inhibitorios del sueño y la insania conducen a las intensas descargas que se producen en los sueños y las alucinaciones.

En latín existían palabras como “alucinación” y “alucinar”, pero su mejor traducción era “confabular” y “deambular”, sin connotaciones específicamente perceptivas (este significado todavía se lee en *Shorter Oxford English Dictionary*, sexta edición, 2007). Sin embargo, Esquirol describe a la persona que “alucina” como “Un hombre [...] que tiene la convicción interna de una sensación actualmente percibida en el momento en que no hay objeto externo, [y es] capaz de despertar esta sensación dentro del campo de sus sentidos, está en estado de la alucinación. Es un visionario” (Esquirol, 1837: 320). Así pues, para él, las alucinaciones son sensaciones sin objetos externos apropiados, y el “visionario” y el “alucinador” eran la misma persona. Es decir que Esquirol acuñó el término “alucinación” para “visiones” y “éxtasis” y además diferenció las alucinaciones de las ilusiones (Leudar y Phillips, 2000).

El término “alucinación” fue aceptado, después de muchas discusiones, con el significado que Esquirol le otorgó, pero distinguió formalmente entre alucinaciones y otros trastornos de la percepción, observando que la persona que alucina “atribuye un cuerpo y una actualidad a las imágenes que la memoria trae a la mente sin la intervención de los sentidos.” La controversia entonces estuvo en definir a qué tipo de experiencias se le debe

aplicar el término, así como cuál podría ser la teoría correcta para explicar las alucinaciones.

El problema que se planteó en la comunidad psiquiátrica era si las alucinaciones podían coexistir con la razón. Muchos argumentaron que no, y que las alucinaciones son, en sí mismas, incuestionables signos de insania. Esto significa que si Sócrates experimentaba alucinaciones, estaba enfermo como otros “visionarios” en la historia. El padre de la psiquiatría, Phillipe Pinel, pensaba que Sócrates padecía catalepsia, pero Lelut creía que Sócrates alucinaba; de hecho, la definición de Lelut de la alucinación no está fuera de lugar en un libro de psiquiatría, para quien las alucinaciones son “percepciones internas que el individuo atribuye a la acción de objetos externos” y de “transformaciones espontáneas del pensamiento en sensaciones”. Además, para Lelut “las alucinaciones son inherentemente patológicas, y un indicador innegable de locura [...] Sócrates padecía de alucinaciones auditivas; solamente la gente demente sufre *ergo* Sócrates era insano” (ver James, 1995: 92).

Para Maury (1855), en cambio, no había diferencia entre los visionarios, los extáticos y los locos de su tiempo. Él creía que la aparente racionalidad de las alucinaciones visionarias estaba en un extremo, si bien las alucinaciones “racionales” eran esencialmente alucinaciones, como las de los internados en los asilos franceses. Maury pensaba que estas grandes figuras “creían en sus alucinaciones como si de hechos reales se tratasen”, y que las alucinaciones justificaban sus acciones (Leudar y Phillips, 2000).

Antoine Brière de Boismont describió las instancias de la alucinación y documentó la aparición de síntomas alucinatorios en varios trastornos mentales y los

que ocurrieran en el curso de una intensa concentración (Brière de Boismont, 1853/1862; West, 1975). En 1855, la Société Médico-Psychologique de París se reunió dos veces para discutir el tema de las alucinaciones y Brière de Boismont compiló un informe en ambas reuniones (Brière de Boismont, 1856).

Buchez sostenía que los seres humanos estamos dotados de facultades fisiológicas de visión y audición interna que se pueden desarrollar mucho más en el caso de los músicos y los pintores, pero que en condiciones patológicas, sin embargo, las imágenes internas son espontáneas e involuntarias. La diferencia entre las alucinaciones de los artistas y las de los insanos aparece en términos del control o no sobre sus experiencias alucinatorias. Este punto de vista fue compartido por Peisse, quien agregó que, a diferencia de los artistas, los alucinadores insanos no distinguen sus percepciones internas espontáneas e involuntarias de sus percepciones normales (de objetos externos). En este punto, lo interesante es el intento por distinguir las alucinaciones en los individuos sanos y en los insanos, y que esta distinción se basa en la posibilidad de controlar su experiencia. Sin embargo, todavía no está claro si las experiencias de los artistas realmente significaban “alucinaciones”. En términos generales, la definición de un concepto debe ser distinguida de su aplicación, ya que la definición regula los conceptos que se pueden aplicar a un objeto, pero no determinan cuáles serán aplicados realmente al objeto. Es más, si algunas de las experiencias de los individuos creativos fueran como las alucinaciones del insano, un psiquiatra no tendría por qué llamarlo por ese nombre.

Baillarger (1886) consideraba que las alucinaciones no son más que imágenes internas almacenadas en la memoria, reproducidas con gran vividez y confundidas con percepciones. No todos creían que los alucinadores necesariamente confundían percepciones internas (o conceptos o recuerdos sensoriales) con percepciones de objetos externos. De hecho, Baillarger le respondió a Garnier diciendo que las alucinaciones eran concepciones que la persona enferma confundía con percepciones. En opinión de Baillarger, la persona que alucina no necesita dejarse engañar por sus alucinaciones aun si éstas están ocurriendo; en otras palabras, no necesita creer en su realidad “objetiva”. Se puede reconocer perfectamente que no son reales, aun si son alucinaciones. El error de confundir dos experiencias de tipo diferente no es, según Baillarger, un elemento esencial de las alucinaciones.

Algunos expertos, junto a Baillarger, sostenían: “Incluso si una alucinación es un fenómeno patológico, no siempre es una evidencia de insania: un campesino no está loco aun cuando crea que la Virgen se le apareció y le habló” (Brière de Boismont, 1856: 140). Las alucinaciones son siempre un “fenómeno patológico”, pero no necesariamente indican locura. La “patología” probablemente significa patología diaria que puede interpretarse como *equivocaciones en las que cualquier persona puede incurrir*; en este sentido, no toda “patología” psicológica indica claramente locura. Brière de Boismont se oponía a la idea de que las alucinaciones debían estar sujetas únicamente a la locura. Según James (1995), Brière de Boismont no negaba que los visionarios eran alucinadores, pero decía que sus alucinaciones eran compatibles con la razón y que eran el resultado de su época.

De modo que la discusión sobre las alucinaciones se dividía en tres. El primer problema se refería a la naturaleza de las experiencias alucinatorias: ¿son percepciones internas, concepciones experimentadas como percepciones, o recuerdos sensoriales vívidos? El segundo, a si las alucinaciones necesariamente implicaban generar imágenes internas erróneamente interpretadas como percepciones; entonces: o las visiones de los artistas no son alucinaciones o la confusión de la realidad no es un aspecto que afecta el significado de la “alucinación”. Y el tercero se preguntaba si las alucinaciones y la locura iban de la mano (ver Stagnaro, 1998).

Brière de Boismont (1861a, 1861b) comparó las alucinaciones de los individuos sanos e insanos (*individus aliens* contra *individus raisonnables*) para “distinguir clara y cuidadosamente las alucinaciones patológicas de las alucinaciones fisiológicas” (Brière de Boismont, 1861b: 511). Ambas eran alucinaciones, pero negaba que las de los artistas y de los visionarios de la religión fueran estrictamente alucinaciones.

De acuerdo con Ellenberger (1970: 337), Pierre Janet intentó escribir su tesis doctoral sobre las alucinaciones (Nijenhuis y van der Hart, 1999), pero luego, a diferencia de Ball (1882) y Baillarger (1886) perdió el interés. Janet consideró las alucinaciones de una manera diferente, principalmente como un síntoma de la histeria porque –en sentido estricto– Janet estudió una población peculiar de pacientes, agrupados por diferentes síntomas, como lo hacía la mayoría de los psiquiatras de su época.

La medicina intentó explicar las alucinaciones aun antes de la formación del sistema de asilamiento para enfermos mentales. Henry Maudsley, la figura más influyente de la historia de la psiquiatría británica, sostenía

que las experiencias sobrenaturales eran simplemente “observaciones e interpretaciones incorrectas de la naturaleza [...] los fenómenos [sobrenaturales] no han sido nunca, ni lo son, acontecimientos del mundo externo, son y serán por siempre fábulas de la imaginación” (Maudsley, 1897: 305). Maudsley estaba convencido de que las experiencias sobrenaturales se podían explicar en términos de trastornos mentales e incluso, también, las alucinaciones, de modo que las experiencias religiosas de los grandes líderes espirituales, como Mahoma, San Pablo, Ana Lee (la fundadora de los Shakers), Emmanuel Swedenborg, Ignacio de Loyola, George Fox y John Wesley podían explicarse en términos de epilepsia (una condición que durante siglos estuvo asociada a la intervención divina). Una de las razones es que los estilos de vida de estos líderes religiosos los predisponían a este tipo de enfermedades, además del ayuno prolongado y el auto-engaño. Maudsley coloca firmemente las alucinaciones en el territorio de la enfermedad mental y en un modelo de psicopatología. Esta categorización se integró en la práctica clínica hasta el día de hoy. También afirmó que las alucinaciones eran más comunes en “los salvajes y las mentes bárbaras” (Maudsley, 1897: 199), lo cual revelaba sus ideas en torno a la superioridad racial de los europeos, gran paradigma que dominó el pensamiento científico de fines de siglo XIX.

El primer estudio sistemático para determinar si las alucinaciones podían ocurrir en personas sin enfermedades físicas o mentales lo realizó la *Society for Psychological Research* (Sidgwick, 1894) en Gran Bretaña, a fines del siglo XIX. Un gran equipo de colaboradores entrevistó a un total de 7717 hombres y 7599 mujeres. Aunque no se hizo ningún muestreo realmente aleatorio, se empleó un

procedimiento de entrevista semiestructurada mediante la pregunta: *¿Ha tenido usted alguna vez, cuando creía estar completamente despierto, la impresión intensa de ver a un ser viviente o un objeto inanimado, de sentir su contacto o escuchar alguna voz, sin que, hasta donde pudo descubrir, esta impresión se debiera a alguna causa física exterior?* Fueron contratados 403 agentes para censar a personas de ambos sexos, diferentes edades y status social.

Del total de 15.316 encuestados, sólo 1.684 (poco más del 10%) respondieron afirmativamente, el 7,8% de hombres y el 12% de mujeres indicaron al menos una experiencia alucinatoria vívida. La más común fue la alucinación visual de una persona viva que no estaba presente en el momento de la experiencia, con contenido religioso o sobrenatural (si bien las alucinaciones auditivas no eran tan frecuentes como las visuales). Muchos entrevistados fueron excluidos por diversas razones; por ejemplo, experiencias alucinatorias con ideación delirante (como la fiebre escarlatina o tifoidea), sueños y pesadillas, voces o sensaciones de contacto que despertan al soñante, visiones de objetos vistos a ojos cerrados, experiencias visuales que se ven conciliando el sueño o al despertar, sonidos de una voz humana –o algo que le habla– que incluye susurros donde no se podía distinguir ninguna palabra, sensación táctil pero sin percepción de contacto con un objeto definido, luces que se ven por detrás de las puertas, objetos vistos en el rabillo del ojo y meras ilusiones u objetos erróneamente identificados.

Casi cincuenta años después, este estudio se continuó con otra encuesta menos extensa, realizada por la empresa encuestadora Mass Observation al público

británico en general (West, 1948). De las 1.519 respuestas correctas, en 217 (es decir el 14,3%) aparecía al menos una experiencia alucinatoria. Además, en este estudio, las alucinaciones visuales también fueron más frecuentes que las auditivas, y en las mujeres se experimentaron más alucinaciones que en los varones.

A partir del desarrollo del moderno sistema de clasificación psiquiátrica de Emil Kraepelin y sus seguidores en Alemania, las alucinaciones llegaron a considerarse como el principal síntoma de la esquizofrenia (Bromberg, 1940). La perspectiva de Kurt Schneider (1951), que atribuye las alucinaciones a la esquizofrenia en ausencia de patología orgánica, es un reflejo de las encuestas acerca de los síntomas de los pacientes psiquiátricos (ver Ey, 1979). Además Schneider (1951) abogó para que cierto tipo de alucinaciones de modalidad auditiva sea considerado como síntoma de “primer orden” de la esquizofrenia (ver Cortese, 2003), una perspectiva que refleja el criterio diagnóstico moderno definido en la cuarta revisión del DSM (*American Psychiatric Association*, 1994/2002).

Durante las primeras tres décadas del siglo XX, los neurólogos y los psiquiatras continuaron los estudios del fenómeno alucinatorio, pero en los años veinte disminuyó el interés por el tema. La contribución de Sigmund Freud presentaba al sueño como una forma de alucinación. Sostenía que, como en los sueños, las alucinaciones representaban una irrupción del material inconsciente a la consciencia en forma de imágenes sensoriales en respuesta a situaciones y necesidades psicológicas. A causa de que el psicoanálisis, en general, prestó mayor interés a las neurosis, declinó el interés por las alucinaciones, e incluso de las psicosis en general.

En la segunda mitad del siglo XX creció el interés por las alucinaciones debido, en gran parte, al estudio con drogas alucinógenas. Los nuevos abordajes en psicopatología experimental, privación sensorial, privación del sueño y un nuevo entendimiento de la fenomenología del soñar propiciaron otra comprensión de la alucinación y ampliaron las diversas teorías que explican el fenómeno. En un estudio internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 70% de los pacientes que cumple el criterio diagnóstico de esquizofrenia experimenta alucinaciones (Sartorius, Shapiro y Jablensky, 1974). En otro estudio sobre casos de esquizofrenia realizado también por la OMS se registraron alucinaciones (Jablensky, Sartorius, Emberg, Anker, Korten, Cooper, Day y Berrelsen, 1992). Este hecho (atribuir alucinaciones a diversos tipos de grupos diagnósticos) refleja la continua disputa de límites entre los diferentes sistemas de diagnóstico en psiquiatría (Bentall, 1990a, 2000; Clark, Watson y Reynolds, 1995; Gelder, Mayou y Geddes, 2000).

Hace sesenta años se decía que para tratar las primeras formas de esquizofrenia bastaba “cruzar el Atlántico”, como consecuencia de las perspectivas divergentes que había entre la psiquiatría americana y la europea (ver Neppe, 1982). A modo de ejemplo, el famoso novelista británico Arthur Koestler aseguraba que tenía tres veces más posibilidades de ser diagnosticado esquizofrénico en los Estados Unidos que en Inglaterra. Afortunadamente, la unificación del criterio clínico permitió elaborar categorías diagnósticas más consistentes. Desde mediados del siglo XX, al mismo tiempo que comenzó la primera edición del DSM se administraron numerosas encuestas a estudiantes y residentes, y en todos estos casos

los datos también revelaron que una proporción (entre el 15 y el 25%) había tenido algún tipo de experiencia anómala/alucinatoria.

Una de las iniciativas recientes más relevantes para el abordaje no psicopatológico de la experiencia alucinatoria ocurrió cuando el psiquiatra holandés Marius Romme fue invitado a un programa de TV con una paciente que oía voces y que había sido diagnosticada como esquizofrénica. Después del programa, más de 450 personas se comunicaron telefónicamente con Romme, y les envió un cuestionario para saber cómo enfrentaban la experiencia. Del análisis de los cuestionarios se desprende que el 40% de las personas no estaba en contacto con ningún servicio psiquiátrico (Romme y Escher, 1989, 2005), el 24% dijo que podía enfrentar estas experiencias y el 49% que tenían dificultades para tolerarlas. Desde entonces, Romme y Escher realizaron importantes contribuciones a la comprensión de la naturaleza y la importancia de los mecanismos de afrontamiento en individuos con alucinaciones auditivas. Estos psiquiatras aplicaron técnicas basadas en los testimonios de las personas que podían enfrentar sus voces y las que no podían hacerlo. Las estrategias consistían en distracción, ignorar las voces, escuchar selectivamente las deseables y ponerles límites. El resultado más destacable de este trabajo fue la formación de *Resonancia*, una red de auto-ayuda para personas que oyen voces en Holanda (www.intervoiceonline.org), que se ha distribuido por toda Europa y los Estados Unidos.

Dimensión antropológica

A través de las culturas la experiencia alucinatoria varía grandemente (Al-Issa, 1978; Andrade, 1988). En la mayoría de las culturas occidentales, las alucinaciones tienden a considerarse amenazantes, mientras que en las no-occidentales se consideran como experiencias sagradas. Esto corresponde a la distinción entre las interpretaciones psicológicas y las religiosas (Bhugra, 1996; Prince, 1992). Si bien la literatura psicológica considera a las alucinaciones como perturbaciones patológicas, la literatura religiosa las ve como experiencias sagradas y transcendentales, aunque otras experiencias, como la posesión demoníaca, también podrían considerarse en sentido opuesto (Hood, 1973, 1975).

Al-Issa (1978) sugirió que la actitud positiva que muchas sociedades desarrolladas tienen hacia las alucinaciones refleja actitudes metafísicas que son bastante diferentes de las occidentales. De ahí que la preocupación de los psiquiatras y los psicólogos occidentales representa un criterio cultural materialista. En aquellas sociedades que consideran a la distinción entre lo real/objetivo y lo imaginario/subjetivo como algo irrelevante y sin importancia, el juicio de valor entre la percepción “correcta” o “incorrecta” de un evento no es tan determinante como lo es en la cultura occidental.

También se han encontrado diferencias culturales e históricas en la tipología de las alucinaciones (Al-Issa 1978). Por ejemplo, las alucinaciones visuales parecen ser más comunes en los países del tercer mundo que en los países desarrollados. Esta observación se confirmó en un estudio multinacional sobre nuevos casos de psicosis de la Organización Mundial de la Salud (Sartorius,

Shapiro y Jablensky, 1974). Incluso, en Occidente, parece haber una disminución de las experiencias alucinatorias visuales en comparación con un aumento de las auditivas; es decir, las experiencias alucinatorias que se registraban en el medioevo eran casi completamente visuales (Kroll y Bachrach, 1982). Lenz (1964), por el contrario, examinó los archivos psiquiátricos de Viena y encontró que las alucinaciones visuales disminuían en el término de cien años hasta 1962, mientras que las auditivas aumentaban.

El contenido de las alucinaciones también parece estar influenciado por la cultura. Así como las experiencias alucinatorias en el medioevo tenían casi exclusivamente contenido religioso, en la actualidad los psicólogos y los psiquiatras encuentran como temas comunes la tecnología y la persecución. Wallace (1959) se refirió a las alucinaciones como “uno de los modos más antiguos y ampliamente distribuidos de experiencia humana”. Aunque hay que reconocer las dificultades que existen para distinguir las alucinaciones de las pseudoalucinaciones en los estudios etnográficos de la alucinación, por ejemplo, en muchas comunidades aborígenes americanas, incluso en sociedades tribales de África, los hombres jóvenes de la tribu se retiran y van en busca de la guía y ayuda de sus espíritus guardianes. Ahora bien, es imposible decir si la “visión” que experimentan es, de hecho, una alucinación en vigilia, un sueño o un tipo de imagería hipnagógica porque esta distinción es totalmente irrelevante en el contexto de sus visiones y su significado. Como dijo Sullivan (1947: 323): “Las alucinaciones no necesariamente son indicadores de episodios psicóticos, lo son sólo cuando ocurren con cierta frecuencia.”

Existe amplia literatura antropológica descriptiva sobre experiencias alucinatorias en distintas sociedades del mundo. La antropóloga Erika Bourguignon (1970) estudió muestras pertenecientes a 488 sociedades para examinar experiencias disociativas, o más ampliamente, estados alterados de conciencia. Según Bourguignon, en la terminología nativa, el alma individual, o una de sus “almas”, es remplazada por la de otro ser, y la acción que realiza, los comportamientos, las cosas que dice y hace ya no son de él sino del espíritu que lo “posee” o de la posesión de varios espíritus al mismo tiempo. La especialista distingue dos tipos: la dimensión cognitivo-cultural y la utilización de drogas.

Los trances y las alucinaciones son experiencias que pueden ser espontáneas o inducidas, pero si ocurren espontáneamente pueden ser integradas dentro del ciclo de una conducta ritual y así estar bajo control. Por ejemplo, un chamán puede entrar en trance y creer que las alucinaciones son el primer paso, que luego ocurrirán sólo bajo condiciones controladas, inducidas intencionalmente como parte de la adquisición de una nueva religión y status social, o pueden considerarse una enfermedad o un signo de locura. Respecto de esto último, Devereux (1961) encontró que entre los indios Mohave hay un tabú en contra del cazador que se come lo que ha cazado, si viola el tabú tendrá alucinaciones: “verá la presa que ha cazado en todas partes”. El nativo Mohave lo considera un tipo de insania causada por violar la ley, un tipo de locura que afecta a los cazadores. La causa de estas alucinaciones se vincula a los conceptos derivados culturalmente de la culpa, y no forma parte de ningún ritual o reorganización social del grupo; al contrario, son más parecidas a las alucinaciones de

los pacientes psiquiátricos. Una diferencia importante entre las alucinaciones patológicas occidentales y los trances rituales de las sociedades tribales es que en las alucinaciones patológicas el significado de la experiencia generalmente no es compartido, mientras que en las alucinaciones “rituales” sí lo es. En muchas sociedades se “aprende” cómo desarrollar estados de trance, que se inducen sistemáticamente conforme a un modelo constituido culturalmente. Estas alucinaciones se utilizan de varias maneras en un “ritual”, pero casi siempre en un contexto religioso.

En general, los estados de trance se inducen intencionalmente, y por lo tanto, hay una serie de métodos que varían según las regiones y las épocas, como las privaciones (de movimiento, de contacto sensorial, de comida, de bebida, o sueño), que conducen al cansancio, o producen hipoglucemia o desorientación, auto-castigos o torturas específicas. Debe tenerse en cuenta que estos métodos rara vez están vinculados o combinados, que su uso presenta reglas, recomendaciones y expectativas y que el contenido de las alucinaciones queda estereotipado dentro de un contexto cultural.

Las experiencias de los místicos –combinadas con las privaciones y la auto-flagelación, las visiones, las enfermedades corporales, los cambios de estados de ánimo, y la relación erótica con las divinidades– llevaron a que muchos psiquiatras y psicólogos entendieran el misticismo como un proceso patológico (Wulff, 2000). Pierre Janet, por ejemplo, después de observar paralelismos entre el sufrimiento y el éxtasis de un paciente y de haber estudiado durante años las biografías de los grandes místicos cristianos, señaló que todos los extáticos padecen psicastenia, un término que acuñó para

un tipo de neurosis caracterizada por la ansiedad, las obsesiones y las fobias. A partir de su estudio sobre los místicos cristianos, Leuba (1925) se convenció de que existía una relación entre la experiencia mística y los procesos psicológicos y fisiológicos, y en particular con los trastornos histéricos (grupo de neurosis caracterizadas por alucinaciones, parálisis y sonambulismo) y la neurastenia (caracterizada por síntomas como agotamiento físico y mental crónico, hipersensibilidad, insomnio y pérdida de apetito) (Ellenberger, 1970).

La visión de Pratt (1920) resulta más favorable. Él sostiene que si bien la patología puede caracterizar las vidas de algunos místicos, la experiencia mística *per se* no es patológica. Existen estudios donde se sugiere que la experiencia mística no guarda relación con la psicopatología. En un trabajo con mujeres esquizofrénicas (Kroll, Fiszdon y Crosby, 1996) observaron la tendencia a experimentar estados alterados de conciencia de carácter disociativo que no se relacionaban con la tendencia a vivir experiencias místicas positivas. En estudiantes de sexo femenino en Canadá (Spanos y Moretti, 1988) se encontró que el misticismo (empleando la *Escala de misticismo* de Hood) se correlacionaba con la hipnotizabilidad y la absorción, pero no con medidas de neuroticismo, autoestima, tendencias depresivas o síntomas psicósomáticos. La magia negra u otras prácticas negativas, como el culto al demonio, se correlacionaban significativamente con el neuroticismo y los síntomas psicósomáticos.

Arbman (1963, 1970) y Austin (1998) compararon experiencias místicas y experiencias psicóticas y observaron que, en principio, las místicas se pueden distinguir por su transitoriedad, ausencia de impulsividad, esfuerzo

consciente, evolución coherente y continuidad. Además estaban condicionadas por la práctica de alguna doctrina específica y se caracterizan por una disminución de la auto-referencia y el sentido de unidad con el entorno, el mantenimiento de los lazos sociales, una percepción positiva de la sociedad y alucinaciones “benignas” (por ejemplo, visiones) en lugar de “psicóticas”. Arbman admitió que los extáticos religiosos difícilmente hayan padecido esquizofrenia y concluyó que el misticismo y la psicosis tienen poco en común, particularmente en relación con la distinción entre la experiencia shamánica y los síntomas de la esquizofrenia.

Personajes reconocidos, como el escritor y caricaturista James Thurber o el poeta y artista William Blake tuvieron experiencias alucinatorias auditivas (Jaynes, 1981; Ramachandran y Blakeslee, 1998). Klüver (1966) tuvo alucinaciones inducidas por la mescalina, y Leavitt (1995) por el LSD, como síntoma común de la abstinencia al consumo crónico de alcohol.

Los investigadores que han estudiado el fenómeno de “compañeros de juego imaginarios” están convencidos de que algunos niños tienen alucinaciones reales (Bender, 1970; Harvey, 1918; Pines, 1978). Ramachandran (1998) describe alucinaciones religiosas en pacientes que padecen epilepsia del lóbulo temporal, aunque en otros estudios han sido reproducidas “artificialmente” en individuos normales, a quienes se estimula los lóbulos temporales (Persinger, 1987; Persinger y Makarec, 1992).

Dimensión social

Para comprender la conducta y la experiencia de un individuo es necesario tener en cuenta su entorno social. Podemos apreciar lo significativo en el comportamiento y la experiencia de un individuo gracias al contexto y a las interacciones de los roles sociales que representa la persona, y los roles recíprocos que representan unos y otros. De modo que la comprensión de la conducta que se considera alucinatoria, al menos en el campo de la psicología social, es puramente teórica (Sarbin, 1956; Sarbin y Allen, 1968; Sarbin y Juhasz, 1967). Por ejemplo, la teoría de los roles aplica un modelo dramático para describir la conducta humana. El concepto de rol implica que las personas se presentan como actores, o sea, son activos e influyen el contexto en el que ocurren sus acciones. El término “rol”, tomado directamente del teatro, es una metáfora que intenta comunicar conductas que adhieren más a ciertos “repertorios” que a los actores cuya interpretación vemos. Debemos entender cualquier parte de la conducta compuesta por dos elementos: la interpretación del actor y el rol que subyacentemente actúa.

La metáfora de la teoría del rol comprende los siguientes elementos: las expectativas y su validación, la locación y su exactitud, la congruencia del rol y el yo, las habilidades generales y específicas de interpretación, la sensibilidad a las exigencias ecológicas de desempeño no estructural y las características de la audiencia a la que se dirigen. Por ello, el estudio de los individuos en forma aislada es incoherente con la teoría del rol. Los roles sólo pueden ser representados en el contexto de los otros, por ejemplo, sería absurdo considerar el rol

de un docente sin considerar a la vez el rol recíproco del estudiante en la díada enseñanza/aprendizaje. De manera similar, no tendría sentido analizar el desempeño de una persona en su rol de médico sin hacer referencia a su recíproco rol con el paciente.

Retomando la definición de Esquirol (1837), la alucinación –la imposibilidad de distinguir imagen de percepción– se ubica *dentro* del alucinador: quien alucina es intrapsíquicamente incapaz de distinguir entre sus percepciones y las fantasías. Esta definición era coherente con la idea de la ciencia médica de ese entonces por lo menos en dos aspectos: (1) que ésta se puede interpretar libremente (Esquirol no especifica *contenido* en su definición), cualquier fenómeno similar que se ajuste a esta definición debería ser aceptado como alucinación; y (2) que es intrapersonal, es decir que localiza la patología dentro de quien la padecía. Eliminar la relación interpersonal característica de la alucinación permitió a Esquirol aplicar el modelo médico de enfermedad a la alucinación. La definición intrapersonal garantiza mayor tangibilidad al médico para su tratamiento, pero ignora el rol participativo del médico en la identificación del paciente que alucina.

Como señalan Sarbin (1967), Sarbin y Juhasz (1967) y Fischer (1971) la “alucinación” es quizás el único término psiquiátrico que permanece esencialmente inalterado desde fines de siglo XIX. Al igual que Esquirol, la definición de alucinación –de acuerdo al DSM– opera como resultado de unir dos procesos: (1) una persona que dice estar percibiendo, y (2) un observador que dice que la persona no está percibiendo sino imaginando. Por lo expuesto, esto significa que la persona que alucina no está en condiciones de evaluar si está o no alucinando.

Dado el significado de las palabras percepción, falso y estímulo externo, el individuo no está en condiciones de asumir el rol del psiquiatra para diagnosticar y afirmar “estoy alucinando”, solamente otra persona es capaz de hacer un diagnóstico. En esta definición, como en las anteriores, se ignora el prejuicio del analista y se asume que el fenómeno es exclusivamente intrapersonal.

El Diccionario de la Real Academia Española (2001) define la alucinación como la “sensación subjetiva que no va precedida de la impresión en los sentidos” y quien alucina “[...] actúa sin sentido, es incapaz o al menos está poco dispuesto a distinguir entre la impresión sensorial verdadera y la falsa, y entre el estímulo, y las fantasías o los sueños.” Desde el punto de vista de quien diagnostica, el individuo que alucina manifiesta una conducta contradictoria, por lo tanto, es ilógico, irracional, loco o delirante, y su alucinación es un signo de enfermedad mental. El término “alucinación”, usado de esta manera, se refiere a una situación en la cual una persona pone una evaluación negativa sobre lo que la otra refiere, y que sirve para excluir o degradar a quien alucina. Entonces, la persona que juzga pasa a ocupar un lugar de mayor poder que aquel que está recibiendo el juicio de valor.

En lengua inglesa, la palabra *hallucination* (alucinación) se refiere a dos elementos fusionados, pero analizables: (1) la charla seria de personas sobre fantasmas y espíritus u otras apariciones, y (2) el juicio de valor de otras personas de que tal o cual tema es una tontería o carece totalmente de credibilidad (es decir, que no representa validez ontológica). El término “alucinación” ha sido tradicionalmente utilizado para describir conductas que son consideradas como sensatas y convincentes para quienes las sostienen, pero percibidas como ridículas

y carentes de sentido para observadores externos. La palabra “alucinación” es un anglicanismo de la palabra latina *alucinatio*, que significa vagar la mente, o charla ociosa, y se empleó por primera vez en inglés para traducir un fragmento de la obra de Lavater (1572/1929), quien la utilizó para referirse a “fantasmas y espíritus que caminan por la noche”, es decir, las apariciones. La utilización original de la palabra supone que hablar de fantasmas y espíritus es un “divague” en el sentido de “estar en desacuerdo con quien divaga”. Lavater dice que hablar de fantasmas y espíritus es una hablaturía, una cháchara o un parloteo porque el observador (la persona que hace un juicio correcto de la conducta normal) descarta cualquier indicio de seriedad en la afirmación o en la conducta. Lavater hace un uso peyorativo de la palabra alucinación en el sentido de que la afirmación metafísica de la existencia de fantasmas y espíritus no tiene status ontológico alguno, y por lo tanto, hablar de éstos es un absurdo por definición.

Sin embargo, a partir de Esquirol, en el siglo XIX, “alucinación” se ha transformado en un término técnico para la psicología y la medicina. La describe como “atribución de un cuerpo y una actualidad a las imágenes” (1837: 7) y toma la definición de Lavater. El fenómeno no se restringe sólo a las apariciones; bajo el rótulo de alucinación se puede incluir cualquier atribución de cuerpo o de actualidad a las imágenes. Alucinar es estar “fuera de contacto con la realidad” y estar fuera del contacto con la realidad es estar enfermo. De modo que Esquirol continuó empleando el término “alucinación” para: (1) una persona que tiene ciertas imágenes, y (2) otra persona que hace un juicio sobre el cuerpo y actualidad de una imagen que atribuye quien la imagina. La persona

que atribuye cuerpo y actualidad a esta imagen irreal no está en condiciones de hacer un auto-diagnóstico, de modo que está comportándose de forma claramente contradictoria. Por ejemplo, si un individuo dice: “estoy viendo a la Virgen María, pero en realidad sé que no es ella”, es una contradicción en sí misma porque el juicio debe provenir de *otra* persona (Malcom, 1959).

Sarbin (1967) sostiene que la imposibilidad de tolerar este comportamiento paradójico es una precondition para declarar a otra persona insana, o mentalmente enferma, o psicológicamente incompetente. La alucinación, en este sentido, todavía es una de las piedras angulares de la psicopatología.

En la actualidad, la cultura popular le aplica un valor positivo a la palabra “alucinación”, esto demuestra un cambio general en los sentimientos que se experimentan por medio de las imágenes (Juhasz, 1969, 1971) (por ejemplo, “es alucinante” en lugar de “es fascinante”). Laing (1967), Castaneda (1972), Jung (1968/1989, 1970/2002), Mutwa (1969) y Fischer (1971) señalan que el rol del alucinador depende de la definición lexicográfica: hay una segunda persona autorizada para juzgar las imágenes (por ejemplo un sacerdote, un psiquiatra o un shamán), es decir, alguien que aplica significatividad en la vida de fantasía del alucinador. De esta manera, la palabra “alucinación” aplica representación a las imágenes de personas queridas y respetadas.

En la medicina y la psicología occidentales, la imaginación puede ser considerada alucinación si la experiencia del individuo se identifica con un cuadro de deterioro funcional. El caso más típico es el del deterioro progresivo e involutivo de un paciente mental; un individuo que ha sido rechazado o menospreciado por aquellos

que tienen el poder de legitimar, ejercer coerción, o por un experto que hace una evaluación negativa de sus imaginерías y –por extensión– de quien imagina. De este modo, es necesario dimensionar el deterioro funcional en el marco *psicosocial* de la alucinación.

La utilización de criterios diagnósticos ocurre luego de que un paciente ha violado las normas de propiedad que dan paso a afirmaciones negativas de carácter moral (Goffman, 1961/2004; Becker, 1963; Scheff, 1966; Szasz, 1970). El diagnosticador, como representante de un poder que legitima, puede formalizar su evaluación negativa empleando términos como “psicosis”, o “esquizofrenia”. El efecto de este juicio moral es degradar al actor hacia una posición que va de un respeto neutral a la falta total del mismo. Con generosidad, la posición final que ocupa después del juicio moral es la de la “infra-humanidad” (Sarbin y Juhasz, 1967).

En este contexto, debido a que todo diagnóstico es un juicio moral, los criterios que emplea el diagnosticador estigmatizan al paciente (ver Paivio, 1971). En general, una persona degrada o menosprecia a otra cuando el rol recíproco que existe entre ambos está en situación de tensión o conflicto y tendrá efecto si involucra el uso de un poder legítimo y/o coercitivo que capitaliza en forma asimétrica las expectativas de los roles en el sistema. El intento de A para degradar a B es un intento de redefinición de las expectativas de los roles mutuos. Puesto que las expectativas de rol de A no son satisfechas por B, el sujeto A trata de redefinir la relación del rol degradando a B; por ejemplo, cuando las relaciones entre los padres y sus hijos están bajo tensión y al hijo no le va bien en el colegio, el padre podría intentar redefinir la situación juzgando a su hijo como “tonto”, “estúpido” o “idiota”.

Hay casos en los que la causa que precipita la degradación tiene que exagerarse antes de que ésta pueda ejecutarse. Consideremos, por ejemplo, el caso de un policía que “atrapa” a un chico fumando a escondidas en el colegio. La identidad del joven está sujeta a degradación debido a que el oficial de policía tiene poder legítimo y coercitivo. En otro contexto, un psiquiatra forense que declara que su defendido es un esquizofrénico paranoico utiliza su rol de experto para poder degradar a su defendido ante los ojos del jurado.

Sarbin y Juhasz (1967) estudiaron casos de culturas y épocas históricas donde una persona degradada a otra acusándola de brujería. La condición entre ambas, por lo general, siempre tiene un poder desigual. La acusación de brujería proveniente de una persona con un rol superior no sólo anula el rol de relación, sino que potencia la posición de superioridad del acusador en su comunidad. En muchas culturas, por ejemplo, enviudar sirve para redefinir el poder social. Estas personas eran blanco de acusación de brujería (Michelet, 1965; Calvera, 2005). En todo caso, si se convierten en acusadores o acusados va a depender del rol de poder entre la nueva viuda y el de sus vecinos. Podemos decir que la acusación de “enfermedad mental” en nuestra sociedad es el equivalente funcional de la acusación de brujería. Los “enfemos mentales” –como las brujas– eran personas declaradas intolerables para la sociedad. El diagnóstico de “enfermedad mental” también posiciona al acusado –como en la brujería– en condición de “infrahumanidad” (Baschwitz, 1968; Caro Baroja, 1973; Faggin, 1962; Sasz, 1970).

Becker (1963), Foucault (1965), Rosenhan (1973) y Sarbin (1967) coinciden en que no hay conductas que

sean motivo de exclusión social; en todo caso se vuelven intolerables *después* de su exclusión. El proceso de exclusión involucra un lento proceso de redefinición de conductas y percepciones alteradas. La exclusión misma redefine al otro como “desahuciado” o “peligroso”. En el caso de las alucinaciones, la “imaginería” se transforma en “alucinación”. Lo que dice el paciente no se toma seriamente (Sarbin, 1967; Sarbin y Juhasz, 1967; Sarbin y Juhasz, 1970), y en la mayoría de los casos, el proceso de deterioro ocurre antes de la evaluación de identidad.

Otro tipo de deterioro similar al del demente o al del loco es el del criminal. La distinción principal entre locura y criminalidad es que el criminal es considerado causal de sus acciones. Aunque distintos, volverse loco es algo que determina a una persona; volverse criminal es lo que una persona *hace*. A partir de esta diferencia surgen implicaciones sobre la percepción y el tratamiento que se tiene de los locos y de los criminales. El loco, como la bruja en otras culturas, está incapacitado a causa de una fuerza o poder exterior.

Volverse brujo o volverse un paciente mental involucra desviaciones fundamentales de la conducta normal y de la manera de asumir las responsabilidades en donde el individuo está dominando por una fuerza exterior. No satisfacer las expectativas asociadas al desempeño de roles, atribuidos u otorgados, equivale a formular una definición operacional de la “naturaleza humana”, formulada por sí mismo o por su sociedad. Este comportamiento antinatural no es materia de elección, es decir, no es malo de por sí, está mucho más allá de lo perverso, más allá de lo humano, significa la pérdida de la condición humana misma. El individuo quedará en manos de expertos, en un lugar especializado

de “reparación” o de “contención” para aquellos cuya humanidad se ha desviado, o anulado, o se encuentra seriamente cuestionada.

El conjunto de roles que la sociedad nos adscribe, como a todo individuo social, involucra las relaciones interpersonales y las responsabilidades familiares. Hollingshead y Redlich (1958) sostienen que en el caso de la “enfermedad mental” el acusador está más apto para asumir un rol familiar complementario. En una situación de tensión relacional con un hijo adolescente, el padre estará incapacitado –o al menos poco dispuesto– a adoptar la perspectiva de su hijo, en todo caso el padre estará más dispuesto a considerar la idea de que su hijo es malo o rebelde.

Los problemas relacionados con la imaginación, las visiones y las alucinaciones evocan invariablemente al concepto de “realidad”. Autores como Castaneda (1972, 1979) y Roszak (1969) sostienen la existencia de realidades múltiples. La raíz latina *res* (“cosa”, el objeto material) designa todo lo que tenga carácter de cosa; esto es, penetrabilidad, masa o tangibilidad. La habilidad de diferenciar las cosas de las sombras, de los espejismos, de las ilusiones ópticas, las palabras, los recuerdos, los sueños y las imaginaciones, para “estar en contacto con la realidad” no es más que una significación literal. “Estar en contacto con la realidad” significa que el individuo no acepta que existan ninfas o gnomos en los bosques, unicornios u otros seres sobrenaturales. Hasta aquí el uso original de la palabra “realidad” está al servicio del mundo de las cosas tangibles.

Para demostrar que los eventos no sólo se basan en cosas, necesitamos recurrir a la lingüística. Por lo general, tomamos un término por el lenguaje figurativo,

por ejemplo, un niño que describe una pesadilla quizá busque una palabra para expresar sus sentimientos, y podría decir “era como real”, o quizás diga “era real” para construir así la metáfora. Quienes escuchan al niño pueden interpretar que, más que una metáfora, su expresión es literal, e incluso se podría pensar que el niño no distingue entre el mundo de las cosas y el mundo de los sueños. Imaginemos, por ejemplo, un encuentro con el Demonio. En un esfuerzo por comunicarse, un individuo podría decir que “el Demonio era vívido” para escribir la intensidad de la experiencia. Pero decir que “el Demonio era real” es más fuerte, y el individuo podría evitar el “como si”. En un intento de traducir una imagen mental en palabras, una persona puede decir “es como si hubiese visto a la Virgen María,” pero en el momento en que lo dice sabe que la interpretación de la experiencia (haciendo público lo que es privado) será absolutamente incorrecta, y que algo perceptual se perderá en este pasaje a la traducción lingüística.

Quienes detentan el rol de menor poder en una relación de tensión, quizá sean declarados enfermos, criminales o locos, de modo que quien diagnostica tiene la opción de identificar a quien fantasea como un artista, un soñador o un excéntrico inofensivo. En este punto, la relación entre el deterioro social y la alucinación debe ser más diáfana. Las características propias de las conductas determinan si quien tiene imaginiería recibe un diagnóstico de alucinación, o si resulta ser un creativo muy imaginativo. Cualquier imaginador de gran intensidad podría ser considerado como alucinador, pero si el imaginador tiene una alucinación o un raptó de creatividad, dependerá del tipo de rol social que está bajo tensión, y el poder relativo de la relación recíproca.

Para Sarbin y Juhasz (1967), el diagnosticador que juzga a otro como alucinador falla al reconocer que el actor traduce su imaginación desde una perspectiva en particular, quienes por lo general insisten en que es su perspectiva (y no la del actor) la única legítima. Desafortunadamente, bajo la presunción de locura, el acusado quizá no sea consciente de que está traduciendo imaginación en comunicación. Esta condición es la más difícil de discernir y complica la situación de ambos roles. De hecho, es lo que algunas personas dicen cuando expresan “me estoy volviendo loca”, considerando el caso de una mujer que se está divorciando de su marido. Una mujer puede decir que está siendo “perseguida por el diablo”, pero si dijera, “es como si me persiguiera el diablo”, entonces quienes la escuchan sabrían que está empleando una manera figurativa de expresarse. Si no incluyera el “como si” en su afirmación, las personas que la escuchan tendrían que evaluar si “el diablo” se está empleando metafóricamente o para comunicar una interpretación desviada (delirio). A menos que la misma experiencia ocurra en un contexto religioso, lo metafórico deja de serlo y se convierte en una experiencia real, no una metáfora. Aun cuando su entorno cultural podría no aceptar la existencia del diablo como tal, en su subcultura (religiosa), la existencia del diablo es una interpretación plausible y razonable, tanto para la mujer como para su subcultura (e incluso probablemente también para su esposo).

En su subcultura, cada actor –la mujer, el esposo y su grupo religioso– aceptan y justifican de alguna manera la explicación que ella da por el comportamiento de su esposo. Entonces, la mujer no experimentaría ninguna situación de tensión de rol para explicar su experiencia

entre ella y su entorno cultural; desde su perspectiva debería convencer a quienes la escuchan que está siendo acosada por el diablo. Su subcultura acepta incondicionalmente su experiencia y su interpretación. Decir que “está delirando” o que “está alucinando” no contribuye a comprender el problema (aquí habría una relación de tensión) y a ayudar a las personas involucradas (al marido, a la mujer, o a ambos). Tal diagnóstico –que alucina– minimiza el problema a una patología intrapsíquica de la mujer. Un abordaje del problema sería tener una mayor comprensión de la fantasía de la mujer, y una instancia que implica evitar tomar partido en los roles de relación. La “cura” consistirá no en convencer a la mujer de superar su “ilusión”, sino en ayudar a establecer entre ella y su marido nuevos roles de relación, compatibles con su estado actual. Luego del tratamiento, la mujer podría no necesitar fantasear que su marido es el diablo, y su marido dejará de jugar ese rol así como comenzó.

Finalmente, ser sensitivo a la condición humana implica comprender que ciertos roles normalmente cambian como consecuencia de ciertos ritos de pasaje (cumpleaños, casamientos, fallecimientos, duelos y envejecimiento) y son ocasiones propicias para explorar la posibilidad de tomar nuevas perspectivas. Este es el rol esperable para el psiquiatra, el psicólogo, el guía espiritual o el médico, para quienes tal exploración no destruye en absoluto la capacidad de los pacientes de buscar abordajes tradicionales. Actualmente, se les critica a los terapeutas que con frecuencia “congelan” a sus pacientes y no se interesan por concederles legitimidad a sus fantasías.

Dimensión fenomenológica

Las alucinaciones de los pacientes psiquiátricos varían en forma y contenido. Pueden ir desde una voz que les habla en voz alta hasta los pensamientos mismos del individuo, una voz que hace un comentario acerca del comportamiento de la persona, varias voces que hablan acerca del individuo en tercera persona, o voces que le ordenan o le instruyen hacer algo (Hamilton, 1983). Esta diversidad de alucinación refleja las diferentes funciones sociales del lenguaje o “géneros del lenguaje” (Thomas, 1997). Muchas de las voces descritas por estos pacientes parecen tener un contenido negativo, por ejemplo, comentarios persecutorios, críticas del Yo, e instigaciones para cometer actos violentos en contra de sí mismos o de otras personas (Slade y Bentall, 1988). Sin embargo, las experiencias alucinatorias no siempre son negativas. Miller, O'Connor y Di Pasquale (1993) entrevistaron a un grupo de pacientes con alucinaciones crónicas y encontraron que varias de las voces que escuchaban eran percibidas como placenteras y que la mayoría había logrado integrarlas en sus relaciones sociales.

Las alucinaciones tienen características similares a las percepciones normales (con excepción de la sociabilidad), donde la mayoría de los individuos están convencidos de que sus alucinaciones no son compartidas; es decir que son experiencias personales. En contraste, las experiencias alucinatorias de quienes utilizaban LSD carecen de la mayoría de las características realísticas positivas de la percepción en general (con excepción de la sensación). Para Strauss (1969; ver también van Os, Hanssen, Bijl y Ravelli, 2000) es posible identificar casos que parecen encontrarse en una zona intermedia entre

la alucinación y las experiencias normales, ya que los estados mentales normales y los anormales varían en cuatro aspectos o dimensiones:

1. La fuerza de convicción en la realidad objetiva de la experiencia; esto es, si duda o su convencimiento es irreductible, pese a la negación de otros.
2. El contexto cultural donde ocurre la experiencia; por ejemplo, si ocurre dentro de una práctica espiritual, como la oración, o donde puede ver u oír a Jesús, la Virgen María o a un santo que le comunica un mensaje.
3. La preocupación por la experiencia; si genera temor o es placentera. En este sentido, Marion Kelsey sostiene que “si alguien dice que ve elefantes rosas, está teniendo una visión. Pero si dice que ve elefantes rosas y se esconde debajo de la cama por temor a que lo aplasten, está teniendo una alucinación”.
4. La imposibilidad del evento en la experiencia; por ejemplo, si ve gente muerta, animales fantásticos, u otros sucesos irreales.

Aggernaes (1972), por su parte, propuso distinguir una serie de características –o cualidades– de la experiencia alucinatoria:

1. Sensación *versus* ideación.
2. Relevancia comportamental *versus* no relevancia.
3. Carácter público (que la experiencia sea compartida por otros) *versus* privacidad.
4. Objetividad (donde el evento es experimentado en más de una modalidad sensorial) *versus* subjetividad.
5. Existencia (el evento tiene que haber ocurrido sin que alguien lo haya atestiguado) *versus* no-existencia.

6. Independencia (el evento es independiente del estado mental del percipiente) *versus* dependencia.
7. Involuntariedad (la experiencia no puede ser controlada voluntariamente) *versus* voluntariedad.

Las alucinaciones visuales, a diferencia de las auditivas, han sido menos estudiadas. En general se limitan a afirmaciones como “en su mayoría humanas” (Deiker y Chamber, 1978) o “familiares, figuras religiosas, santos o hadas” (Zarroug, 1975) que surgen vagamente de reactivos que no prestan suficiente atención a indicadores fenomenológicos. Cutting (1994) hizo el primer intento sistemático de describir la forma y el contenido de las visiones causadas por las condiciones psiquiátricas, pero hasta ahora no se ha hecho una distinción en los diagnósticos psiquiátricos debido a que no hay razón a priori para suponer que éstas se diferenciarán de otras categorías psiquiátricas funcionales, como en los casos de esquizofrenia, depresión, trastornos afectivos bipolares (Beyerstein, 1996). Sin embargo, se excluyeron las visiones en las cuales se sospechaba que había un componente extra-orgánico (por ejemplo, abuso de sustancias), debido a que los estudios mostraban diferencias fenomenológicas sistemáticas entre las alucinaciones auditivas y causas orgánicas y psiquiátricas en algunos casos de esquizofrenia y en tinnitus (Johns, Hemsley y Kuipers, 2002).

En un estudio realizado por Gauntlett-Gilbert y Kuipers (2003), probablemente el único específico sobre las características de las visiones alucinatorias, se describe que la mayoría de los participantes (el 69%) solamente tuvo un tipo de visión y ninguno más que tres. Las visiones deformes eran poco comunes (el 20%). Las

visiones primarias fueron en contenido el 70% humanoide; de éstas, el 64% eran figuras completas, divididas en igual proporción en figuras y grupos. El contenido humanoide restante eran rostros y calaveras, y el contenido humanoide como personas poderosas, reales o míticas, divididos a su vez en seres extraños (29%) o conocidos (7%). Otras visiones eran animales (monos o perros, 10%), objetos (lazos o lápidas, 10%) o sin forma ("corrientes eléctricas" o "una pequeña cosa negra silbando cerca del piso", 10%). Las visiones no estaban lo suficientemente cerca como para tocarlas (80%) pero tampoco estaban muy lejanas; el 85% no estaban a más de cuatro metros del individuo. Eran sólidas y opacas, y el 80% eran claras, con contornos definidos. La distancia física de la visión del paciente podía ser parcialmente explicada por la relación de la visión con los objetos externos, el 60% de las visiones estaban limitadas a alguna clase de superficie, por ejemplo, se las podía ver en las paredes, el techo, el piso, o en una ventana y, en general, tenían una clara apariencia tridimensional.

Algunas visiones ocurrían sólo unos momentos y en un corto espacio de tiempo. El 40% de los participantes dijo que sólo había experimentado visiones entre una a tres veces, y el 45% que sus visiones duraron un período de dos semanas o menos; por el contrario, sólo el 15% describió sus visiones como constantes y permanentes. El comienzo de estas visiones estaba asociado de alguna manera a una situación estresante (85%), cansancio (60%), soledad (55%), y problemas de relación (50%). Pese al hecho de que algunos tenían antecedentes de visiones (más de un año, el 35%), el 90% de los participantes indicó que sus visiones no habían cambiado a lo largo del tiempo. Algunos tenían alucinaciones en

otras modalidades simultáneamente con sus visiones; las voces estaban presentes en el 20% y las alucinaciones táctiles en el 5%, en otros momentos, el 70% escuchaba voces, con un 15% de alucinaciones olfativas y un 10% táctiles. El 15% también tuvo imágenes intrusivas obsesivas, y un 55% imágenes de eventos traumáticos. Los fenómenos visuales asociados con la pérdida de visión eran menos comunes (0% de polyopsia, dendropsia, micropsia, macropsia, e ilusiones visuales varias; 5% teselopsia; 10% prosopometamorfosis, y 15% hipercor-matopsia; ver también Santhouse, 2000).

Respecto de su aparición, las visiones se valoraron como importantes (el 90%), que surgen de fuentes externas (el 80%), y como algo que nunca habían visto antes (el 95%). Las visiones aparecen sin advertencia, surgen de una fuente externa, por lo general tienen relación con humanoides, y en menor grado con animales u objetos. Algunos dudaban de si la visión estaba “realmente presente” y en cuanto a su realidad física: el 55% piensa que es un evento sobrenatural en lugar de una presencia física concreta. La mayoría tuvo sentimientos abrumadores y atemorizantes, o intentaron protegerse escapando o buscando compañía, mientras que otros se quedaron paralizados. Algunos se movieron para investigar la visión, pero luego ésta desaparecía.

Las visiones generalmente tienen inicio en momentos de estrés y de soledad, y en lo inmediato, el origen de la visión estuvo asociado con un estado de ánimo en particular y condiciones sociales de aislamiento y de bajo ingreso sensorial. El tiempo de vida de la mayoría de las visiones es breve, ocurren en un período de menos de dos semanas. Parece ser que las visiones ocurren durante estados psicóticos agudos. Aunque las visiones también

fueron crónicas y persistentes, pudieron tener impacto tiempo después de su aparición; esto es, algunos tienen visiones que impactaron en sus creencias, la mayoría eran breves o interpretadas en forma delirante (“Jesús me dice que debo matar a un hombre”) o pueden contribuir a la reafirmación de las creencias (“la Virgen María se presentó ante mí para fortalecer mi fe”).

Las visiones tienen un rango extremadamente amplio de formas visuales, ya sea quietas o en movimiento y monocromáticas. Algunos las describían en un espacio más allá del alcance del participante, paradas en una superficie, como una pared o en el piso; otras eran tridimensionales y en espacios abiertos, y el movimiento de ojos y cabeza no afectó su ubicación espacial. En el estudio de Gauntlett-Gilbert y Kuipers (2003) no había ninguna similitud entre la fenomenología de las visiones y las descritas en otros estudios con condiciones orgánicas, como el síndrome de Charles Bonnet (Alroe y McIntyre, 1983).

Aunque las alucinaciones son experiencias fenomenológicamente heterogéneas, y en particular las alucinaciones auditivas verbales y las no verbales, éstas pueden involucrar diferentes tipos de sonidos que varían en complejidad; por ejemplo: soplos, crujidos, tarareos, gritos, risas, susurros y oír hablar en voz alta (Nayani y David, 1996; Watkins, 2003). Gauntlett-Gilbert y Kuipers (2003) estudiaron varias características fenomenológicas de alucinaciones visuales en un grupo de pacientes psiquiátricos y encontraron, por ejemplo, que las alucinaciones visuales con contenido humanoide tenían características específicas, como rostros, calaveras o figuras enteras o fragmentadas.

Waters realizó un análisis de los principales componentes basados en las respuestas de individuos no clínicos usando la Escala de Alucinación de Launay y Slade (Waters, Badcock y Maybery, 2003). De su análisis se desprendieron tres factores: (1) eventos mentales vívidos, (2) alucinaciones de temas religiosos y (3) experiencias alucinatorias auditivas y visuales. Aunque el primer factor implica eventos mentales en los cuales “el Yo es un agente y la experiencia se puede reconocer como no propia” los reactivos de los otros dos factores describen experiencias que están “separadas” y son distintas del Yo. El segundo factor implica eventos mentales atribuidos a un origen “externo” específico, por ejemplo, Dios o el demonio (“he oído la voz del diablo” o “he oído la voz de Dios”). Y las experiencias del tercer factor implican explícitamente fuentes externas, pero percibidas como propias (“a veces oigo una voz que dice mis pensamientos en voz alta” o “a veces me siento confundido por las voces que oigo en mi cabeza”).

Junginger dice que “pocas personas en nuestra investigación [...] reconocieron a la voz alucinada como propia, pero refieren a ellas como si fueran propias” (1986: 527), y sugirió que las alucinaciones pueden variar a lo largo de la dimensión “yo/no yo”. Pueden describir las como proviniendo desde dentro o por fuera, pero también hay casos en los cuales es difícil hacer esta distinción (Nayani y David, 1996; Oulis, Mavreas, Mamounas y Stefanis, 1995; Copolov, Trauer, Mackinnon, 2004; Judkins y Slade, 1981). Por lo tanto, parece que las alucinaciones pueden variar no sólo a lo largo de una dimensión interna/externa, sino también de una dimensión yo/no yo.

Larøi, Frank, Woodward y Todd (2007) encontraron otras dos dimensiones fenomenológicas: (1) alucinación auto-generada/no auto-generada, y (2) alucinación interna/externa. La primera se refiere a la percepción subjetiva de la fuente de origen de un determinado evento, es decir, un evento que se percibe como producido por el individuo mismo se considera un evento “auto-generado”, en cambio, un evento que se percibe como no generado por la persona sino por un agente externo, se considera un evento “extero-generado” (o no auto-generado). La segunda se refiere a la localización espacial, por ejemplo, un evento que la persona localiza en un espacio interior se refiere a un evento interno, en cambio, un evento que la persona localiza en el exterior –esto es, por fuera del individuo– se considera un evento externo. La combinación de estas dos dimensiones dará lugar entonces a cuatro diferentes tipos de eventos de representación cognitiva.

Los eventos internos y auto-generados son saludables y normales, incluyen una variedad de experiencias, como fantasías, recuerdos, canciones, imágenes, dolor, melodías, sensaciones corporales, voces, pensamientos, ideas, sonidos e impulsos. Para estos, el origen subjetivo es la persona (auto-generados) y la localización espacial subjetiva es interna. En otras palabras, sea la descripción subjetiva del origen del evento que la persona hace (auto-generado) o la localización espacial interna, o una combinación de ambas, el evento interno auto-generado siempre se transformará en alucinación. De ahí que las alucinaciones puedan ser consideradas como eventos internos, auto-generados, que se atribuyen erróneamente a causas externas.

De este modo, hay dos etapas en el inicio de la alucinación: (1) la *alienación* y (2) el *error de atribución*. La primera es un proceso cognitivo donde un individuo puede perder las representaciones que codifican el evento interno, que se va a convertir luego en una alucinación, es decir, un evento interno autogenerado que (subjetivamente hablando) no está claramente experimentado como interno y auto-generado. La segunda es un proceso cognitivo que ocurre cuando los alucinadores atribuyen eventos internos y auto-generados a una combinación inespecífica origen/localización, que va a determinar el carácter patológico de la experiencia alucinatoria.

La alienación requiere que un evento interno sea experimentado como proveniente del mundo exterior, y entonces el individuo sea incapaz de discriminar el carácter interno y auto-generado del evento. Las causas subyacentes (quizá de naturaleza psicodinámica) para esta perturbación no están claras, pero ciertamente son dependientes o se desencadenan por algún tipo particular de evento interno. En general, para los eventos internos que se producen de manera intencional –no sólo para las alucinaciones– hay varias operaciones cognitivas que explicarían la naturaleza interna de estos eventos (Johnson, 1988). Normalmente, los recuerdos que se originan en la imaginación (una producción mental auto-generada) tienen más información acerca de las operaciones cognitivas que las que ocurren cuando el recuerdo ya estaba instalado. Por ejemplo, las personas tienden a reconocer mejor los eventos que se evocan como un evento auto-generado, que si recuerdan el esfuerzo cognitivo asociado con el pensamiento. En consecuencia, los recuerdos acerca de las operaciones

cognitivas (esfuerzo cognitivo), como la falta o la dificultad del recuerdo, tienden a alienarse más.

Un factor importante es el grado de control que experimentamos sobre nuestros eventos internos, el cual también varía a lo largo de una dimensión de intencionalidad. Por ejemplo, mientras que algunos eventos internos son experiencias intencionales y requieren de actividad consciente como las ideas y las canciones, otros ocurren de forma automática e involuntaria como las sensaciones corporales, los impulsos y los pensamientos. Esto demuestra que no se requiere de procesos cognitivos auto-generados para hacer atribuciones internas (saludables), y que la intencionalidad y el origen subjetivo no son sinónimos. La intencionalidad cumple un papel importante en determinar si un evento se experimenta como auto-generado o no, en parte porque la ausencia de intencionalidad es condición necesaria –pero insuficiente– para experimentar un evento cognitivo no auto-generado (Sato y Yasuda, 2005; Wegner, 2003).

La afectividad, como característica fenomenológica de la alucinación, puede desempeñar un papel importante en la comprensión de los mecanismos cognitivos de las alucinaciones. Aparentemente existe una dimensión afectiva en las alucinaciones, (Gauntlett-Gilbert y Kuipers, 2003; Romme y Escher, 1989; Sanjuan, Gonzalez, Aguilar, Leal y van Os, 2004), donde la emoción (en especial, la ansiedad o la depresión) parece ser importante para el comportamiento de las alucinaciones (Krabbendam, Myin-Germeys, Hanssen, 2005). Por ejemplo, en un estudio con 60 individuos saludables (no clínicos) de la población general que tuvieron experiencias alucinatorias pero que experimentaban estados depresivos se observó que éstos estaban mucho más

en riesgo de desarrollar futuros episodios psicóticos en comparación con un grupo de no depresivos. En un grupo de pacientes, Garrett y Silva (2003) observaron que la presencia de intensidad emocional estaba significativamente relacionada con la creencia de que las voces eran genuinas.

Las alucinaciones pueden ser experiencias que la persona describe o interpreta como incomprensibles, por ejemplo, la característica más importante de las voces no es su localización en sí misma, sino cómo y porqué las atribuye erróneamente a una fuente externa (Junginger, 1986). Se podría decir, por ejemplo, que la mayoría de las alucinaciones también son un tipo de delirio secundario ya que la persona siempre está intentando interpretar o dar sentido a las experiencias explicando que “la voz que se escucha desde otra habitación proviene de un ser extraterrestre”, “es (una voz) malvada”, o “es (una voz) muy poderosa”.

La interpretación de las alucinaciones también pueden constituir delirios patológicos, por ejemplo, Bentall (2003) relata el caso de un paciente esquizofrénico que sufría alucinaciones auditivas bajo la forma de voces que le decían: “¡dale cáncer a ese lisiado bastardo!”. Sin embargo, este caso se comprende mejor cuando se van revelando ciertos detalles relacionados con la vida afectiva del paciente: había quedado postrado en una silla de ruedas, habiéndose aplastado las piernas en un intento fallido por suicidarse (“lisiado bastardo”) y recientemente su madre había muerto de cáncer (“dar cáncer”). Cuando las alucinaciones son frecuentes, o la creencia intrusiva dominante es desagradable, las nuevas creencias pueden transformarse en paranoicas: “están detrás mío”, “me están observando”, “Dios no me

quiere” o “los doctores me quieren envenenar”. La coexistencia de alucinaciones y delirios sugiere que estos dos síntomas comparten un territorio común en términos de factores psicológicos, y que no necesariamente las alucinaciones conducen a interpretaciones erróneas o delirios patológicos (Morrison, Haddock y Tarrier, 1995; Frith, 1992; Morrison, 2001).

1.2. PARADIGMAS EXPLICATIVOS DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

La construcción de un modelo teórico coherente que incluya la diversidad de la experiencia alucinatoria continúa, como en otras áreas de la psicología y la psicopatología. Diversos teóricos han propuesto modelos para comprender la experiencia alucinatoria, enfatizando las poblaciones clínicas, pero se han producido pocos aportes para comprender las experiencias en individuos saludables. Se presentarán aquí las teorías provenientes –principalmente– de tres paradigmas explicativos: la psicología cognitivo-conductual (por ejemplo: teoría del discurso interno, teoría de monitoreo, teoría del estrés, teoría de la subvocalización, teoría de la emoción), el psicoanálisis (por ejemplo: las observaciones de Freud a principios de siglo XX, y otros teóricos posfreudianos, incluyendo la orientación lacaniana) y las teorías biológicas y neurocientíficas bajo el rótulo de paradigma organicista (por ejemplo: teorías psicofisiológicas, teorías neuroquímicas y la etiopatogenia de las alucinaciones tóxicas); todas ellas implican además el tratamiento –farmacológico o el psicológico– para las alucinaciones. Estas formas de tratamiento han adquirido predominantemente dos formas: (1) *farmacológicas* (medicación neuroléptica, antipsicótica, tratamiento en base a litio, a carbamazepina, a benzodiacepinas); y (2) *psicológicas*, que incluyen un abanico de técnicas de modificación ambiental, modificación conductual y psicoterapia.

Paradigma psicodinámico

Para los teóricos psicodinámicos –y particularmente para el psicoanálisis– es posible considerar el fenómeno alucinatorio no solamente en la psicosis, sino también en la neurosis –sea como retorno alucinatorio a eventos traumáticos del pasado o como un mecanismo normal y cotidiano– que se manifiesta, por ejemplo, en la producción de imágenes oníricas durante el sueño.

Freud plantea que la alucinación está íntimamente relacionada con la estructura psíquica del sujeto, como modalidad primaria de procesamiento que no se distingue, en las fases tempranas del desarrollo, de la percepción. En todo caso, lo patológico de las alucinaciones está dado por su carácter defensivo frente a una realidad frustrante. Una experiencia alucinatoria estaría relacionada al proceso mismo de la subjetivación, y sería la base de procesos más refinados y complejos.

Pero la alucinación no sólo aparece como resultado de un mecanismo defensivo susceptible de emerger en diversos cuadros psicopatológicos, sino que parece formar parte del psiquismo “normal”. En dos de sus obras, Sigmund Freud (1900, 1917) plantea el problema de la alucinación onírica y cómo es posible distinguir entre estado normal y fantasía. En el sueño, la alucinación se produce por un mecanismo de regresión, que transpone las palabras en imágenes. Está inhibido el acceso a la motilidad, el polo motor, y existe un mecanismo regresivo que retira cargas del preconscious que son desplazadas al inconsciente.

De acuerdo a Freud, si en el sueño el camino regresivo de la libido inviste determinadas huellas mnémicas y este proceso desencadena lo alucinatorio del sueño,

en este punto es donde debemos rastrear el origen de estas huellas y su conservación en la estructura psíquica. En el conocido “esquema del peine” (Freud, 1900: Cap. 7), Freud describe estas primeras marcas, esto es, alteraciones permanentes del aparato psíquico. Estas huellas se ubican en las cercanías del polo perceptual, y su reactivación por regresión produce lo alucinatorio del sueño.

Pero este no es el primer modelo de aparato propuesto por Freud. Al referirse a la “vivencia de satisfacción” (Freud, 1895), sostiene que la reanimación del deseo, que alcanza la imagen-objeto, ha de producir inicialmente el mismo efecto que la percepción, a saber, una alucinación.

David Maldavsky (1994) sostiene que: “[...] la alucinación, a su vez, no necesariamente está al servicio de la defensa frente a una realidad decepcionante. Es, asimismo, un modo de hacer conscientes los procesos inconscientes, como también lo son los afectos, a los que Freud considera la primera forma del recuerdo. La alucinación, como el afecto, testimonia la existencia de una memoria, pero la primera posee un mayor grado de refinamiento y cualificación que el segundo, el cual evoca sobre todo procesos cuantitativos, económicos. En cambio, la alucinación evoca vivencias en las que las percepciones tuvieron ya un lugar en la conciencia”.

Según Maldavsky, el problema se plantea en la coexistencia, en el psiquismo, de elementos de diverso origen: afectos, percepciones del propio cuerpo, percepciones mundanas, alucinaciones defensivas y no defensivas. “Estas alucinaciones se vuelven tanto más potentes cuanto más encarnan a la vida pulsional, de modo que se extiende progresivamente su campo en

detrimento del resto. Advertimos ahora cuál es la lógica extraída por lo anímico de la sensualidad oral primaria: la simultaneidad entre anhelo y percepción, por el camino alucinatorio. Como los canales sensoriales aun no están coordinados entre sí. Puede ocurrir que mientras uno percibe el mundo circundante, otro sea el espacio en que se desarrolla una alucinación defensiva, y un tercero, a su vez, opera como vehículo para una alucinación no defensiva, que pretende hacer consciente o inconsciente”.

En la clínica del psicoanálisis, es usual la presencia de procesos psicóticos pasajeros con síntomas alucinatorios, tanto negativos como positivos. En la esquizofrenia, la alucinación tiene carácter defensivo y vendría a intentar reemplazar la parte de la realidad que el sujeto rechaza, constituyéndose en una “nueva” realidad, a diferencia de la neurosis que ignora parte ésta, llevando al sujeto a refugiarse en sus propias fantasías. El carácter patológico de las alucinaciones está relacionado con cierta dificultad del sujeto, que ante las frustraciones que le depara el contacto con el mundo externo, no logra resolverlo con adecuadas herramientas (un Yo sin defensas lo suficientemente desarrolladas) o mediante sustitutos en su fantasía, y toma la alucinación como una nueva y posible realidad en la cual habitar y hallar la satisfacción que obtuvo en esa primera experiencia mítica (“experiencia de satisfacción”), que nunca será posible de igualar y que el sujeto nunca re-encontrará de manera exacta.

El psicoanalista británico Donald Winnicott (1960/1993) consideraba igualmente a las alucinaciones como fenómenos oníricos que se han desplazado hasta adentrarse en la vigilia. Si bien Winnicott no diferencia entre las alucinaciones y las visiones religiosas, considera

que el criterio de patología no está ligado al hecho de que las personas “vean”, sino más bien al modo en que reaccionan ante lo que “ven”.

La psicoanalista francesa Elizabeth Laborde-Nottale (1990) también presenta un abordaje teórico para comprender la experiencia alucinatoria en individuos saludables desde el modelo psicoanalítico. Laborde-Nottale describe, en primer lugar, la forma en que aparece la “videncia” o experiencias extrasensoriales en individuos que se inician en la práctica de artes adivinatorias. En todos los casos, considera que se caracterizan por un sentimiento de despersonalización o de extrañeza, y propone el concepto de “escopema” como el núcleo básico de la videncia, como una entidad de información significativa que –desprendida del contexto témporo-espacial– asume la forma de una frase, una imagen o una sensación física. La percepción de un escopema es automática e inconsciente y se asocia a éste un afecto.

Hay puntos de comparación entre el pensamiento naciente del bebé y el escopema que emerge en la conciencia. El niño experimenta una multitud de sensaciones. Más tarde, conjuntos sensoriales significantes pueden dar origen a una representación psíquica en imágenes, bajo la forma de ideogramas. Laborde-Nottale considera entonces que la alucinación bajo la forma de una videncia sería similar a un pensamiento por ideogramas, es decir, una actividad que no parece estar estructurada por el lenguaje.

También hace otra analogía entre la videncia y la actividad maternal primaria con el lactante. Entre el niño y la madre hay una relación de empatía caracterizada por la actividad de escopemas entre ambos. La percepción de escopemas le permite a la madre advertir

que su bebé se encuentra en peligro, o la existencia de una emoción fuerte en el bebé, quien a su vez podría percibir el grado de tensión o inseguridad de la madre. En un primer momento, al no poseer los medios para interpretarlos, estos escopemas se registran en forma de sensaciones físicas. Esta percepción de escopemas favorece en el niño la capacidad de pensar. La percepción de escopemas –absolutamente inconsciente– comienza en el principio de la vida, pero pierde importancia a medida que el bebé va accediendo a una mayor autonomía y capacidad de autoprotección. Esta psicoanalista plantea como indispensable el hecho de que estos escopemas sean inconscientes, de modo que permita elaborar el sentimiento de identidad y los límites corporales.

El vínculo fusional que favorece la alucinación se reitera en el estado de enamoramiento y en el vínculo paciente-terapeuta, por lo cual estas relaciones serían facilitadoras de los fenómenos alucinatorios y experiencia de videncia. Laborde-Nottale expresa que ha constatado y observado, en el ejercicio de su profesión, experiencias de estas características.

El psicoanalista norteamericano Jule Eisenbud (1983) señaló los lazos que existen entre varios acontecimientos en la vida del analista y la transferencia en determinado momento del sueño. Eisenbud relata el siguiente caso: “Una tarde, tenía que llamar a mi hija en California para pedirle que posponga su visita a Denver, donde yo vivo. Una mañana, tuve que trabajar con una paciente particularmente interesante, una mujer con un trastorno, que tenía solamente esa semana disponible para una sesión conmigo”. Eisenbud no quería perder la oportunidad de recibir a su hija, y decidió instalarla en su propia casa. Esa noche una de sus pacientes tuvo

el siguiente sueño: “Entraba a su oficina y encontraba a una niña de unos tres años que no hablaba, pero se parecía a su hija. Usted de algún modo le decía que estaba ocupado, que no podía prestarle atención. No había intercambio de palabras. Ella sabía que usted no la aprobaba, como si usted le dijera: *Volvé a tu casa, no tengo tiempo para ti*”. Eisenbud interpretó que la paciente probablemente se sintiera rechazada, por sí misma o por el analista, y por lo tanto la identificaba con su propia hija. La soñadora también pudo haber sentido celos o sentirse amenazada porque la nueva paciente representaría otro competidor femenino para la atención del analista.

Otro psicoanalista francés, Michel de M’Uzan (1994), describe su experiencia donde el analista tiene informaciones psíquicas muy precisas y referentes a su paciente. Según M’Uzan, mientras el psicoanalista escucha a su paciente atentamente, percibe en él una actividad diferente de todas aquellas, incluyendo los afectos, que le son habituales en esta situación. “De manera repentina surgen representaciones extrañas, frases inesperadas y construidas gramaticalmente, fórmulas abstractas, una imagería expresiva, ensoñaciones más o menos elaboradas; la lista no es taxativa, pero lo que cuenta es sobre todo la falta de una relación comprensible con lo que se desarrolla en ese momento durante la sesión. Estas representaciones llegan imprevistamente, a veces desde el comienzo de la sesión y preceden a la comprensión del material psíquico del paciente, es decir, que se producen al margen de las deducciones que el analista puede hacer de acuerdo con las fantasías que el paciente es capaz de formular”.

Laborde Nottale proporciona un ejemplo de su propia práctica profesional: “En el curso de una sesión con una paciente, me vino a la mente la idea de una *tarte aux poires* (tarta de peras). Mientras escuchaba a la paciente, intentaba descubrir el origen de esta visión inesperada y la cadena de asociaciones de la que era el resultado, la paciente terminó su discurso quejoso diciendo que todos la tomaban por una *poire* (ingenua) y que ella era completamente *tarte* (boba). Por consiguiente, los significados *tarte* y *poire* habían estado presentes en mi mente antes que ella los enunciara, sin que yo pudiese saber lo que, racionalmente o no, me había inducido a evocarlos. ¿Había tenido ella en mente desde que se inició la sesión, esta conclusión formulada en esos términos? ¿O bien, la interpretación en imágenes que nacía en mi inconsciente había influido en su conclusión, incluso antes de que yo la manifestara? Tengo la impresión de que yo no habría utilizado estos términos de *poire* y de *tarte* para conceptualizar su vida relacional, ni siquiera en mi fuero íntimo. Me parece que estos calificativos pertenecían más a sus representaciones que a las mías”.

Michel de M’Uzan señala que experimenta una “fluctuación muy leve”, “un sutil cambio de estado” en el momento en que el material aflora a su mente, y hace un paralelo con un ligero estado de despersonalización. Lo explica por el hecho de que en determinados momentos “el aparato psíquico del analista ha pasado a ser, literalmente, el del analizado”, y da a esta forma de actividad psíquica al servicio del paciente el nombre de “pensamiento paradójico”. En esta descripción, el sentimiento de despersonalización o de extrañeza aparece en el analista como una consecuencia y no como una causa de la “videncia contratransferencial”, aun cuando

puede preceder y provocar la videncia en situaciones de sufrimiento psíquico.

Sara Botella (2001) desarrolla una concepción ampliada y original del trabajo psíquico que toma en consideración las deficiencias de los sistemas representacionales. El funcionamiento psíquico es visto así como una dinámica representación-percepción-alucinación; dinámica en frágil equilibrio a causa de la constante presión de lo alucinatorio. Este último está caracterizado como una tendencia espontánea y permanente de la actividad del inconsciente. El analista crea una figura, una representación adecuada capaz de hacer inteligible al analizante lo que era pura manifestación traumática con la angustia resultante. Botella sostiene que “toda teoría que no tenga en cuenta la estrecha relación de representación, percepción y alucinación no está en condiciones de explicar globalmente al psiquismo”. Finalmente, considera que el reconocimiento de la existencia de un pasado que no puede volver bajo la forma de representación-recuerdo, retorna únicamente bajo forma alucinatoria (Botella llama “progresiente” a la dirección en que se propaga el proceso psicológico al salir del inconsciente en estado de vigilia).

Finalmente, el psiquiatra y psicoanalista francés Jacques Lacan (1984) criticó la definición de alucinación de Esquirol –sostenida por la psiquiatría clásica– como “*perceptum* sin objeto” o falsa percepción, a causa de que esta definición ignora la dimensión del sentido y la significación que tiene para el individuo. En el sentido más restringido, el término percepción se distingue de la sensación en cuanto indica un proceso cognitivo de unificación de una multiplicidad de sensaciones, entendidas estas como datos elementales e inmediatos

del conocimiento sensible. Esta unificación perceptiva permite distinguir un objeto (o "*perceptum*") tanto del sujeto (o "*percipiens*") como de los demás objetos. Lacan propone un mecanismo específico para la psicosis conocido como "forclusión" (ver Evans, 1996), que es descripto como abolición simbólica por la cual un significante no se inscribe en un nivel inconsciente. Esta ausencia produce la aparición de los fenómenos elementales, significantes sueltos que no están enlazados en la red de significantes que le da efecto de sentido.

Otros autores poslacanianos (Nasio, 1987/2006) proponen además el concepto de forclusión local o parcial para explicar fenómenos "psicóticos" en individuos que no se ajustan a tal estructura. En términos de la distinción alucinación normal/patológica, los efectos de la forclusión sobre un significante ordenador (que da consistencia a otros significantes y por lo tanto a la realidad del sujeto) es denominado "Significante del Nombre del Padre" (psicosis) de otros fenómenos de retorno alucinatorio basados en la forclusión local o parcial que recae sobre otros significantes que forman parte de la trama de realidades que coexisten en el aparato psíquico del individuo. En estos casos podemos hablar de "fenómenos psicóticos" o "momentos de locura" en individuos neuróticos.

Paradigma cognitivo-conductual

Errores atribucionales del discurso interno. De acuerdo con este punto de vista, en particular las alucinaciones auditivas ocurren cuando el individuo atribuye incorrectamente el discurso interno a una fuente externa

o extraña para sí mismo (Bentall, 1990a, 2000; Frith, 1992; Hoffman, 1986; Thomas, 1997; Levine, Jonas y Serper, 2004). El término discurso interno se refiere al diálogo interno que uno utiliza para regular el propio comportamiento, por ejemplo, cuando uno se comenta a sí mismo lo que sucede o cuando se da instrucciones de lo que está por hacer. Para Lev Vygotsky (1962/1977) y Luria (1981) este discurso interno se desarrolla en la infancia; los niños aprenden, en algún momento de su tercer año de vida, a responder a las instrucciones de sus padres. En esta etapa, se puede observar a los niños hablarse a sí mismos en voz alta, un fenómeno que Piaget (1984) atribuyó al egocentrismo infantil. El niño después aprende a internalizar su discurso, de manera silenciosa, como lo hacen los adultos. Pero aún en la edad adulta, las personas a veces se hablan a sí mismas en voz alta, especialmente cuando están solos o bajo situaciones de estrés.

Se sabe desde hace años que el discurso interno en la edad adulta, aunque sea silencioso, viene acompañado por una subvocalización o activación eléctrica de los músculos del habla (McGuigan, 1978); esta hipótesis en realidad fue sugerida originalmente por J. B. Watson, el fundador de la escuela de psicología comportamental norteamericana. Los primeros estudios que demostraron un vínculo entre el discurso interno y las alucinaciones fueron las mediciones electromiográficas (EMG) de subvocalización en los pacientes que alucinan. Gould (1948) comparó la actividad EMG del labio inferior y el mentón en un grupo de pacientes psiquiátricos alucinadores y encontró un aumento de la actividad muscular en comparación con pacientes no alucinadores (83% *versus* 10%, respectivamente) y grabó con un micrófono

el discurso subvocal de un paciente que alucinaba. Green y Preston (1981) repitieron la técnica y demostraron que el contenido del discurso grabado coincidía con el contenido de las alucinaciones auditivas de su paciente. Estudios posteriores de Gould (1950) y otros investigadores (Green y Kinsbourne, 1990; Inouye y Shimizu, 1970; McGuigan, 1978) observaron que el inicio de los registros EMG de las subvocalizaciones coincidía con el inicio de las alucinaciones; pero no se observó un aumento en la actividad eléctrica en los músculos de control de otras partes del cuerpo.

Si las alucinaciones auditivas son producto del discurso interno, esto debería coincidir con la activación de aquellas áreas del cerebro responsables de la percepción del habla, localizada en el hemisferio izquierdo. Mediante medidas electrocardiográficas telemetradas, Stevens y Livermore (1982) notaron una asociación significativa entre el inicio de las alucinaciones y la activación del lóbulo temporal izquierdo, un área que se cree que es la responsable de la percepción del habla. Estudios más recientes han utilizado la tomografía por emisión de un fotón (Single Photon Emission Tomography, SPET) o la tomografía por emisión de positrones (PET), técnicas en donde se inyecta una sustancia radioactiva en la corriente sanguínea, y permite mapear áreas de actividad cerebral empleando un sofisticado escáner (Szechtman, Woody, Bowers y Nahmias, 1998). Kendler *et al.* (1993) utilizó el SPET con un pequeño grupo de pacientes y demostró que las alucinaciones auditivas estaban asociadas con la actividad del área de Broca, una región en la corteza frontal izquierda responsable de la producción del lenguaje, y también con el lóbulo medio-temporal izquierdo. En un estudio posterior, Silberweig (1995) utilizó una

metodología PET más sensible y observó no sólo una activación en la región frontal izquierda, sino también en las estructuras cerebrales más profundas (núcleos subcorticales y regiones paralímbicas). En su estudio Silberweig investigó a un solo paciente no-medicado que experimentaba simultáneamente alucinaciones visuales y auditivas (de una cabeza decapitada que le hablaba). Las alucinaciones del paciente estaban asociadas con la activación de la región visual y auditiva del hemisferio izquierdo.

Estas observaciones fisiológicas, junto con estudios anteriores de EMG, dieron buena evidencia de que el discurso interno opera de manera concurrente con las alucinaciones auditivas y que, por lo tanto, las alucinaciones traslucen los juicios equívocos del individuo acerca de la fuente y la localización de su discurso interno. Además, observar qué áreas del cerebro responsables del procesamiento visual se activan durante las alucinaciones visuales sugiere que las alucinaciones bajo la modalidad visual pueden ocurrir cuando se interpreta incorrectamente otro tipo de eventos internos (imaginación visual).

Teoría de Monitoreo de Fuente. La mayoría de la gente asume como una realidad la capacidad de discriminar entre pensamientos e imágenes, o entre las cosas que vemos y lo que escuchamos. Sin embargo, no sabemos a priori si los eventos percibidos son internos y generados en nuestra mente o si son externos o generados por otros agentes aparte del ser (Bentall, 1990a, 2000). Al proceso de discriminación entre estos dos tipos de eventos se lo conoce con el nombre de *monitoreo de fuente* y fue estudiado por Marcia Johnson y sus colegas en una serie de experiencias con personas normales (Johnson

y Magaro, 1987; Johnson, Hashtroudi y Lindsay, 1993). El trabajo de Johnson, que se ha enfocado en la fuente de los recuerdos, demuestra que usamos una diversidad de indicios cuando discriminamos entre el recuerdo de pensamientos y el recuerdo de eventos reales (López Frutos y Ruiz Vargas, 1998).

Johnson, Hashtroudi y Lindsay (1993) definen una fuente como “una serie de características bajo las cuales se adquiere un recuerdo” (por ejemplo: espaciales, temporales, o el contexto social del evento; los medios y las modalidades a través de los cuales se percibe), y al monitoreo de fuente como “el conjunto de procesos implicados en el modo en que se atribuye su origen a los recuerdos, el conocimiento y las creencias”. En este contexto, las alucinaciones pueden ser comprendidas como dificultades de monitoreo de fuente –o monitoreo de realidad– en el proceso por el cual una persona atribuye conocimiento, recuerdos o creencias a una fuente externa (mediante procesos perceptuales) o interna (por el razonamiento, la imaginación y el pensamiento). Este modelo cognitivo propone que las alucinaciones pueden ser explicadas a causa de un déficit de monitoreo del alucinador en atribuir específicamente sus pensamientos en forma sesgada a una fuente externa (Ditman y Kuperberg, 2005; Seal, Aleman y McGuire, 2004).

Por ejemplo, la información contextual del tiempo y la localización espacial pueden ayudar a una persona a determinar si un evento “realmente ocurrió” así como también las cualidades sensoriales de la memoria, la vividez, el detalle y la complejidad. Además, las personas pueden hacer uso de los recuerdos de ciertas operaciones cognitivas. Por ejemplo, es más probable que una persona reconozca un evento evocado como

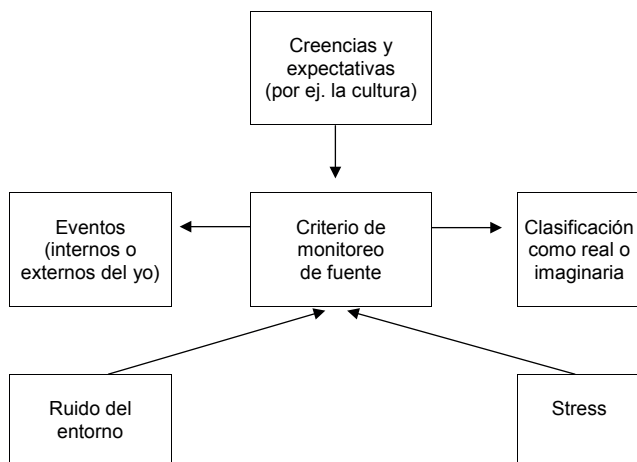
una idea autogenerada si consigue recordar el esfuerzo cognitivo asociado para generar la idea. Si una persona recuerda que realizó un acto que viola las leyes naturales o entra en conflicto con lo que conoce del mundo, se dará cuenta de que lo que recuerda probablemente sea una fantasía. Esto sugiere que es preferible, como habilidad, poder discriminar entre imaginaria interna y eventos reales (extero-generados).

Si –como dice Jonhson– los juicios en el monitoreo de fuente están influenciados por la posibilidad inherente de percibir eventos, esto explica el papel de la cultura en el “moldeamiento” de las experiencias alucinatorias. Es más probable que un individuo integrado en un entorno que admite la existencia de fantasmas o que valora las experiencias espirituales le atribuya contenido de realidad a la imagen de un pariente fallecido, que uno integrado en un entorno materialista y científico. El impacto del estímulo externo en las alucinaciones también se puede comprender en términos de la hipótesis del monitoreo de fuente.

Finalmente, el impacto del estrés y la excitación emocional en las alucinaciones se puede entender si asumimos que las operaciones cognitivas involucradas en el monitoreo de fuente, como cualquier otra operación cognitiva, quedan interrumpidas por la excitación emocional. El siguiente cuadro muestra las interacciones de estas variables con el proceso del monitoreo de fuente.

Cuadro 1

Esquema de las alucinaciones



Cuadro 2. Esquema modelo de las alucinaciones que muestra cómo las creencias, el ruido ambiente y el estrés influyen sobre los juicios de monitoreo de fuente. (Fuente: Bentall, 2000).

Si bien una descripción general que pone énfasis en un juicio de monitoreo de fuente defectuoso o impreciso de alguna manera intenta explicar muchos de los fenómenos asociados con las alucinaciones, este modelo no explica por qué algunas personas cometen más errores que otras en el monitoreo y, por lo tanto, tienden a alucinar más.

Bentall (1990a, 2000) sugiere que el refuerzo también puede influir en el juicio de monitoreo de fuente en pacientes que alucinan. De este modo, hay pacientes que prefieren atribuir ideas suicidas, o pensamientos de cometer un homicidio a una fuente externa porque estos generarían menos ansiedad y culpa que atribuirlos

a sí mismos. Sin embargo, para Bentall (1990a, 2000) hay poca o ninguna evidencia de que las alucinaciones tengan una función defensiva ya que muchas presentan un contenido positivo.

Con el empleo de una variedad de procedimientos, algunos investigadores han intentado evaluar los juicios de monitoreo de fuente en individuos clínicos y no-clínicos que alucinan. Heilbrun (1996) evaluó la habilidad de los pacientes que alucinan (la mayoría con diagnóstico de esquizofrenia) *versus* los pacientes de control, para reconocer sus propios pensamientos. Grabó a los pacientes y enlistó las palabras en un formato similar a una prueba de *multiple-choice* con palabras que eran léxica o semánticamente diferentes. Los pacientes que alucinaban eran mucho más “pobres” en reconocer sus propias palabras que los pacientes de control. En un estudio posterior, Heilbrun estudió si la falla en el monitoreo de fuente de los pacientes que alucinaban era causada por un déficit en la habilidad para localizar sonidos en el espacio. En este estudio, se dividió a los pacientes esquizofrénicos en dos subgrupos: (1) grupo procesual (pobre adaptación premórbida e inicio lento) y (2) grupo reactivo (buena adaptación premórbida e inicio espontáneo).

La habilidad para localizar los sonidos se evaluó empleando un tipo de test en donde se les pedía a los participantes que, rodeados de pantallas, indicaran la localización de la voz del experimentador. Los pacientes esquizofrénicos reactivos que alucinaban mostraban menor habilidad para localizar sonidos en el espacio que los pacientes de control.

Inspirados en el trabajo de Marcia Johnson, pero con una técnica diferente, Bentall, Baker y Haver (1991)

también evaluaron la habilidad de los pacientes para reconocer sus propios pensamientos. En este estudio se compararon tres grupos: (1) pacientes esquizofrénicos que alucinaban; (2) pacientes esquizofrénicos delirantes, pero que no alucinaban; y (3) pacientes no psiquiátricos de control. Se les pidió a todos los participantes que dieran respuestas a preguntas con ayuda (por ejemplo: “piense en un hábitat que comienza con la letra C”) y que escucharan pares de palabras relacionadas (por ejemplo: “país-Noruega”). Una semana después se les presentaba una lista con palabras y se les pedía identificar cuáles eran las respuestas a aquellas palabras cuya ayuda los investigadores les habían dado antes (por ejemplo: “casa”), las cuales eran palabras que habían escuchado (por ejemplo: “Noruega”), pero que no se habían presentado en el período del test. No se encontró diferencia entre los puntajes fallidos globales de los pacientes con alucinaciones y los pacientes delirantes pero sin alucinaciones. Sin embargo, cuando se examinaron los tipos de errores, los pacientes que alucinaban eran más propensos a cometerlos confundiendo las respuestas con los indicios (por ejemplo: elementos que habían pensado antes) y los elementos que habían escuchado antes.

Este efecto fue más evidente en las respuestas dadas con indicios difíciles. Los participantes de control de este experimento, al igual que los participantes en el estudio de Johnson, Hashtroudi y Lindsay (1993), pudieron monitorear mejor los elementos difíciles a diferencia de los fáciles demostrando que el esfuerzo cognitivo de recordar los ayudaba a identificar los elementos autogenerados. Como este efecto fue menos evidente en los pacientes que alucinaban, los resultados

fueron una prueba de que los pacientes que alucinan tienen dificultad cognitiva para reconocer estos indicios. Desafortunadamente, Seal, Crowe y Cheung (1997) no pudieron repetir estos resultados cuando estudiaban la inteligencia y la memoria verbal de los pacientes que alucinaban y de los pacientes de control.

En un estudio, Rankin y O'Carrol (1995) compararon estudiantes universitarios que tenían promedios altos en el cuestionario de predisposición a las alucinaciones de Launay-Slade y encontraron más evidencia de monitoreo defectuoso, en donde se puso a prueba un paradigma más complejo derivado del trabajo de Johnson, en el que les presentaba a los participantes repetidamente pares de palabras relacionadas. El número de veces que los elementos fueron presentados por pares (por ejemplo: "vehículo-auto") y formulados en preguntas incompletas (por ejemplo: "¿qué palabra va con vehículo?") fue cuidadosamente manipulado de modo que algunas relaciones fueran presentadas muchas veces pero testeadas pocas veces y otras sólo eran presentadas pocas veces pero testeadas muchas veces. Después de la presentación y el testeo de los pares relacionados, se le pidió a los participantes que mostraran cuántas veces creían ellos que se les había presentado cada elemento. Al igual que en los estudios de Johnson y Magaro (1987), los participantes dieron frecuencias exageradas a aquellos elementos que habían sido más testeados, lo cual indicaba que confundieron las ocasiones en que ellos habían recordado los elementos con las ocasiones en las que los elementos se habían presentado. Este efecto fue más evidente en los participantes que habían obtenido promedios altos en la escala de alucinación.

Morrison y Haddock (1997a, 1997b) argumentaron que probablemente se podrían detectar mejor las anomalías de monitoreo en pacientes que alucinan si se midieran de forma inmediata las atribuciones de la fuente en lugar de medir las atribuciones basadas en los recuerdos de la información previamente presentada. Esto se pudo lograr por medio de la metodología que propone la teoría de detección de señal (TDS). La TDS es una teoría matemática de la percepción que propone que la detección del estímulo externo (o señal) es una función que depende de dos factores: el primero, la sensibilidad perceptual, que se refiere a la eficacia de los sistemas perceptuales; y el segundo, la parcialidad de la respuesta, que se refiere al criterio individual para decidir si un evento percibido es un estímulo actual o un ruido interno. La TDS sugiere varios métodos para medir de manera independiente la sensibilidad y la parcialidad, que involucran una serie de pruebas donde un individuo otorga un valor a una señal en un fondo ruidoso. El juicio de valor bajo estas circunstancias se puede dividir en cuatro categorías: aciertos (la señal se detecta correctamente); errores (la señal está presente, pero se la juzga ausente); rechazos correctos, y falsas alarmas (la señal se juzga como presente cuando no lo está) (McNichol, 1972).

Bentall y Slade (1985) realizaron tres experiencias de TDS, una donde compararon pacientes esquizofrénicos que experimentaban alucinaciones, otra con pacientes esquizofrénicos sin alucinaciones, y otra que comparaba estudiantes universitarios con puntajes altos *versus* puntajes bajos en la Escala de Alucinaciones de Launay-Slade. En ambos experimentos los participantes que alucinaban no diferían de su grupo de comparación

(control) en “sensibilidad de percepción” pero sí diferían en “parcialidad”, lo cual indicaba que estaban más predispuestos a decidir qué señales están presentes bajo condiciones de incertidumbre. Rankin y O’Carroll (1995) encontraron este mismo resultado en su estudio, con los estudiantes seleccionados por sus puntajes en la escala Launay-Slade.

Morrison y Haddock (1997) tomaron grupos de pacientes psicóticos que alucinan, pacientes psicóticos sin alucinaciones, y pacientes de control y les pidieron pares asociados de palabras emocionalmente positivas (“valiente”), emocionalmente negativas (“loco”), o emocionalmente neutras (“librero”). Inmediatamente después de responder a cada palabra se les pidió que calificaran sus respuestas en términos de “internalidad” (por ejemplo: “¿en qué medida crees que la palabra entró en tu mente?”), control (por ejemplo: “¿cuánto control mantuviste sobre la palabra que entró en tu mente?”), e involuntariedad (por ejemplo: “¿cuán involuntario fue tu pensamiento?”). Al completar la primera fase de la evaluación, se les pidió participar de una prueba común de monitoreo de fuente, donde el experimentador tenía palabras en particular que habían sido usadas como indicios o respuestas que ellos habían convertido en indicios. Se observó una diferencia significativa en alucinadores entre sí, y entre no-alucinadores y el grupo control en el juicio de monitoreo de fuente, especialmente para los elementos emocionales. En la medida en que se demoraba el monitoreo de fuente, había una leve tendencia a fallar en los pacientes que alucinaban.

Es posible que la anormalidad de las personas que alucinan, observada en estudios anteriores al menos parcialmente, refleje el impacto de las creencias y las

expectativas en el juicio de monitoreo de fuente, en lugar de las habilidades deficitarias de monitoreo. Esta hipótesis es coherente con los estudios clínicos que demuestran que el bienestar a largo plazo de los pacientes que alucinan está influenciado por creencias y actitudes (Chadwick y Birchwood, 1994; Romme y Escher, 1989). Algunos estudios experimentales han encontrado evidencia de que las experiencias de los pacientes que alucinan están fuertemente influenciadas por la sugestión. Mintz y Alpert (1982) administraron el test "White Christmas" de Barber y Calverley (1964), en donde se pedía a pacientes que alucinaban y pacientes de control que cerraran sus ojos y escucharan una canción famosa del mismo nombre, pero que no era reproducida. Después de cierto período, se le pedía a los participantes que evaluaran si realmente la habían escuchado o no. Mintz y Alpert encontraron que los pacientes que alucinaban tenían puntajes de certidumbre más alto (por ejemplo: "estoy seguro de haber escuchado la canción") que los pacientes de control. Este resultado también lo obtuvieron Young, Bentall, Slade y Dewey (1987).

Haddock, Slade y Bentall (1995) evaluaron la sugestionabilidad en pacientes que alucinan y pacientes de control. Para ello utilizaron el efecto de transformación verbal, una técnica donde una misma palabra sin sentido se presenta repetidamente en una grabación. La mayoría de las personas que experimentan este estímulo comienzan a escuchar un cambio en la palabra después de un corto período. En este estudio, Haddock y sus colaboradores dieron instrucciones a los participantes de que la palabra cambiaría bajo una condición pero que no cambiaría en una segunda condición. Como se predijo, estas instrucciones influyeron sobre el número

de transformaciones verbales reportadas, y este efecto fue mayor en los pacientes que alucinaban que en los pacientes de control.

Los estudios mencionados se ocupan de los procesos psicológicos involucrados en el monitoreo eficiente y en el deficiente, sin embargo, una teoría completa de las alucinaciones también debería permitir identificar las estructuras neuroanatómicas responsables de estos procesos. Con este propósito, Szechtman, Woody, Bowers y Nahmias (1998) publicaron un estudio usando PET. Los participantes eran individuos altamente sugestionables y seleccionados por su propensión a alucinar bajo hipnosis. Se midió la circulación sanguínea del cerebro mientras lo escuchaban y lo imaginaban durante el período de sus alucinaciones, en especial en los participantes sugestionables. En los participantes sugestionables la región que se activó fue el cíngulo anterior derecho (área 32 de Brodmann) cuando escuchaban o alucinaban un estímulo, pero no cuando imaginaban escucharlo. En los participantes no sugestionables las mismas condiciones no evocaron la misma activación. Los investigadores concluyeron que el cíngulo anterior derecho puede tener circuitos neurales responsables de la detección de los eventos del mundo exterior.

Teoría del Medio Ambiente. Se ha demostrado que un estímulo externo puede afectar las experiencias alucinatorias así como la actividad mental provocada por este estímulo. Aunque hay investigaciones que indican que muchas personas sanas pueden experimentar alucinaciones bajo privación sensorial, otras experiencias revelan que unos pocos participantes tienen alucinaciones visuales y auditivas vívidas en experimentos de privación, y que estas alucinaciones están en alguna

medida influidas por las sugerencias de los experimentadores (Zuckerman, 1969). Harris (1959) estudió el papel del estímulo ambiente para modular los síntomas de los pacientes psiquiátricos. En su estudio, Harris le pidió a un pequeño grupo de pacientes esquizofrénicos que pasaran por períodos cortos de privación sensorial y notó algunos pocos efectos en sus alucinaciones. En un estudio mucho más sistemático, Slade (1974) le pidió a dos pacientes que monitorearan sus alucinaciones mientras repetían información verbal de variada complejidad y encontró que el promedio de alucinaciones disminuía en tanto la complejidad del material estímulo aumentaba.

Margo, Hemsley y Slade (1981) realizaron un procedimiento similar con siete pacientes esquizofrénicos que tenían con frecuencia alucinaciones. Las nueve condiciones utilizadas en esta investigación incluyeron no-estimulación, lectura en voz alta, escuchar textos aburridos y otros interesantes, escuchar música popular, escuchar patrones regulares e irregulares de blips electrónicos, escuchar idiomas extranjeros, privación sensorial auditiva, y finalmente escuchar ruido blanco. En general, se observó que la duración, el volumen y la claridad de las alucinaciones auditivas aumentaba durante la privación sensorial y el ruido blanco pero disminuía mientras los participantes escuchaban estímulos con significado, o especialmente cuando leían en voz alta.

Algunos estudios clínicos también han mostrado que la lectura en voz alta suprime las alucinaciones auditivas, por lo cual ha hecho que algunos clínicos le recomendaran esta estrategia adaptativa a pacientes que alucinan (Erickson y Gustafsson, 1968; James, 1983). Gallagher, Dinin y Baker (1995) investigaron más

profundamente estos efectos en dos experiencias donde los clínicos manipulaban el procesamiento de información y el hablar mientras los pacientes monitoreaban sus voces. Una prueba típica de reordenamiento de cartas (*Sorting Card Test*) de Wisconsin produjo una disminución en sus alucinaciones, pero este efecto no funcionó en el procesamiento de la información. El efecto era mucho mayor cuando se les pedía a los participantes el nombre del color de la carta en voz alta, confirmando el hecho de que hablar tiene un efecto inhibitorio sobre las alucinaciones auditivas.

Teoría del Estrés. Es difícil evaluar el impacto del estrés en las alucinaciones, en parte debido a que el estrés en sí mismo es difícil de cuantificar. Aunque existe evidencia que señala el papel que desempeñan los eventos cotidianos estresantes en los episodios esquizofrénicos, los resultados en esta área no han sido consistentes (Bebbington, Bowen, Hirsch y Kuipers, 1995). Hay cierta evidencia en pacientes psicóticos vulnerables a futuros episodios, si se los expone a situaciones estresantes, por ejemplo, un ambiente familiar hostil o sobreprotector (Bebbington y Kuipers, 1994). Estas observaciones han llevado a muchos teóricos a proponer modelos de vulnerabilidad al estrés para explicar que la esquizofrenia se desencadena en términos de complejas interacciones de variables biológicas y ambientales (Neuchterlein y Dawson, 1984; Zubin y Spring, 1977).

En algunos estudios de casos y encuestas se señala el papel del estrés en la aparición de episodios alucinatorios, en especial en las entrevistas a individuos que alucinan, donde sólo algunos recibieron tratamiento psiquiátrico. Romme y Escher (1989) estimaron que el inicio de las alucinaciones siguió a algún tipo de experiencia

estresante o traumática en aproximadamente el 70% de los casos, pero es difícil determinar en qué medida estos resultados son generalizables. Combs (1997) estudió a un grupo de personas que escuchaban voces –algunos, pero no todos, tenían diagnóstico de esquizofrenia– y que tenían un registro diario de sus experiencias durante meses. En la mayoría de los casos, las alucinaciones eran más severas en los períodos de estrés emocional, como en el caso de una estudiante universitaria, social e intelectualmente exitosa, que escuchaba voces pero que nunca había buscado tratamiento psiquiátrico.

Las alucinaciones auditivas y visuales se producen, en general, como una reacción al sufrimiento. Cerca del 70% de las personas que atraviesan una situación de duelo experimentan alucinaciones o ilusiones del difunto (Grimby, 1993; Reese, 1971). Otros estudios que sugieren que el estrés puede jugar un rol específico en la producción de las alucinaciones son aquellos en donde el individuo ha estado expuesto a circunstancias excepcionales, o que ponen en peligro su vida, como accidentes en minas subterráneas, incidentes terroristas (Siegel, 1984) y operaciones militares (Belenky, 1979; Spivak, Trottem, Mark y Bleich, 1992). El estudio del estado psicofísico de los pacientes esquizofrénicos que alucinan es consistente también con la hipótesis según la cual las alucinaciones coinciden con los períodos de excitación emocional inducidas por el estrés (Cooklin, Sturgeon y Leff, 1983).

Teoría de la Subvocalización. Hay pruebas consistentes de que el “diálogo interno” es normal, aunque quizá no siempre esté acompañado de subvocalización (Cacioppo y Petty, 1981; Garrity, 1977; McGuigan, 1978; Sokolov, 1972). En una serie de estudios, Gould (1948,

1949, 1950) mostró que las alucinaciones auditivas también están acompañadas por subvocalización (Green y Preston, 1981; Inouye y Shimizu, 1970), pero no han sido muy convincentes los intentos por explicar esta asociación. Jaynes (1979) y Green, Hallett y Hunter (1983) propusieron que las alucinaciones reflejan un defecto en la transferencia de información inter-hemisférica, por la que las “voces” originadas en el hemisferio derecho (en pacientes diestros) encontraron una vía de expresión por medio de la subvocalización en las áreas motoras del habla del hemisferio dominante. Hay pruebas de que las alucinaciones quizá resulten de un trastorno de la organización hemisférica.

Los pacientes esquizofrénicos (no seleccionados en base a sus alucinaciones) muestran un déficit auditivo en el oído izquierdo que se puede disminuir mediante el uso de un tapón colocado en el oído no dominante, de modo de bloquear la audición en el hemisferio dominante, y reducir los umbrales de tono alto en el oído derecho en asociación con las alucinaciones auditivas en pacientes esquizofrénicos. Algunos estudios demostraron una significativa asociación entre las alucinaciones auditivas y la supresión de ondas alfa del lóbulo temporal izquierdo (indicando la activación del lóbulo temporal izquierdo) con el uso de registros electroencefalográficos (Stevens y Livermore, 1982). Pero la terapia del tapón de oído no es totalmente clara y tampoco resulta un aporte sustancial a la teoría de Green (Bentall, 2000).

Para Johnson (1978) los alucinadores quizá padezcan un debilitamiento de los mecanismos neurológicos del discurso. Los déficits de percepción auditiva en el oído derecho encontrados por Bahzin (1975) y Babkoff (1980) sugieren que debe haber anormalidades en los

procesos del hemisferio derecho, en las regiones del habla del cerebro de los alucinadores. En otros estudios, McKay, Golden y Scott (1981) emplearon la batería neuropsicológica de Luria en diferentes grupos de pacientes psiquiátricos y descubrieron que sólo aquellos que sufrían alucinaciones auditivas mostraban un debilitamiento en el lóbulo frontal izquierdo.

Hoffman (1986) sostiene que las alucinaciones auditivas quizás resultan de un trastorno de planificación del discurso, argumentó que había una asociación estadística entre los trastornos del habla y las alucinaciones auditivas y realizó estudios en pacientes maníacos y esquizofrénicos. Pero la teoría de Hoffman fue fuertemente criticada y los resultados fueron un sesgo del proceso de selección de Hoffman (Schwartz, 1986). Por ejemplo, se excluyó de su análisis a los maníacos, que tenían un trastorno discursivo pero escasa alucinación, y estudió pacientes que sufren de depresión psicótica, donde casi no hay trastornos del pensamiento.

En las narraciones de individuos con alucinaciones, se puede inferir si un evento es real o imaginario sobre la base de cierta información, y este tipo de juicio tiende a ser un error cuando la evidencia es engañosa. La habilidad de juzgar la fuente de un evento percibido, que se conoce como discriminación de realidad (*testeo de realidad*) es el dominio de la metacognición (Flavel, 1979). Una falla en esta habilidad puede provocar que una persona atribuya eventos internos a fuentes externas, y así experimentar alucinaciones. Si los eventos atribuidos están dentro del discurso o del pensamiento verbal, entonces las alucinaciones serán de modalidad auditiva, si se los atribuye a la imagería visual, entonces serán visuales.

La información experimental respecto de la discriminación de realidad se comprende mejor gracias al estudio con sujetos normales. Por ejemplo, si los individuos a veces confunden lo imaginario con lo real (como sucede con las alucinaciones) también podría esperarse que confundan lo real con lo imaginario. Perky (1910) fue el primero en demostrar esta clase de error. En la prueba de Perky se les pide a los participantes que imaginen un objeto en un fondo blanco. Luego se proyecta una imagen del objeto en una pantalla y se aumenta gradualmente el brillo con que aparece antes de ser totalmente visible. En el estudio de Perky, todos los sujetos ($N = 29$) dijeron que su experiencia de proyección era imaginaria. Segal (1970) replicó los descubrimientos de Perky y observó que el fenómeno ocurre si el sujeto recibe un efecto placebo tranquilizador (Segal y Nathan, 1964) o se lo recuesta (Segal y Glicksman, 1967), estas son las condiciones bajo las cuales los sujetos creen que experimentan el estímulo.

Preferentemente se utiliza la expresión “discriminación de la realidad” en reemplazo de “testeo de realidad” por dos razones: primero, porque enfatiza la distinción entre lo real y lo imaginario como una habilidad que, en principio, no necesita ser pensada como diferente de otras habilidades excepto que el estímulo discriminado sea privado, como argumentó el filósofo alemán Ludwig Wittgenstein (1988). Segundo, porque el término a veces se utiliza en el contexto de testear circunstancias donde es posible que mecanismos similares sirvan de base tanto a las ilusiones como a las alucinaciones.

La mayor parte de estos estudios parecen sugerir que las alucinaciones en pacientes psiquiátricos resultan de la incapacidad de discriminar entre eventos

reales e imaginarios. Los alucinadores hacen un juicio apresurado de la fuente de sus percepciones y tienden a atribuir su percepción a una fuente externa. Después de todo, es difícil que el fracaso de la habilidad se pueda explicar en términos de las operaciones normales de dicha habilidad. Se puede entender que la alucinación en sí resulte de un déficit en el juicio, pero no implica que el juicio sobre lo real y lo imaginario ocurra a un nivel conciente; quizá los juicios complejos se hacen a un nivel inconsciente, o preconciente, o simplemente por debajo del nivel de la conciencia. En este sentido, la ilusión de la realidad se evalúa cuando la alucinación se vuelve similar a las modalidades de ilusiones visuales con las cuales la mayoría está familiarizado (Gregory, 1970). Parece más probable que el porcentaje de variables biológicas afecte la habilidad de discriminar entre eventos reales e imaginarios, incluso si éstos afectan directamente el proceso de juicio, o la información bajo la cual se hace el juicio.

Teoría de la influencia de la emoción. Según Bleuler (1950), las “voces”, en general, amenazan, maldicen, critican y consuelan con frases cortas y palabras abruptas de manera que los individuos expresan sus propios deseos, esperanzas y miedos. Garety (2001) también sugiere que el contenido mismo de las alucinaciones puede reflejar emociones. La emoción es el disparador de las alucinaciones. La actualización de la experiencia alucinatoria se alimenta del contenido de las voces, por ejemplo, si la ansiedad y la depresión son el resultado de una pérdida del trabajo, la ansiedad lo lleva directamente a experimentar voces con un contenido amenazador y crítico: “eres un inútil, nunca vas a conseguir otro trabajo”, “te vamos a perseguir, te tenemos marcado”. Slade

(1976) dice que los eventos que generan tensión psicológica producen una perturbación del estado de ánimo que desencadena los síntomas en aquellos individuos propensos a alucinar.

Morrison (1998) sostiene que el mecanismo básico de las alucinaciones no es la emoción, sino más bien que la emoción puede activar un mecanismo que agrega un “condimento” a la alucinación, es decir, que son causadas directamente por procesos emocionales. El pánico y la malinterpretación catastrófica de las voces ayudan a su persistencia (Clark, 1986). La interpretación amenazante podría ser, por ejemplo, que las voces van a matar a la persona (contenido persecutorio), o podría ser que la experiencia de oír voces es amenazante debido a la falta de control del individuo sobre ésta. La amenaza genera mayor ansiedad, y ésta activa las alucinaciones posteriores.

Hay teorías psicológicas que sugieren que la emoción podría no ser un disparador de las voces y así dar contenido a las alucinaciones. La no atribución del discurso interno puede ser el causante más probable, esto sugiere que, en la mayoría de los casos, el contenido de la voz puede ser amenazante o crítico. El contenido de las voces puede ser negativo, positivo, instructivo o neutral (Nayani y David, 1996; Close y Garety, 1998; Leudar, McNally y Gliniski, 1997). Incluso, es más negativo en individuos que han estado en los servicios psiquiátricos (Romme y Escher, 2005). En ciertos casos, a causa de eventos traumáticos en la niñez, como el abuso físico y sexual, el contenido más frecuente de las voces es el control, la crítica, el abuso y la amenaza (Nayani y David, 1996; Read y Argyle, 1999).

Los factores emocionales pueden ser un elemento de importancia. De hecho, el contenido de la voz puede ser emocional, pero esto no significa que esté relacionada con las preocupaciones del individuo. Close y Garety (1998) encontraron que la mayoría de los individuos que oyen voces tenían baja autoestima y el contenido de las voces era negativo, lo cual es consistente con el papel de la emoción en el desarrollo de la alucinación. Chadwick y Birchwood (1994), por su parte, han encontrado pruebas de que el desequilibrio emocional en individuos que escuchan voces está estrechamente relacionado con las creencias acerca de dichas voces, y que las creencias reflejan esquemas cognitivos acerca de la experiencia de relaciones interpersonales pasadas; en la mayoría de los casos la creencia de que las voces “son malévolas” es una extensión de su contenido (por ejemplo: amenazas, recriminaciones o ironías).

Aunque hay una fuerte relación entre la emoción, las creencias acerca de las voces y el contenido de la voz que coincide con la hipótesis de la emoción, en el 30% de los casos aproximadamente las creencias sobre las voces –y por consiguiente, sobre la emoción– no tienen una relación tan obvia con el contenido de las voces (Chadwick y Birchwood, 1994; Birchwood y Chadwick, 1997). Por ejemplo, una persona deprimida puede creer que las voces son malévolas aunque el contenido fuera positivo (Close y Garety, 1998). También es notable que el contenido o significado pleno de una voz no deriva solamente de la semántica de las palabras. Tanto el tono de voz como el momento de su ocurrencia probablemente sean significativos (palabras de contenido positivo pueden tornarse en contenido negativo sólo si se dicen en tono irónico), pero no hay estudios que

hayamos examinado el contenido de las alucinaciones en este nivel de detalle.

Slade (1972, 1973, 1976) sostiene que la emoción activa alucinaciones y que la perturbación emocional aumenta poco antes de la aparición de las alucinaciones. Una intervención conductista que reduzca la perturbación bloqueará las alucinaciones. Sin embargo, no ha habido ningún estudio detallado del mecanismo por el cual los procesos psicológicos asociados directamente con la emoción disparan el trastorno cognitivo que causa las experiencias alucinatorias. Por ejemplo, la ansiedad puede desencadenar alucinaciones, y los individuos con voces tienen creencias sobre las voces asociadas a sus reacciones emocionales. Es posible que la ansiedad generada por las alucinaciones conlleven a una mayor probabilidad de oír voces. Morrison (1998) también ha elaborado un informe anecdótico acerca del uso de comportamientos de seguridad por individuos que oyen voces. Han habido casos de pacientes con depresión que alucinan (Nayani y David, 1996). También es probable que las alucinaciones sean influenciadas por procesos de razonamiento, una necesidad de cerrar u obturar un deseo por obtener una respuesta, para enfrentar la incertidumbre o la ambigüedad (Kruglanski, Webster y Klem, 1993).

En un estudio sobre una población estudiantil, Allen y Bertrand (1968) descubrieron que la emoción y el estilo de razonamiento fueron predictores de predisposición alucinatoria, y la ansiedad fue el predictor más fuerte, lo cual es consistente con la importancia de los procesos emocionales en las experiencias alucinatorias en pacientes. En circunstancias en las que el origen de los estímulos internos es ambiguo, un estilo de razonamiento

puede llevar a juicios erróneos sobre la fuente externa y contribuir así a generar experiencias alucinatorias.

Paradigma organicista

Teorías psicofisiológicas. Los filósofos de la antigüedad estudiaron el fenómeno alucinatorio e intentaron relacionar estas experiencias con una ubicación anatómica. Platón creía que las alucinaciones aparecían en el hígado, mientras que los pensamientos racionales y las percepciones se originaban en la cabeza. Por su parte, Aristóteles creía que el corazón era el órgano principal de la mente donde ocurrían las alucinaciones.

Durante la Edad Media y hasta el siglo XVII y XVIII se le dio importancia a la localización de las funciones cerebrales de la alucinación. En el siglo XIX varios médicos focalizaron el cerebro como órgano responsable e intentaron explicar el fenómeno con conceptos fisiológicos y anatómicos, en línea con nuestra actual corriente de conocimiento de la estructura y las funciones del sistema nervioso central. En el siglo XX, Jackson propuso una teoría en un intento por explicar el fenómeno alucinatorio, según la cual las alucinaciones ocurrían cuando la influencia inhibitoria del nivel superior, la corteza cerebral, estaba obstruida y llevaba a liberar la actividad del nivel medio (el ganglio basal), que se transformaba en alucinaciones. El modelo de Jackson sugiere que la disociación conduce a la desinhibición y, consecuentemente, al surgimiento de la experiencia alucinatoria (Bromberg, 1940).

Otras investigaciones han propuesto modificaciones a la teoría de la disociación y la desinhibición de las

alucinaciones. Marrazzi (1970) sugirió que la alucinación es una percepción aberrante que puede darse debido a una disociación de la información nueva que ingresa en el área cortical primaria. Marrazzi concluyó que esta disociación es parte de un estado de desintegración funcional o de una falla en la homeostasis cerebral. Además, argumentó que estos estados disociativos ocurren no sólo en los estados psicóticos “funcionales”, como la esquizofrenia, sino también en estados orgánicos que pueden interferir con el funcionamiento normal del cerebro, como tumores cerebrales expandidos, o la ingestión de drogas alucinógenas.

Fischer (1970) propuso una teoría “sensorio-motora” que focaliza el desequilibrio entre el ingreso sensorial externo e interno al sistema nervioso central, incrementa la conciencia sensorial y disminuye la respuesta motora. Fischer definió las alucinaciones como “experiencias sensoriales intensas con una simultánea intención inhibitoria o de bloqueo y habilidad para verificar esas sensaciones a través de una actividad motora voluntaria”.

Slade (1976) propuso la teoría tetra-factorial de las alucinaciones auditivas. El primer factor involucra la aparición de emociones internas que surgen en respuesta al estrés psicológico. Esto interactúa con el segundo factor, la predisposición alucinatoria, que puede aumentar a cierto nivel la tendencia a alucinar. Si el grado de estimulación externa (tercer factor) no es lo suficientemente elevado como para competir con el de estimulación interna, el paciente puede experimentar una alucinación concientemente. El cuarto factor se refiere a la mejoría de los estados de ánimo como consecuencia de la alucinación.

Otros investigadores estudiaron el papel de la agitación en relación con el mecanismo de las alucinaciones. Cooklin (1983) diseñó un estudio de la conductividad cutánea en pacientes esquizofrénicos durante sus períodos de alucinación auditiva y observó que en el comienzo del período de las alucinaciones hay un aumento en la fluctuación espontánea de la conductibilidad de la piel, un índice de la agitación autonómica. Cooklin concluyó que el nivel de excitación interna desempeña un papel importante en la predisposición de la persona para la actividad alucinatoria.

West (1962, 1975) propuso la teoría de la “liberación perceptual”, en la que sugiere que el cerebro humano está constantemente bombardeado por varios tipos de estímulos sensoriales del ambiente, así como por estímulos internos. El cerebro excluye selectivamente de la conciencia la mayoría de los impulsos que son irrelevantes para la atención o que no son necesariamente adaptativos con el medio. De acuerdo con esta teoría, el mecanismo sensorial en un sujeto normal puede operar apropiadamente solo si hay una corriente constante de impulsos sensoriales del entorno. Estas corrientes sirven para inhibir cualquier percepción temprana que haya quedado almacenada en el cerebro para emerger a la conciencia. Si la corriente de impulsos sensoriales es perturbada o está ausente, como en el caso de períodos prolongados de privación, por defecto en la transmisión sináptica en los estados tóxicos o en exceso durante la psicosis “funcional”, el mecanismo sensorial se debilita. Este debilitamiento permitirá que emerjan percepciones tempranas o “huellas” dentro de la conciencia, que el individuo experimentará como alucinaciones. El incremento de la conciencia, que es inducida

por la disminución del ingreso sensorial, es un factor esencial para que este proceso se produzca.

Los avances en las técnicas neuroquirúrgicas permitieron la estimulación de estructuras más profundas del cerebro. Jasper y Rasmussen (1958) insertaron electrodos en las estructuras del lóbulo temporal y observaron la aparición de alucinaciones e ilusiones en algunos pacientes. Sobre la base de estudios neurofarmacológicos con animales, Winters (1975) concluyó que la desorganización del sistema sensorial y las anormalidades perceptuales en las alucinaciones pueden resultar en estados de hiperexcitación del SNC.

Para Siegel y Jarvik (1975) la mente humana puede considerarse como un “sistema que procesa información” con entrada y salida sensorial. El sistema es responsable de escanear y brindar información sensorialmente relacionada, y luego integrar la percepción al evento percibido. Siegel y Jarvik sugieren que las alucinaciones ocurren cuando la función integrativa del sistema está comprometida. En esos casos, las imagerías se proyectan por fuera del sujeto, pero separada de quien la proyecta. Horowitz (1975) también propuso un modelo de procesamiento de información, argumentando que las alucinaciones son el patrón común final de varios determinantes en el sistema de procesamiento de información que hace que un sujeto guarde erróneamente un recuerdo de origen interno, como una percepción externa.

Otras teorías, también, han propuesto alguna participación del sistema de recuperación de la memoria en el mecanismo del fenómeno alucinatorio, basadas en la similitud entre los sueños y las alucinaciones y en el hecho de que las huellas de la memoria pueden

constituir la construcción de bloques de sueño. Pero no existe una investigación que sostenga esta teoría. Sin embargo, está claro que las huellas de la memoria y el material inconsciente se vinculan íntimamente con las alucinaciones.

En algunas investigaciones (Mintz y Alpert, 1982) se sugiere que las alucinaciones ocurren en ciertas personas debido a su gran capacidad de imaginación vívida. Starker y Jolin (1982), en cambio, refutaron esta teoría, y hallaron evidencia clínica que sostiene que los pacientes esquizofrénicos que alucinan padecen de un grave déficit de la imaginación. Richardson y Divyo (1980) compararon un grupo de alucinadores alcohólicos con un grupo de alcohólicos no alucinadores y hallaron que el primer grupo mostraba una alta habilidad para distinguir claramente lo perceptual de lo conceptual (confusión limítrofe). Zigler y Levine (1983) también encontraron que los pacientes que alucinan presentan un menor nivel de desarrollo que los pacientes que tienen ilusiones, enfatizando el papel de la limitación cognitiva de los pacientes propensos a las alucinaciones.

Como se sabe, existe una gran similitud entre la alucinación y el sueño. Hartmann (1975) formuló un mecanismo neurofisiológico para explicar ambos fenómenos en los cuales se dan como un continuo y sugirió que un factor inhibitorio, relacionado psicológicamente con la función de “testear la realidad” y mediado fisiológicamente por el sistema ascendente de la corteza noradrenérgica, impide la aparición de alucinaciones y sueños en el estado de despertar. Cuando este mecanismo inhibitorio es interrumpido por factores fisiológicos o bioquímicos, se experimentan alucinaciones o sueños.

Dement (1970) investigó la correlación entre las alucinaciones y los sueños REM, y propuso que un mecanismo defectuoso de serotonina permite que algunas fases eventuales del sueño REM se introduzcan en el estado del despertar. Las ondas del puente del tálamo núcleo geniculado (TNG), que normalmente están confinadas a los trazos electroencefalográficos durante el sueño REM, emergen en los sueños no-REM de los estados despiertos y parecen coincidir con el comportamiento alucinatorio de los animales. La alteración del estado del sueño, un cambio en el comienzo del REM y la periodicidad pueden estar etiológicamente relacionadas con las alucinaciones. (Besson, Corrigan, Cherryman y Smith, 1987).

Las alucinaciones auditivas en pacientes esquizofrénicos pueden estar acompañadas por vocalizaciones que ocurren al mismo tiempo que las alucinaciones, y el contenido de estas vocalizaciones se corresponde con lo que la voz le va diciendo al paciente (Green y Preston, 1981); además, pueden aumentar a un nivel ininteligible la audición como *feedback*. Para algunos pacientes esquizofrénicos alucinadores, las voces que escuchan se retiran cuando se maniobran las subvocalizaciones (abriendo o cerrando la boca), esto sugiere que las alucinaciones auditivas pueden ser proyecciones de pensamientos verbales de pacientes esquizofrénicos o subvocalizaciones debidas a la inhibición de la corteza cerebral (Bick y Kinsbourne, 1987).

Se ha observado una asimetría funcional y anatómico-cerebral asociada con las alucinaciones en los pacientes esquizofrénicos, pero la significación de estos descubrimientos aún no es totalmente clara. En este punto, también comprobamos que las teorías psicofisiológicas

pueden aportar una explicación parcial al fenómeno alucinatorio desde varios aspectos y puntos de vista, pero ninguno ha sido integrado dentro de un concepto fisiopatológico que permita explicar adecuadamente el mecanismo de la alucinación (Hefferline, Bruno y Camp, 1974).

Teorías neuroquímicas. Es ampliamente sabido que las funciones cerebrales están mediatizadas por los neurotransmisores y a través de procesos bioquímicos que afectan a varios receptores y la sinapsis. Las investigaciones en el campo de la psicofarmacología y la neurobiología molecular en los ochenta y los noventa dilucidaron los mecanismos de las funciones cerebrales, los fenómenos patológicos que afectan el cerebro, e incluso las alucinaciones. Además, la aparición regular de alucinaciones como síntoma de condiciones médicas no psiquiátricas y como efectos secundarios de muchas medicaciones, ha generado un campo de investigación sobre los aspectos bioquímicos del fenómeno alucinatorio.

Kraepelin fue el primero que intentó un estudio sistemático de la fenomenología de la enfermedad mental cuando propuso la utilización de químicos que inducen la psicosis como un modelo para las “psicosis endógenas”. En otras investigaciones se emplearon ciertos agentes alucinógenos (como mezcalina) para el mismo propósito, luego se utilizó LSD como una herramienta experimental para inducir alucinaciones (Fischman, 1983; Fontana, 1965). Es de destacar que si bien el tipo de alucinación inducida por drogas es visual, las alucinaciones psicóticas son predominantemente auditivas.

Entre los neurotransmisores que se creía que eran los responsables de producir síntomas alucinatorios, la

dopamina parece desempeñar un papel fundamental, debido a dos descubrimientos: (1) los agentes farmacológicos que disminuyen la actividad dopaminérgica tienen propiedades antipsicóticas, y (2) las drogas que incrementan la actividad dopaminérgica producen estados psicóticos que son virtualmente indistinguibles de la esquizofrenia. El tratamiento de la enfermedad de Parkinson con L-DOPA puede inducir alucinaciones, como resultado del efecto de la droga dopaminérgica. La L-DOPA produce alucinaciones debido a la demencia progresiva que ocurre en el curso de la enfermedad de Parkinson, que tiende a predisponer al paciente a efectos secundarios, o debido a los efectos directos de la droga. La medicación antipsicótica que bloquea la actividad central de la dopamina alivia los síntomas alucinatorios. Esta conexión sugiere la participación de la dopamina en los mecanismos alucinatorios y una prueba de ello es la d-anfetamina, una dopamina que induce psicosis y alucinaciones en algunas personas (Fischman, 1983).

El mecanismo exacto por el cual la dopamina contribuye a la producción de alucinaciones no está totalmente claro, pero el papel del neurotransmisor que media entre los procesos psicóticos y los síntomas alucinatorios es incuestionable. En la bioquímica de las alucinaciones, también se ha tenido en cuenta la participación de la serotonina. Los niveles bajos de serotonina tal vez sean un factor crucial, de hecho, ciertas drogas alucinógenas como los lisérgicos (LSD), la mezcalina, la psilocina, la dimetiltriptamina (DMT) y otras parecen actuar, al menos en parte, bloqueando los receptores serotoninérgicos. Ciertas drogas alucinógenas como LSD, DMT y psilocibina comparten un núcleo común que también se encuentra en los neurotransmisores de la serotonina.

Este núcleo compartido puede ser la base del mecanismo por el cual los alucinógenos ejercen sus efectos inhibitorios serotoninérgicos. Por ejemplo, las anfetaminas que actúan en el sistema dopaminérgico parecen afectar el sistema serotoninérgico (Fischman, 1983).

En algunos estudios también se sugiere que la transmisión colinérgica puede ser parte del proceso de las alucinaciones. La manipulación de drogas dopaminérgicas o de drogas anticolinérgicas durante el tratamiento de pacientes con la enfermedad de Parkinson puede liberar alucinaciones, y en ciertos pacientes el sistema dopaminérgico/colinérgico está recíprocamente activo a largo plazo en las alucinaciones inducidas por drogas.

Se han sugerido otros mecanismos en el fenómeno alucinatorio. Por ejemplo, el papel de los receptores de opioides en la respuesta comportamental a los alucinógenos, donde los opioides podrían potenciar los efectos del DMT y el LSD. Los cambios en los niveles de endorfinas parecen ser, en parte, responsables de los síntomas de la esquizofrenia, e incluso de las alucinaciones.

Otra área de interés para las teorías neuroquímicas en las experiencias alucinatorias ha sido el papel de la mono-oxidasa. Hay estudios que establecen una asociación entre la baja actividad de la mono-oxidasa y las alucinaciones en pacientes esquizofrénicos (Meltzer y Stahl, 1976). En el campo de la bioquímica, encontramos un gran número de teorías e investigaciones que quizá esclarezcan algunos de los mecanismos involucrados en causar síntomas alucinatorios, pero ninguna de estas teorías parece ofrecer una explicación adecuada.

Etiopatogenia de las alucinaciones tóxicas. La abstinencia del alcohol puede causar alucinaciones visuales como parte del síndrome de *delirium tremens*, que

comienza el segundo o tercer día después de haber dejado o reducido la ingesta de alcohol, pero puede suceder al primer día o a la semana, como un efecto de abstinencia tardío. Otros tipos de alucinaciones, como la auditiva o la táctil, aparecen como parte del cuadro clínico de la abstinencia de alcohol, conocida como alucinosis alcohólica, pero que es diferente del *delirium tremens* y se presenta con alucinaciones auditivas que persisten después de que la persona se ha recuperado de los síntomas del alcohol, pero no es bebedor. Las alucinaciones auditivas se asemejan a una alucinación auditiva de la esquizofrenia. Por ejemplo, las voces son displacenteras y negativas, pueden inducir a que los pacientes se castiguen a sí mismos o a otros, en un intento por evitar las consecuencias de su contenido amenazador, duran unas pocas horas o días y en algunos casos pueden durar varios meses, o incluso hacerse crónicas. La alucinosis alcohólica es una condición rara y es imposible diferenciarla de un trastorno esquizofrénico, como cuando ocurre en alguien que abusa del alcohol concurrentemente. Las causas por las cuales los alcohólicos con síndrome de *delirium tremens* perciben un tipo específico de alucinación visual (por lo general, insectos gigantes, ratas u otras alimañas) todavía son desconocidas.

Las alucinaciones inducidas por drogas (como el LSD-25) y ciertos hongos (como el peyote) o plantas (como la ayahuasca), conocidas como sustancias enteógenas (Fericglia, 1994, 1997; Piñeiro, 2000; Samorini, 2001), son predominantemente visuales, con colores e imágenes intensas, están precedidas por una sensación visual distorsionada, alteraciones del color, tamaño, forma y movimiento, las imágenes son abstractas, como

líneas, círculos, estrellas y flashes luminosos. La persona quizá experimente alucinaciones más formadas, con imágenes de personas o de objetos o de eventos; estas imágenes se pueden ver con los ojos cerrados o en un ambiente oscuro y, también, con los ojos abiertos (West, 1975; Siegel y Jarvik, 1975), lo cual tiene relación con la posible modulación de las alucinaciones por estímulos externos.

Las alucinaciones auditivas aparecen en psicosis tóxicas (generalmente inducidas por drogas ilegales), pero cuando ocurren se presentan deformadas y se experimentan como ruidosas. De hecho, ocasionalmente se pueden transformar a voluntad y se escucha como música, o incluso se transforman en voces (Wilkins, Malitz y Esecover, 1962; Martínez Ferretti, 1997). Las alucinaciones táctiles, también llamadas alucinaciones ápticas, se presentan bajo la forma de insectos que se arrastran bajo la epidermis y se experimentan a partir de la intoxicación por cocaína y anfetaminas (Siegel, 1980). Los pacientes bajo la influencia de drogas psicodélicas, como la psilocibina o el LSD-25, pueden experimentar alucinaciones cenestésicas (Siegel y Jarvik, 1975), o se puede percibir una alucinación visual cromática después de escuchar un ruido fuerte o tener una alucinación auditiva en respuesta a una luz brillante, similar a la sinestesia. Se cree que este fenómeno ocurre debido a que la droga induce una hipersensibilidad cortical, la cual deja un estímulo fuerte en un área y activa otras áreas de la corteza.

Cuadro 2

Drogas de abuso con poder alucinógeno visual

I. Opio (<i>Papaver somniferum</i>)
1. Opláceos: morfina, codeína, tebaína.
1.1. Semisintéticos: heroína, dextrometorfán, oximorfona, dihidrocodeína.
1.2. Sintéticos: meperidina, difenoxilato, fentanilo, loperamida, metadona.
II. Depresores del sistema nervioso central
1. Barbitúricos: amobarbital y fenobarbital.
2. Benzodiazepinas: midazolam, triazolam, lorazepam, oxazepam, diazepam.
3. Alcohol etílico: bebidas fermentadas y destiladas.
III. Psicoestimulantes
1. Cocaína base (crack).
2. Anfetaminas: metanfetamina, metilfenidato, fentermina.
2.1. Anfetaminas de diseño: IIMA, MIDA, MDMA (éxtasis).
IV. Cannabinoides
1. Marihuana (<i>Cannabis sativa</i>); THC, hashish.
V. Psicodélicos
1. LSD, Khat, peyote (mescalina), D. Estramonio, ipomoea.
VI. Arilciclohexitaminas
1. Fenciclidina (PCP), ketamina.
VII. Inhalantes
1. Hidrocarburos alifáticos: gasolina, keroseno, bencina, nafta.
2. Hidrocarburos aromáticos: tolueno, benceno, xileno.
3. Alquilhaloides: cloroformo, cloruro de etilo, tricloroeteno.
4. Alquinitrilos, nitritos de amilo (Poppers), propilo y butilo.
5. Éteres: solventes de lacas, plásticos, pinturas.
6. Cetonas: acetona, acetaldehído.

Es importante considerar que ciertas drogas pueden producir distintos efectos alucinatorios en diferentes personas. Los efectos dependen de la dosis y de la persona, de su condición física, de su estado de ánimo, y del contexto social, cultural o religioso/ritual. De manera inversa, la misma experiencia alucinatoria se puede producir por una variedad de drogas. En cualquier caso, la naturaleza del material alucinado está en su mayoría influenciado por el trasfondo psicológico del individuo (Slade, 1976a, 1976b). Luego de repetidas ingestas de drogas, algunas personas quizás experimenten un fenómeno llamado “*flashback*”; esto es, la aparición

espontánea de una ilusión o una alucinación visual pero libre de droga, o por fuera de su administración general, similar a lo que se experimenta bajo el estado activo de la droga. Estos *flashbacks* pueden ocurrir hasta meses después de la última ingesta de la droga, pero todavía se desconoce el mecanismo de este fenómeno (Horowitz, 1975).

Las alucinaciones también aparecen como el efecto secundario de una variedad de medicamentos que se utilizan comúnmente en la práctica clínica, como los medicamentos antidepresivos (amitriptilina, maprotilina, doxepina, digoxina, amoxepina, trazodone, imipramina, entre otras). La benzotropina, el hidrocloreto trihexyphenidílico, el propanolol y otros agentes bloqueadores β -adrenérgicos, citemidina (Yudofsky, Ahern, Brockman, 1980; Adler, Sadia y Wilets, 1980), clonidina, y la atropina y otros agentes anticolinérgicos pueden producir alucinaciones liliputienses, donde se presentan personas reducidas de tamaño (como gnomos, enanos y otras criaturas fantásticas), u otras alucinaciones visuales, las cuales puede ocurrir en otros síndromes cerebrales y en varios cuadros psicóticos. Las drogas que contienen antiinflamatorios, corticoesteroides, antibióticos y otros agentes antimicrobiales, como los medicamentos antineoplásicos y aquellos para evitar la hipertensión pueden ser inductoras de varias modalidades sensoriales de alucinación.

Otras alucinaciones visuales –mórficas y amórficas– ocurren como resultado de lesiones corticales que afectan las áreas occipitales y tempo-parietales. Las alucinaciones olfativas y, menos comúnmente, las gustativas, están asociadas con el lóbulo temporal y el *gyrus* uncinado. En los trastornos convulsivos pueden ocurrir varias

alucinaciones relativamente distorsionadas durante el aura epiléptica; alucinaciones olfativas y visuales en la migraña; alucinaciones hipnagógicas en la narcolepsia; alucinaciones olfativas en la enfermedad de Parkinson; y alucinaciones táctiles y visuales –no asociadas con el delirio– en casos de demencia. También pueden inducir alucinaciones un proceso global degenerativo en el área temporal, traumas cefalocraneanos y concusiones cerebrales, compresión cerebral por efecto de lesiones como tumores, abscesos o aneurismas vasculares, infecciones del SNC, como la meningitis y la encefalitis.

Otras formas de alucinación se pueden encontrar en condiciones que se asocian con varios síntomas psicóticos, trastornos metabólicos (trastornos endocrinológicos, uremia, desequilibrio electrolítico, trastorno mineral y déficits vitamínicos), niveles de intoxicación de diversas sustancias químicas (dióxido de carbono, mercurio y bromuro), eritomatosis sistémica de lupus que puede afectar al SNC, y la arteritis temporal. En trastornos oto-oftalmológicos se presentan alucinaciones de modalidad auditiva en individuos con pérdida de audición bilateral, como tinitis y sonidos irregulares de una variedad de timbre y grado, o alucinaciones claras, como instrumentos musicales, canciones y voces.

Tratamiento contra las alucinaciones

El tratamiento contra las alucinaciones ha aplicado predominantemente dos formas: (1) la *farmacológica*, que incluye la medicación neuroléptica y antipsicótica, tratamiento en base a litium, carbamazepina y benzodiazepinas; y (2) la *psicológica*, que incluye un abanico

de técnicas de modificación ambiental, técnicas de modificación conductual, técnicas psicoterapéuticas y técnicas cognitivo-conductuales.

Particularmente desde el punto de vista psicológico, los procesos de adaptación a la experiencia alucinatoria se pueden ajustar a tres fases: la mayoría se confunde y se siente impotente (fase inicial), experimentan estrategias para adaptarse a las voces (fase de organización), y después de un periodo variable la mayoría evoluciona hacia una fase de estabilización, en la cual es posible enfrentar las voces. El objetivo de la terapia es modificar las creencias sobre la omnipotencia, malevolencia o benevolencia de las voces o las visiones, que implican: (1) el compromiso y la cooperación, (2) la resistencia y (3) la indiferencia.

Tratamientos farmacológicos. Debido a que, en general, las alucinaciones se consideraron como síntomas de enfermedad mental, el tratamiento que se ofrece a las personas con alucinaciones fue predominantemente farmacológico. En los años 40, el cirujano naval francés Henri Laborit descubrió que el antihistamínico clorpromazin (Largactil) tiene un efecto tranquilizador en pacientes psiquiátricos, y este descubrimiento fue probado en una serie de pruebas clínicas iniciales con pacientes esquizofrénicos. Desde entonces, numerosos estudios controlados demostraron que la clorpromazina y otras drogas similares, conocidas como neurolépticos, pueden reducir la severidad de los síntomas psicóticos, en particular las alucinaciones y los delirios, y además reducen el riesgo de recaída en pacientes ambulatorios (Leff y Wing, 1971). Paralelamente, se realizaron investigaciones sobre el modo de acción de los neurolépticos. La potencia de estas drogas se correlaciona

con su capacidad de detener el paso del receptor de la dopamina d-2, la cual condujo a la teoría de que la esquizofrenia puede ser causada por una anomalía en el sistema dopaminérgico. Sin embargo, debemos decir que no hay suficiente investigación científica como para sostener, en forma consistente, la hipótesis del efecto de la dopamina (Carlsson, 1995). A continuación se presentan los tratamientos más comunes: medicación neuroléptica, antipsicótica, tratamiento en base a litio, a carbamazepina y a benzodiazepinas (ver Marrazzi, 1962, 1970; Jarvik, 1970).

Medicación neuroléptica. El tratamiento con medicación neuroléptica es riesgoso. Una gran parte de los pacientes no responde a sus efectos y la mayoría padece efectos secundarios, como trastornos parkinsonianos (por ejemplo: temblores y una sensación casi intolerable conocida como akathisia), efectos cardiovasculares (por ejemplo: aumento del riesgo de muerte súbita), efectos hormonales y metabólicos (por ejemplo: aumento de peso, disfunción sexual y agrandamiento mamario en hombres), y trastornos sanguíneos. En parte debido a estos efectos secundarios, hay baja tolerancia a la medicación neuroléptica; como consecuencia muchos pacientes rechazan o discontinúan el tratamiento. Recientemente están a disposición en el mercado una cantidad de neurolépticos, como la clozapina, que causan menos efectos secundarios, si bien el hecho de que resulten o no más efectivos que los neurolépticos es todavía un tema sujeto a controversia. Lo interesante es que estas drogas no son antagónicas con la dopamina d-2.

Medicación antipsicótica. La medicación antipsicótica es la droga más efectiva para tratar los síntomas psicóticos, incluyendo las alucinaciones. Las dosis y la

duración del tratamiento varían de una condición a otra. El tratamiento de los síntomas alucinatorios resulta de estados psicóticos orgánicos, como en el caso del delirio psicótico inducido por drogas, al acompañar una dosis relativamente pequeña de neurolépticos potencialmente elevados por días o semanas. Por otro lado, en un intento por tratar las alucinaciones en el curso de condiciones psicóticas crónicas, como la esquizofrenia, los psiquiatras quizás necesiten prescribir dosis mayores y más prolongadas de la medicación. No hay pruebas clínicas de que una droga antipsicótica sea más eficaz que otra para controlar los síntomas alucinatorios. La medicación antipsicótica es la mejor elección de acuerdo con el historial clínico del paciente para responder a la medicación y a los efectos adversos en relación con la condición clínica. El paciente debe ser tratado con la dosis apropiada por un tiempo antes de que se declare ineficaz la medicación. En la mayoría de los casos cambiar de un neuroléptico a otro puede ofrecer pequeñas ventajas, ya que algunos pacientes muestran mejor respuesta a una droga que a otra.

Tratamiento en base a litium. El litium es bien conocido por sus efectos antimaníacos y antidepresivos. En los años treinta se sugería que el litium quizás ejercía algunos efectos antipsicóticos. Zelman (1984) investigó el efecto de la terapia de litium para reducir los síntomas psicóticos de la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos y descubrió que los síntomas psicóticos, incluyendo las alucinaciones, ilusiones y trastornos del pensamiento, respondían favorablemente a la terapia con litium en un período relativamente corto. Zelman concluyó que el litium podía ser administrado como agente antipsicótico porque actúa más rápido, sin embargo rara

vez se emplea, mientras que se utiliza solo en algunos pacientes alucinadores cuando fracasan los tratamientos con neurolépticos convencionales.

Tratamiento en base a carbamazepina. El anticonvulsivante carbamazepina, comercialmente conocido como *Tegretol*®, ha recibido gran atención porque se aplica a trastornos psiquiátricos. La droga es ampliamente empleada como un agente efectivo para el tratamiento de trastornos bipolares. También se utiliza para mejorar el control de los impulsos en pacientes con trastornos orgánicos que se relacionan con trastornos de conducta. En estudios recientes se identificó la carbamazepina como una droga efectiva para el tratamiento de las alucinaciones. Por ejemplo en el caso de una mujer que tuvo un comienzo repentino de alucinación auditiva asociada con síntomas depresivos durante al menos tres años. La paciente no respondía a los antidepresivos, ni a la medicación antipsicótica, pero cuando comenzó con 600 mg de carbamazepina por día, en tres días disminuyeron notablemente sus alucinaciones, aunque no cambiaron sus síntomas de depresión. Otro caso es el de un paciente sin antecedentes de alucinaciones ni síntoma psicótico, pero que desarrolló “pseudo-alucinaciones” auditivas como resultado de una abrupta reducción en su dosis de Carbamazepina (de 1.400 mg por día a 400 mg). Las voces desaparecieron después de que se le incrementó la dosis hasta el valor de la primera.

Tratamiento en base a benzodiazepinas. El papel de las benzodiazepinas en el tratamiento de las psicosis es controvertido. Existe un acuerdo respecto a que las benzodiazepinas se pueden utilizar en combinación con medicación antipsicótica para el tratamiento de los estados psicóticos agudos, y así reducir el nivel de

agitación del paciente. Las benzodiazepinas se utilizan con buenos resultados en casos de reacciones psicóticas agudas inducidas por drogas psicodélicas. Además, para el tratamiento específico de elección en los casos de abstinencia alcohólica (*delirium tremens*) donde las alucinaciones visuales y táctiles son bastante frecuentes. También se argumentó que las benzodiazepinas quizás tengan un efecto específico en los síntomas psicóticos. Se estudiaron sus efectos en un grupo de esquizofrénicos crónicos que experimentaban alucinaciones visuales y auditivas, entre otros síntomas. Los pacientes que participaron del estudio fracasaron al responder solamente a los neurolépticos. Después de unas semanas de tratamiento junto con los neurolépticos, los pacientes mostraron una mejoría significativa en cuanto a la reducción de sus alucinaciones y su estado mental en general.

Por su parte, Davis y Caspar (1977) encontraron que el 25% de las personas continuó teniendo síntomas psicóticos a pesar de tomar neurolépticos. Davis, Schaffer y Killian (1980) examinaron una amplia base de datos de ensayos clínicos a partir de los años sesenta generados por el National Institute of Mental Health Psychopharmacology Research Branch en los Estados Unidos, y encontraron que cerca del 30% de los individuos mínimamente mejoró o empeoró después del tratamiento con neurolépticos. Kane, Honigfeld y Singer (1988) encontraron que los síntomas de un quinto de los pacientes que sufren de esquizofrenia fallan en responder a las drogas neurolépticas. Curson, Patel, Liddle y Barnes (1988) estudiaron los síntomas de 222 pacientes hospitalizados crónicos con diagnóstico de esquizofrenia, usando una escala estándar para medir síntomas psiquiátricos y encontraron que el 46% tenía delirios

persistentes y el 32% voces persistentes. El punto aquí es que habían expuesto a este grupo de personas a lo que los autores describieron como “tratamientos farmacológicos enérgicos”.

Tratamientos psicológicos. Dado el limitado éxito de las intervenciones psicofarmacológicas en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, hubo un creciente interés en los tratamientos psicológicos, particularmente porque los psicólogos clínicos tienen la oportunidad de complementar la terapia farmacológica en un contexto psicoterapéutico que puede cooperar a un abordaje integrativo de la enfermedad mental. Aunque los resultados de pruebas controladas de la terapia psicoanalítica en pacientes esquizofrénicos que padecían alucinaciones han puesto en evidencia resultados casi completamente negativos, se han desarrollado otros métodos que prometen tener un pronóstico más favorable.

Una estrategia de tratamiento confiable consiste en focalizar a los familiares de los pacientes esquizofrénicos que fueron dados de alta en el hospital, asumiendo que las emociones de los miembros de familia incrementan la probabilidad de relapso. El tratamiento está enfocado en reducir la crítica familiar hacia el paciente y resolver los problemas prácticos asociados a la convivencia con alguien que padece una enfermedad mental en la familia (Anderson, 1988). Otras pruebas controladas demostraron que este método puede reducir la probabilidad de futuras admisiones en el hospital.

Más recientemente, se consideró la posibilidad de ofrecer al individuo sesiones de terapia cognitivo-conductual (TCC) para atender síntomas psicóticos específicos. Se han publicado muchos casos acerca del tratamiento exitoso de la TCC en delirios y alucinaciones

(Slade y Bentall, 1988). Algunos investigadores emplearon técnicas para reducir la ansiedad, como la desensibilización sistemática, pedirle a los pacientes que se canten a sí mismos o que nombren los objetos más próximos (estrategias de distracción) (Erickson y Gustafsson, 1968; James, 1983), y que le conversen u orienten a sus voces alucinadas durante cierto tiempo (estrategias de monitoreo) (Glaser, 1985). Mediante estas estrategias se reduce drásticamente la duración de la severidad de las alucinaciones, y por otro lado, se alienta a los pacientes a que integren a sus voces (Slade y Bentall, 1988).

En un estudio comparativo breve se administraron dos estrategias, una de focalización y otra de distracción, durante veinte sesiones conducidas por un psicólogo clínico en pacientes que habían tenido alucinaciones durante once años. Si bien hubo un efecto beneficioso a corto plazo en ambas terapias, no se pudo diferenciar el mismo efecto después de dos años de seguimiento posterior al tratamiento. Chadwick y Birchwood (1994) elaboraron una estrategia en donde los pacientes desafían la omnipotencia de las voces alucinadas, asumiendo que dicha estrategia produciría una reducción más tolerable de las voces. Los tres pacientes tratados mediante este método redujeron significativamente la frecuencia de sus voces al final de la terapia.

Se publicaron resultados exitosos en pacientes crónicos, calificados en términos de su mejoramiento sintomático (Garety y Hemsley, 1994) y otros con padecimientos agudos que habían sido tratados. Pero la mayoría de estos estudios tienen medidas sintomáticas, lo cual hace más difícil determinar el impacto diferencial del tratamiento de las alucinaciones en comparación con otras experiencias psicóticas. Sin embargo, un estudio inicial

a pequeña escala de Garety (1994) demostró que la TCC tiene un impacto más positivo sobre el delirio que sobre las alucinaciones. En un estudio posterior a gran escala, se encontró que las experiencias alucinatorias mostraban un resultado pobre (Fowler, Garety y Kuipers, 1995), lo cual parece confirmar que las alucinaciones responden menos a los tratamientos psicológicos modernos que lo que lo hacen otros tipos de síntomas psiquiátricos.

Mientras tanto, los terapeutas deberían considerar si es apropiado o no alentar a los pacientes a aceptar sus experiencias alucinatorias y lidiar con ellas de alguna forma. Desde luego, el trabajo de Romme y Escher (2006) sugiere que no siempre es conveniente ofrecer este tratamiento a personas que padecen de experiencias alucinatorias persistentes. Por otro lado, debido al peligro iatrogénico de las intervenciones psiquiátricas modernas, sería una ayuda fundamental intentar que los pacientes acepten sus voces como un aspecto normal de sus vidas.

Los síntomas alucinatorios son relativamente fáciles de identificar y monitorear, y por lo general los psicólogos clínicos y psiquiatras son quienes se ocupan de evaluar el mejoramiento o el deterioro de los pacientes. En algunos casos, quizás las alucinaciones disminuyan o desaparezcan en respuesta a un tratamiento adecuado, mientras que otros síntomas psicóticos, como las ilusiones paranoides, persisten. En otros casos, la mayoría de los síntomas psicóticos, quizás mejoren de manera significativa dejando al paciente con síntomas alucinatorios residuales. La variabilidad clínica en respuesta a las alucinaciones por parte del tratamiento está determinada por la etiología subyacente de trastorno.

Técnicas de modificación ambiental. Los estudios que manipulan los estímulos del medio y la percepción de los pacientes contribuyeron a aliviar las alucinaciones con diferentes grados de éxito. Se ha sugerido que un aumento de la estimulación auditiva quizás en apariencia disminuya las alucinaciones auditivas. Se investigó el efecto de las variaciones del *input* audible en las experiencias alucinatorias de los pacientes esquizofrénicos. Y sus resultados sugieren que la estimulación en sí no es suficiente para reducir las experiencias alucinatorias; sin embargo, la estructura del material utilizado para la estimulación y su habilidad para manejar la atención del paciente son los que determinan el efecto del fenómeno alucinatorio (Margo, Hemsley y Slade, 1981). Hay casos de pacientes esquizofrénicos cuyas alucinaciones auditivas crónicas se incrementaron después de que su televisión se descompuso, esto significa que mirar televisión disminuía notablemente no solo las alucinaciones visuales sino también las auditivas.

Se ha estudiado la disminución de las alucinaciones auditivas mediante el efecto de manipulación del *input* auditivo con la utilización de un tapón en el oído. Como resultado se redujeron las alucinaciones auditivas persistentes en un paciente que utilizó esta técnica y se observó el efecto benéfico de utilizar un tapón en el oído sólo cuando se lo colocaba en el área dominante. A dos pacientes esquizofrénicos que también tenían persistentes alucinaciones auditivas pero que no respondían a la medicación neuroléptica, se les colocó tapones de oídos que se cambiaban de lado durante el tratamiento. Ambos pacientes mostraron mejorías significativas mientras el tapón de oído estaba en el lado dominante o en el no dominante. (Done, Frith y Owens, 1986; James, 1983).

Técnicas de modificación conductual. Las alucinaciones auditivas en algunos pacientes esquizofrénicos pueden acompañarse por técnicas como tararear un tono cuando quieren que las voces se detengan, hacerse gárgaras con agua, cantar o simplemente hablar –conforme disminuyen las voces–, o la terapia verbal para disminuir en intensidad y frecuencia las conductas delirantes. También se aplicaron técnicas de detención del pensamiento, generalmente empleadas en pacientes con Trastornos Obsesivo-Compulsivos (TOC), que mejoran sus pensamientos obsesivos y producen una disminución en la frecuencia de las alucinaciones, puesto que esta técnica junto con medicación antipsicótica produce resultados significativamente mejores que los antipsicóticos, solamente con alucinaciones y delirios crónicos en pacientes esquizofrénicos.

Técnicas psicoterapéuticas. Debemos enfatizar que las intervenciones psicoterapéuticas para el manejo de las alucinaciones y el tipo de psicoterapia pueden variar según la naturaleza de la enfermedad y el paciente. Los pacientes con alucinaciones pueden ser o no concientes de la irrealidad de sus percepciones pero, en todos los casos, es esencial reafirmar al paciente, explicarle la naturaleza de sus experiencias y que los síntomas probablemente desaparezcan con el tratamiento apropiado. Por otro lado, los pacientes esquizofrénicos y otros con condiciones psicóticas “funcionales” quizás estén convencidos de que sus alucinaciones son reales; en estos casos es importante apoyar a los pacientes y brindarles psicoeducación, explicándoles que no son producto de su imaginación sino que están provocadas por su enfermedad. El grado de dominio sobre sus alucinaciones

dependerá del grado de mejoría de su percepción de integridad y realidad cognitiva, y de su nivel intelectual.

Por otro lado, los pacientes con pensamientos simples y concretos quizá respondan mejor a un abordaje terapéutico. Por ejemplo, Neppe (1988) estudió el caso de una paciente que decidió grabar sus alucinaciones auditivas. La paciente se quedó sorprendida cuando descubrió que las voces no aparecían en la grabación, entonces fue al médico porque pensó que realmente estaba enferma. La grabación de las alucinaciones auditivas quizás tengan una aplicación terapéutica indirecta en las alucinaciones de los pacientes no esquizofrénicos respecto a quienes padecen un trastorno orgánico: le ofrece la posibilidad de “tomar conciencia” sobre la irre realidad de sus percepciones, y así los ayuda a vencer sus experiencias displacenteras, que de otro modo, el paciente psicótico es incapaz de aceptar. Es probable que ciertos pacientes psicóticos no estén dispuestos a aceptar esa realidad, por ejemplo argumentando que las voces “se negaron” a ser grabadas.

Finalmente, hay pacientes cuyas alucinaciones son egosintónicas, o más placenteras, es decir, experimentan alucinaciones pero se adaptan a éstas tranquilamente, sin perturbación. En la mayoría de estos casos, la naturaleza y el contenido de las alucinaciones parecen ser ciertamente el cumplimiento de deseos o necesidades en un nivel no consciente que puede estar ayudando al paciente a adaptarse al mundo externo.

Terapia cognitivo-conductual. El objetivo principal de la terapia cognitiva para las alucinaciones auditivas es reducir la angustia que experimenta el sujeto y las conductas problemáticas que exhibe, modificando las creencias sobre la omnipotencia (“las voces me obligan

a matar”), la malevolencia (“las voces son un castigo por mis malas acciones”), o la benevolencia (“las voces son un medio a través del cual un ser sobrenatural me ayuda a desarrollar poderes especiales”) (Chadwick y Birchwood, 1994; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996). El procedimiento de intervención planteado por Chadwick se basa en la terapia cognitiva de Beck, y se trata de la aplicación de una serie de estrategias para facilitar la implicación de los pacientes en la terapia. Una de estas estrategias consiste en mostrar la relación entre lo que el paciente cree acerca de las voces y las emociones y conductas asociadas. Esto es, el paciente puede emitir tres tipos de respuestas ante las voces: *compromiso*, que se refiere a la conducta de cooperación (búsqueda de contacto con las voces) y afecto positivo (alegría); *resistencia*, que se refiere a la conducta combativa y de oposición (desobediencia) y afecto negativo (temor); o *indiferencia*, que se refiere a la falta de compromiso con las voces (Perona Garcelán, 2004).

De acuerdo con Chadwick, hay que informar a los pacientes la relación entre la creencia de malevolencia y la respuesta de resistencia, y entre la creencia de benevolencia y respuesta de compromiso. También recomiendan que para lograr que los pacientes se involucren en la terapia, se les recuerde que pueden abandonar el tratamiento cuando lo deseen o se les muestren testimonios de personas que también sufrieron alucinaciones y que tuvieron una experiencia terapéutica positiva.

La terapia propuesta por Chadwick y sus colaboradores se centra en identificar las creencias básicas sobre las voces, y en discutir si la perturbación atribuida a las voces podría ser, en realidad, una consecuencia de las creencias en éstas. La discusión cognitiva de las creencias

se inicia cuestionando la lógica y consistencia de las pruebas que el individuo considera menos relevantes y continúa hasta las más importantes, para pasar luego a poner en duda directamente la creencia con lo dicho anteriormente. Es necesario proporcionarle al paciente una explicación alternativa de lo que le ocurre. En este sentido, con respecto a las alucinaciones, se puede argumentar que son generadas por uno mismo y que suele existir una conexión entre el contenido de las voces y los acontecimientos en la vida del individuo; y en lo referente a las creencias, es propicio plantear si constituyen un intento de dar sentido a las voces.

Para Romme (2006) la diferencia consiste en que los pacientes oyen muchas más voces negativas, mientras que las personas sanas las experimentan como predominantemente positivas. Los pacientes psiquiátricos se muestran, en su mayor parte, incapaces de afrontarlas, mientras que por su parte los individuos sanos se mantienen controlados y reaccionan a las voces adoptando una posición personal frente ellas. Como alternativa a la medicación, Romme ha optado por enseñar a aceptar las voces o la visión como algo que les pertenece personalmente. En lugar de que se esfuercen por rechazar el fenómeno, ayuda a estas personas a darse cuenta de que luchar contra ellas no hace más que empeorar la situación. En consecuencia, les enseña a mantenerse controlados y a prevenir la desconcentración durante el trabajo debido a estas voces.

Los procesos de adaptación exitosos a la experiencia alucinatoria se pueden ajustar a tres fases (Romme y Escher, 2006). En la *fase inicial* las voces aparecen, por lo general, de manera repentina, a veces durante un período de inestabilidad emocional o a causa de gran

ansiedad, pánico o furia. Durante esta fase la mayoría de las personas se confunde, se siente impotente y trata en vano de escapar de estas voces. Sin embargo, después de un período que va de semanas a años, la mayoría de estas personas evoluciona hacia una *fase de organización* durante la cual experimenta activamente estrategias para adaptarse a las voces. Las estrategias adoptadas varían según el caso y el individuo o su entorno: puede ser que ignoren las voces, que escuchen y conversen con voces positivas o que entablen un tipo de contrato mental con ellas (como decidir si va a escuchar las voces por un período limitado diariamente). Finalmente, algunas personas pueden lograr una *fase de estabilización*, donde les es posible enfrentar las voces como parte de sí mismo, y que éstas voces pueden tener una influencia positiva. Aproximadamente dos tercios de la muestra de Romme y Escher describieron haber tenido dificultades para adaptarse a sus voces, y aproximadamente un tercio describió sentirse adecuadamente adaptado. Comparando las respuestas entre los “adaptados” y los “no-adaptados”, Romme y Escher encontraron que los adaptados creían sentirse más fuertes que sus voces, pero los no adaptados se creían más débiles; y también que los adaptados experimentaron voces más positivas que negativas respecto a los no adaptados.

Otros investigadores estudiaron el proceso de adaptación a las alucinaciones de las personas que habían sido diagnosticadas como enfermas mentales. Falloon y Talbot (1981) entrevistaron a 40 pacientes ambulatorios con diagnóstico de esquizofrenia y descubrieron que sus métodos de adaptación habían producido cambios comportamentales (iniciar una actividad laboral o tener mayor interacción social), cambios fisiológicos (relajarse

mejor o hacer ejercicio), además de varias estrategias diferentes (reducir su atención a las voces, debatir con las voces, o decirle a las voces “vete de aquí”).

O’Sullivan (1994) clasificó las estrategias en tres grupos: (1) cambio comportamental, (2) cambio fisiológico y (3) de cognición. El primer grupo comprende un número de estrategias comportamentales cuando aparecen las voces, por ejemplo cambios en la postura como acostarse o levantarse para ir a caminar, en las relaciones interpersonales, e incluso buscar compañía de diferentes personas. En este caso, la internación hospitalaria y el aislamiento social eran las estrategias más desaconsejadas. Los cambios fisiológicos comprenden el intento de aumentar o disminuir el nivel de activación mediante técnicas de relajación, sueño o escuchar música estimulante mientras que las estrategias cognitivas comprenden la distracción para ignorar las voces.

Romme y Escher (2006) estudiaron casos de personas que escuchaban voces como una ayuda para integrar un trauma, para controlarlo o para aumentar su autoestima, mientras que otros consideraban las voces como un efecto negativo. Emplearon un cuestionario del comportamiento social para examinar la relación entre pacientes psiquiátricos y sus alucinaciones auditivas y encontraron que ciertas alucinaciones servían como compañía y protección. Es notable que más de la mitad de los participantes de este estudio indicó que sus alucinaciones le servían como función adaptativa, y una minoría considerable deseaba continuar experimentándolas. De los pacientes que estuvieron hospitalizados (y especialmente aquellos que estuvieron de acuerdo con participar en los protocolos de la investigación) son comunes las actitudes positivas por ser menos estresantes.

Para concluir, debemos decir que la relativa dificultad en el tratamiento de las alucinaciones no debe desalentar las innovaciones en la investigación psicoterapéutica, del mismo modo que el efecto de la farmacoterapia no debería desalentar a los investigadores en el desarrollo de tratamientos con drogas nuevas. En definitiva, el tratamiento de las alucinaciones que ocurre debido a una condición orgánica debe ir directo a las causas subyacentes de la problemática, así otros tratamientos: cualquier medicación antipsicótica es esencial bajo cualquier condición orgánica.

1.3. VARIEDADES DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA

El concepto de “propensión a alucinar” ha sido objeto de estudio en muestras no-clínicas (estudiantes y residentes) en los últimos años (Aleman, Nieuwenstein, Bucker y de Haan, 2001; Larøi, Marczewski y van der Linden, 2004; Larøi y van der Linden, 2005; Morrison, Wells y Nothard, 2000; Ohayon, Priest, Caulet y Guilleminault, 1996; Ohayon, 2000; Johns, Nazroo, Bebbington y Kuipers, 2002), y su multidimensionalidad se documentó tanto en muestras clínicas (Levitan, Ward, Catts y Hemsley, 1996) como en no-clínicas (Larøi, DeFruyt, van Os, Aleman, van der Linden, 2005; Aleman, Nieuwenstein, Boecker y de Haan, 2001; Larøi *et al.*, 2004; Larøi y van der Linden, 2005).

Algunos estudios sistemáticos comprenden: (1) las diferencias entre jóvenes y ancianos, (2) los sistemas de creencia, (3) las experiencias alucinatorias en viudas/os, (4) las alucinaciones en niños, (5) las experiencias alucinatorias hipnagógico/hipnopómpicas, (6) la alucinación asensorial o “sensación de presencia”, (7) las alucinaciones experimentalmente inducidas (sin drogas), y (8) otras experiencias perceptuales cuasi-alucinatorias, como las alucinaciones “negativas”, la sinestesia y la percepción pareidólica. Se debe advertir que en la mayor parte de los casos, dado el estado actual de estos estudios, las comparaciones con muestras clínicas resulta inevitable, como las conclusiones que estos estudios aportan a los modelos teóricos que permiten comprender mejor la psicogénesis de la experiencia alucinatoria en individuos psicóticos. De modo que, aunque estos estudios enfatizan

muestras no-clínicas, necesariamente se presentarán en forma alternada con los estudios sobre muestras clínicas.

Diferencias entre jóvenes y ancianos

Aunque existe bastante investigación acerca de la experiencia alucinatoria en la población no-clínica joven (las encuestas focalizan muestras de estudiantes, cuyo promedio de edad es de 25 años), pocos estudios examinaron la propensión a la alucinación en la población de ancianos. En el estudio de Tien (1991), los resultados de la incidencia de alucinaciones visuales, auditivas, somáticas y olfativas en una población de entre 18 a 80 años ($N = 18.572$) sugieren que la alucinación aumenta levemente en proporción directa con la edad, y el mayor número de experiencias alucinatorias se concentra en la edad avanzada; en particular las visuales y auditivas. Ciertos estudios también muestran que los factores relacionados con el déficit sensorial, la degeneración neurocognitiva o eventos en la vida como la pérdida del cónyuge, la internación geriátrica, la pobreza o marginación social, están asociados con la presencia de alucinaciones en individuos mayores de edad (Grimby, 1993, 1998; Turvey, Lukoff, Barnhouse y Lu, 2001). Por ejemplo, Turvey (2001) investigó a personas mayores de 70 años y encontró que el 20% tenía alucinaciones visuales o auditivas, y que la relación conyugal en relación con el deterioro visual y cognitivo podría asociarse con las alucinaciones.

Larøi, DeFruyt, van Os, Aleman, van der Linden (2005) observaron que la muestra de jóvenes respondió afirmativamente a reactivos específicos relacionados con

la alucinación (por ejemplo: “en el pasado he tenido la experiencia de haber oído la voz de una persona pero luego me di cuenta de que nadie estaba allí”, “a veces oigo una voz que comenta mis pensamientos en voz alta”), comparable al estudio de Larøi *et al.* (2004) y Larøi y van der Linden (2005), que encontró que el 28%, el 13%, el 34% y el 19% de los participantes, respectivamente, habían respondido afirmativamente a las experiencias perceptuales anómalas del Cuestionario de Alucinaciones Launay-Slade. Aleman (2001) también encontró que el 31% y el 11% de los participantes respondieron de manera afirmativa a ambos reactivos respectivamente.

Entre las muestras de adultos jóvenes y ancianos, Larøi, DeFruyt, van Os, Aleman y van der Linden (2005) encontraron diferencias entre ambos en términos de la tipología de las experiencias alucinatorias. Los jóvenes tuvieron más experiencias alucinatorias relacionadas a fantasías vívidas, y pensamientos vívidos e intrusivos. En cambio, los mayores tuvieron alucinaciones relacionadas al sueño, y alucinaciones visuales y auditivas. A estas diferencias observadas entre los grupos en términos del factor de ensoñaciones vívidas (más alto en los jóvenes) se las puede relacionar con estudios que presentan una disminución en la frecuencia e intensidad de la ensoñación con la edad (Giambra, 2000). La diferencia entre los grupos en relación con las alucinaciones auditivas (más altas en los mayores) está en línea con un estudio que presenta un aumento en la frecuencia de las alucinaciones auditivas con la edad (Tien, 1991; Grimby, 1993, 1998). La diferencia entre los jóvenes y los mayores en términos de prevalencia de alucinaciones visuales (más altas en los mayores) coincide con los estudios de alucinaciones visuales (Tien, 1991; Grimby, 1993, 1998;

Turvey, Lukoff, Barnhouse y Lu, 2001) y perturbaciones perceptuales en las personas mayores (Livingston, Kitchen, Katona y Copeland, 2001).

En términos más generales, parece que el neuroticismo (y otros constructos similares, como la ansiedad) aumenta el riesgo de experimentar síntomas psicóticos en individuos mayores (van Os *et al.*, 1998; Krabbendam *et al.*, 2002; Delespaul, de Vries y van Os, 2002). En otras palabras, aunque el neuroticismo puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de las alucinaciones en adultos jóvenes, puede ser menos pertinente para el desarrollo y/o mantenimiento de las alucinaciones en la vida adulta.

Sistemas de creencia y experiencias alucinatorias

La investigación de la experiencia alucinatoria en términos del sistema de creencias puso el énfasis en el estudio de la experiencia de oír voces (Chadwick y Birchwood, 1994; Close y Garety, 1998; Jackson, 1997). Por ejemplo, Chadwick y Birchwood (1994) encontraron que en pacientes esquizofrénicos las voces que se percibían como malévolas provocaban emociones negativas pero las voces “benévolas” provocaban emociones positivas y eran aceptadas e integradas. Existen pocos análisis que asocien la creencia de las voces con su contenido; sin embargo, Close y Garety (1998) encontraron que en pacientes esquizofrénicos se relacionaba la malevolencia/benevolencia con su contenido (Miller, O'Connor y Di Pasquale, 1993); cuando la percepción psicótica típica de las voces es malévola, la reacción típica es la emoción

negativa y la depresión (Garety, Hemsley, Wessely, 1991; Garety y Hemsley, 1994; Davies, Griffin y Vice, 2001).

Peters (1999) detectó que los individuos que pertenecen a cultos o movimientos neo-religiosos (druidas y Hare Krishna) tuvieron en la incidencia de ideación alucinatoria puntajes significativamente más altos que los grupos de control (no-religiosos y cristianos), pero no difirieron significativamente de la muestra de pacientes psicóticos (Davies, Griffin y Vice, 2001).

La investigación que compara muestras de psicóticos, religiosos y normales en relación con experiencias esquizotípicas se realizó principalmente sobre creencias y experiencias. Comparado con grupos de control (normales) se esperaba que individuos psicóticos percibieran alucinaciones más negativas porque la alucinación auditiva psicótica típica involucra voces malévolas (Chadwick y Birchwood, 1994; Close y Garety, 1998). Sin embargo, en los individuos religiosos (específicamente evangelistas cristianos) se encontraron experiencias alucinatorias más positivas que en los grupos de control, porque la experiencia de oír voces para ellos es una señal de intervención divina (Buckley y Galanter, 1979; Jackson, 1997).

Si bien la alucinación en el grupo de psicóticos se diferencia de la población normal, las alucinaciones auditivas no ocurren solamente en los individuos psicóticos. Por ejemplo, en el estudio de Davies, Griffin y Vice (2001) el 27% de los individuos en el grupo control ("normal") también tuvo la experiencia de oír voces, pero la experiencia de estas personas no era negativa, de hecho, los puntajes medios de la experiencia de oír voces estaban del lado positivo de la escala Likert (4,5 donde 1 negativa y 7 positiva), mientras que el grupo

de psicóticos calificó la experiencia menos positiva que el grupo control, y este a su vez encontró la experiencia menos positiva que el grupo cristiano. También, se examinó el problema específico de oír voces en miembros de movimientos religiosos que sostienen creencias más extremas y raras que los miembros de las iglesias cristianas evangélicas tradicionales. Es probable que los evangelistas tengan acceso a un sistema de creencias organizado y validado, o a un sistema de apoyo social que no es igual al de los miembros de movimientos neo-religiosos, quienes interpretan sus voces de manera más positiva.

Según otros estudios se encontró que las creencias religiosas podrían estar asociadas con la esquizofrenia premórbida (Margolis y Elifson, 1983), esto es, los que escuchan voces en los grupos no-psicóticos están en una fase premórbida de psicoticismo, y pueden continuar desarrollando síntomas psicóticos. En este sentido, si la creencia religiosa fuera un indicador de psicosis premórbida, los grupos evangélicos indicarían mayor proporción de alucinaciones como el grupo de psicóticos, pero las reacciones afectivas son diferentes, y por lo tanto, significativamente más positivas en el grupo evangélico que en el grupo de psicóticos. El grupo evangélico podría interpretar su experiencia inicial de oír voces y asignarle un significado religioso positivo, y así estar más motivado para continuar en la iglesia (una explicación por *refuerzo*); o bien su experiencia inicial de voces puede ser negativa y pueden ingresar a la iglesia como una forma de interpretar y luego ocultar estas experiencias (una explicación por *encubrimiento*). De modo que el sostén y guía que reciben de la iglesia les permitirá interpretar las voces en forma positiva; de

hecho, para los evangelistas su última y más reciente experiencia era más positiva que la primera (ver los estudios de Margolis y Elifson, 1983).

Si las iglesias evangélicas tuvieran una función tanto religiosa como terapéutica, entonces el apoyo que se recibe de la comunidad serviría para “positivizar” una experiencia alucinatoria negativa (Crossley, 1995; Romme, Honig, Noorthoorn y Escher, 1992). De modo que el significado de las alucinaciones puede tener un efecto beneficioso para los individuos víctimizadas por alucinaciones auditivas persistentes, resignificando sus creencias sobre las voces (Chadwick y Birchwood, 1994; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Las experiencias fuera del cuerpo (EFC) también están modulas por los sistemas de creencia. Se define como una experiencia mediante la cual el Yo o centro de conciencia parece ocupar una posición remota respecto a su propio cuerpo. La experiencia parece estar ampliamente distribuida en la población en general. Parra (2010) encontró mayor nivel de esquizotipia cognitivo-perceptual, absorción psicológica, disociación, propensión a la fantasía y a la alucinación, imagería visual en individuos que tienen EFC en comparación con los que no tienen en ambas muestras, lo cual sugiere el modelo disociacional de la EFC. Aunque el término *alucinación* tiene un contenido peyorativo, la incidencia de tales experiencias en la población normal incluye a individuos que han señalado los efectos benéficos de las EFCs como un modo adaptativo.

Alucinaciones pos-duelo

En situaciones difíciles de la vida se presenta un inminente sentimiento de caos y el deseo de “restaurar el orden” puede obligar a un individuo a buscar recursos perceptuales para controlar una situación de sufrimiento, o experimentar el deseo de tener un encuentro con el difunto. Esto puede tomar la forma de una experiencia auditiva, visual, o táctil, o conversaciones con el difunto, o la sensación de su presencia; estas experiencias se conocen también como “alucinaciones posduelo” o “ilusiones posduelo” (Grimby, 1993, 1998).

Olson, Suddeth, Peterson y Egelhoff (1985) encontraron que casi las dos terceras partes de una muestra de 46 viudas (edad promedio 80 años) habían experimentado alucinaciones o ilusiones. Las experiencias más comunes en este grupo eran de modalidad visual (79%) y auditiva (50%), táctil (21%), sensación de presencia (32%), y diálogo con el difunto (18%). También es común la combinación de alucinaciones e ilusiones, por lo general, experimentadas de noche (61%) y menos durante el día (7%), y el 32% tuvo experiencias tanto diurnas como nocturnas. Ball (1976/1977), en un estudio con viudas, encontró que el 48% tenían alucinaciones, de estos casos el 15% eran muy raras, el 19% ocasionales y el 1% muy frecuentes.

Rees (1971) realizó un estudio similar de alucinaciones e ilusiones en 227 viudas y 66 viudos/as en Gales, donde casi la mitad de los sujetos (igual número de hombres y mujeres) había tenido una experiencia alucinatoria: la sensación de presencia del difunto era muy común (39%), seguido de alucinaciones visuales y auditivas (14% y 13%, respectivamente). El 12% se

sintió “tocado” y el 3% se había sentido conmovido por la experiencia de “contacto” con el difunto. También era común tener alucinaciones/ilusiones muchos años después de la pérdida de un esposo, pero significativamente mayor en el período de los primeros diez años (53%) que durante un período más largo como un lapso de 40 años (32%). Por otro lado, las personas más jóvenes alucinaban en menor grado que las mayores (Gramby, 1998; Rees, 1971), particularmente cuando tenían lugar las primeras sesiones de psicoterapia tras la pérdida del cónyuge. El tipo de alucinaciones/visiones también varía con la edad, por ejemplo en el estudio de Gramby (1998), los ancianos (menores de 60 años) tuvieron más alucinaciones visuales y hablaban con el difunto.

No se encontró ninguna correlación entre la incidencia de alucinaciones/ilusiones y el aislamiento social, los factores culturales, el sitio de residencia, o el cambio de casa después de la muerte del cónyuge. Ninguno le había comunicado a su médico sus experiencias, o sólo las habían confiado a un sacerdote, el 25% había hablado de sus experiencias a algún amigo cercano o a algún pariente. La razón más común de ocultar estas experiencias era por miedo a que se burlaran o fueran tomados por “locos”, o sintieran pena por él/ella. Aparte, estas personas tenían una actitud positiva sobre sus experiencias, excepto el 6% que las encontraron desagradables.

Parkes (1970) realizó otro estudio con viudas. 15 de las 22 mujeres tuvieron la sensación de que sus maridos difuntos estaban presentes, y manifestaron que les trajo consuelo, alivio y que la sensación de presencia reducía la ansiedad. Yamamoto *et al.* (1969) encontró que casi todas (90%) las viudas japonesas habían experimentado la presencia de su marido muerto de alguna manera,

pero ninguna tuvo miedo de perder la razón (en Japón, la religión sanciona y anima el duelo como un método para “dejar atrás” al difunto, que recibe ofrendas de comida en un altar, y comparten sus experiencias cotidianas con el muerto). La mayoría de las investigaciones no presenta ningún modelo explicativo acerca del fenómeno, pero Malinak, Hoyt y Patterson (1979) se orientan hacia una interpretación paranormal de naturaleza extrasensorial (Stevenson, 1983).

Alroe y McIntyre (1983) describen los casos de tres mujeres mayores, mentalmente saludables, que padecían del síndrome Charles Bonnet –una enfermedad ocular– y tenían alucinaciones visuales reales con sus maridos fallecidos. En uno de estos casos, también había ocurrido una alucinación olfativa, lo que por otra parte rara vez es mencionado en la literatura médica. O’Mahony, Shulman y Silver (1984) muestran paralelismos entre compañeros imaginarios de los niños y la experiencia de presencia en personas mayores de sus compañeros que han muerto. Ambos tipos de experiencias probablemente representen un comportamiento compensatorio a su sentimiento negativo (soledad), aunque esta conducta en niños es un facilitador del crecimiento; el problema central es cómo los individuos enfrentan una situación de vida difícil y amenazante, y en tal caso, la experiencia alucinatoria se asemeja al osito de peluche o al compañero imaginario (Horton, 1981).

Finalmente, Grimby (1993: 79) dice: “...nunca uso los términos *alucinación* o *ilusión* en mis conversaciones con el doliente; esto sólo ocurre en mis informes y a la falta de otro término no psiquiátrico más apropiado. Un término con menos carga es *percepción*, que –si bien no es totalmente correcto– podría ser una

alternativa concebible, principalmente para debilitar su asociación con la enfermedad mental. La expresión también sería apropiada para enfermeras/os, y otras actividades relacionados con la psicoeducación, la asistencia a pacientes terminales, o personas que pasan por situación de duelo”.

Parra y Espinosa Paul (2010) observaron diferencias culturales en las experiencias aparicionales entre argentinos y peruanos, algunas de éstas indirectamente asociadas a los duelos. Tanto estudiantes limeños como pucallpinos con experiencias aparicionales mostraron mayor propensión a experimentar percepciones inusuales pseudoalucinatorias que quienes no tuvieron la experiencia, así como también mayor propensión a la esquizotipia en comparación con quienes no tuvieron estas experiencias. Respecto a las mediciones de disociación, absorción y propensión a la fantasía, los estudiantes limeños y los pucallpinos también indicaron tener experiencias aparicionales y mostraron altos niveles en estas escalas en comparación con quienes no tienen estas experiencias. Comparando ambas muestras, los estudiantes pucallpinos mostraron mayores niveles de propensidad a alucinar en las modalidades auditiva, visual, táctil e hipnagógico/hipnopómpica, así como también propensión a la esquizotipia, en comparación con los estudiantes limeños.

Experiencias en niños y adolescentes no-psicóticos

Se han descripto alucinaciones en una amplia variedad de condiciones psiquiátricas en la niñez, y aunque

fueron consideradas como sinónimo de psicopatología, éstas también pueden encontrarse en niños saludables. Despert (1948) demostró que los niños menores de cinco años no alucinaban y los menores de tres podían distinguir realidad de fantasía. Las alucinaciones en niños son principalmente de modalidad auditiva, aunque algunas de estas experiencias pueden representar un fenómeno evolutivo/madurativo normal, en ausencia de cualquier otra patología orgánica o psicosis subyacente. Esto debe diferenciarse de las alucinaciones que ocurren en el curso de condiciones psiquiátricas u orgánicas como la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad, las fobias, los trastornos metabólicos, las infecciones, u otro tipo de trastornos (Kotsopoulos *et al.*, 1987).

La vida mental de los niños es rica en fantasías e imaginación, pero la distinción entre la fantasía y la realidad en la mente del niño puede ser confusa. Hay varios desacuerdos acerca de la edad en la que el niño puede hacer semejante distinción, sin embargo, se ha sugerido que el interés de los niños por sus fantasías puede deberse a su proceso de adaptación a la realidad (Pilowsky, 1986). En otros estudios (Fennig *et al.*, 1997) se encontró que casi el 3% de los adultos comienza a hablar de sus alucinaciones poco antes de los 21 años, y que cuando eran niños solían ser renuentes a hablar sobre las voces que oían.

Según Piaget (1984), hasta los tres años el niño todavía no puede distinguir entre los sueños y la realidad, pero después puede comprender que los sueños no son reales aunque continúa creyendo que existen como entidades visibles. Así continúa hasta los seis años, después, el niño descubre que los sueños no existen en el mundo externo, y que son producto de su propia mente.

Piaget sostiene que el niño entre cuatro y seis años es “egocéntrico” y no tiene en cuenta el punto de vista de las personas a su alrededor; puede hablar sobre el producto de su imaginación, pero no puede referirse a su naturaleza alucinatoria si bien es consciente de ello. Es importante evitar etiquetar a la experiencia de un niño como alucinatoria cuando en realidad está experimentando fenómenos evolutivos normales, o por el contrario, que el médico crea que el niño está experimentando un fenómeno evolutivo normal cuando, en realidad, está alucinando (Pilowsky, 1986).

Bender (1970) sugirió que las alucinaciones en niños tienen un modelo madurativo y pueden ser afectadas por las perturbaciones o retrasos en el proceso mismo de maduración, y que los niños de tres a seis años tienen experiencias alucinatorias diferentes de las que se producen en niños mayores. Estas alucinaciones consisten principalmente en la visión o audición alucinatoria de compañías de diversa naturaleza (animadas o inanimadas, animales o humanos). Este fenómeno se considera un proceso dinámico normal en el desarrollo de la personalidad, aunque parece ocurrir más en niños aislados, solitarios, o muy imaginativos, y en niños que tienen problemas de identidad o dificultades en sus relaciones interpersonales; los niños, también, pueden experimentar síntomas alucinatorios en ciertos estados orgánicos como intoxicaciones con medicaciones e infecciones, o en respuesta a una tensión emocional (alucinaciones con animales aterradores como serpientes, ratas u otros animales preparados para atacarlo). Estas experiencias luego pueden continuar para satisfacer una necesidad o compensar una deficiencia en sus experiencias emocionales y sociales.

Las alucinaciones en niños de 6 a 12 años tienen ciertas características que las diferencian de las que se presentan en los adultos, principalmente el objeto introyectado o las voces malévolas o benévolas; además rara vez se proyectan al mundo externo, como ocurre en los adultos. Las voces oídas por el niño sirven para dirigir sus impulsos, pero son reconocidas por el niño como un ser irreal, originario de sus propias experiencias. Estas alucinaciones normalmente desaparecen o se marchitan cuando los niños se acercan a la pubertad o a la adolescencia temprana.

En la adolescencia, las alucinaciones son más parecidas a las de los adultos, pero algunos pueden continuar teniendo experiencias alucinatorias infantiles durante su adolescencia. La diferencia entre las alucinaciones de la niñez y las que experimentan los niños esquizofrénicos radica en que las primeras son raras y de naturaleza imaginativa, más benévolas y ocurren como parte de experiencias madurativas. Las experiencias alucinatorias en niños, a cualquier edad, siempre deben tomarse como una herramienta útil para explorar su mundo interno en vías de comprender sus complejos problemas psicodinámicos, en lugar de ser vistas sólo como síntomas de enfermedad. A continuación examinaremos algunas características fenomenológicas de las experiencias alucinatorias en niños normales y psicóticos.

Algunos niños describen imágenes claras de personas, animales u objetos como compañeros imaginarios con quienes juegan y tratan como reales, aunque el niño reconoce que el objeto no existe en realidad. Este fenómeno es más común en niños entre tres y cinco años. El niño juega con el compañero imaginario e incluso puede dejar un espacio en su cama o un lugar en la mesa para

este amigo imaginario. Los compañeros imaginarios se presentan en niños no psicóticos, particularmente en niños solitarios, y es más común en niños que son más creativos. Estas experiencias satisfacen una necesidad en la vida del niño y pueden compensar deficiencias en sus experiencias sociales (Bender, 1970). Los compañeros imaginarios se pueden ver como objetos de transición que ayudan al niño a desarrollar la capacidad de constancia del objeto. Aunque se espera que este fenómeno desaparezca en la pubertad, los compañeros imaginarios también aparecen descritos en individuos adultos, como estudiantes universitarios (Pilowsky, 1986).

Aquellos niños que están sujetos a situaciones de tensión, ansiedad o a reacciones fóbicas agudas pueden experimentar síntomas alucinatorios. Por ejemplo, un niño que tiene miedo a la oscuridad puede experimentar ansiedad y ver ojos brillantes, o animales. Wilking y Paoli (1966) estudiaron alucinaciones en trece niños no psicóticos y encontraron que ocho de ellos (60%) padecían trastornos de ansiedad; los niños tenían alucinaciones auditivas complejas que consistían en varias voces que les decían principalmente cosas amenazantes, atemorizándolos, y además tenían alucinaciones visuales de escenas terroríficas. La mayoría de estos niños padecía de un deterioro en el funcionamiento adaptativo y eran socialmente aislados. Estas alucinaciones cesaron durante la psicoterapia.

Schreier y Libow (1986) describieron alucinaciones fóbicas agudas en niños entre dos y seis años, seis casos donde los niños experimentaban síntomas alucinatorios como respuesta a situaciones de estrés extremas que producen ansiedad severa y conducta fóbica. Las alucinaciones eran principalmente visuales o táctiles, limitadas

y duraban pocos días. Los niños que experimentaron trastornos de estrés postraumático dieron testimonio de eventos horribles, como violación, homicidio o suicidio y alucinaciones en forma de experiencias perceptuales recurrentes, e imágenes intrusivas relacionadas con los eventos traumáticos (Schreier y Libow, 1986).

Las alucinaciones pueden estar presentes en asociación con ciertas circunstancias culturales; por ejemplo, padres con creencias supersticiosas o prácticas religiosas tradicionales. En esos casos, un niño puede usar las alucinaciones para llamar la atención de los padres (Simonds, 1986). Bender y Lipkowitz (1940) describen el caso de un niño de nueve años que tenía experiencias visuales y auditivas (oír voces de espíritus que lo llamaban, ver leones en la calle), estas alucinaciones estaban animadas por sus padres porque pensaban que el niño tenía un don especial.

También se ha sugerido que las alucinaciones se presentan con más frecuencia en familias marginales o de bajos ingresos (Wiling y Paoli, 1966) que pueden contribuir a la producción de fenómenos alucinatorios en niños, como falta de contacto emocional, sobrestimulación, privación de sueño, hambre y abandono (Rothstein, 1981).

Sin tener en cuenta la etiología de las experiencias alucinatorias, es importante entender los factores psicodinámicos subyacentes involucrados en la condición, ya que proporcionan una herramienta útil a fin de develar conflictos inconscientes, como mecanismo para modificar duras realidades o como un mecanismo de escape. Con frecuencia, las experiencias alucinatorias sirven para satisfacer deseos y fantasías, como el deseo por reforzar la autoestima o reexperimentar placer. Además, la alucinación infantil puede considerarse como una manera de proyectar

ansiedad a una fuente externa que puede experimentarse como proveniente del exterior, en lugar de sentirlo internamente. La hostilidad puede manifestarse como una defensa al proyectar impulsos de ira, y entonces reexperimentarlos en la forma de voces de ira que vienen del exterior. Otras alucinaciones ayudan a aliviar la culpa o la vergüenza, o a veces dan la oportunidad de reexperimentar momentos felices del pasado o de resolver situaciones traumáticas, para darle una amplia oportunidad al niño de desplegar conflictos emocionales inconscientes.

Pilowsky (1986) sostiene que las alucinaciones pueden ser consideradas una expresión de la función superyoica, es decir, las voces críticas o censurantes indican la presencia de un superyó punitivo, rígido y primitivo. Cuando los padres son muy críticos y abusivos, las alucinaciones representarían la internalización del objeto parental punitivo. También pueden verse como una expresión de la función del yo, de modo que las voces intentan lograr el dominio o la satisfacción de maneras adaptables o parcialmente adaptables. Además, las alucinaciones pueden representar la proyección de impulsos sexuales o agresivos inaceptables y desde el punto de vista de la relación de objeto podrían representar la proyección de objetos internalizados.

Las alucinaciones también estuvieron asociadas a una variedad de síndromes psiquiátricos (Famularo, Kinscherff y Fenton 1992), abandono (Yates y Bannard, 1988), trastorno disociativo (Putnam y Peterson, 1994), y en niños que sufren privación social aguda (Eisenberg, 1962), y en niños socialmente desadaptados (Kotsopoulos *et al.*, 1987). Otros estudios también muestran alucinaciones en niños no psicóticos menores de cinco años (Schreier y Libow, 1986).

Otras experiencias perceptuales pseudo-alucinatorias

Alucinaciones “negativas”. La alucinación negativa, por lo general inducida bajo hipnosis, consiste en la percepción aparente del sujeto en respuesta a la sugestión del experimentador; algo que el individuo “debería” percibir dada la naturaleza del ingreso sensorial contemporáneo (McCreery, 2006), en otras palabras, el objeto está realmente presente pero el individuo no puede percibirlo.

Debemos admitir que este fenómeno, como la hipnosis en sí misma, es aún controversial. Orne (1962) describe que en esta situación se le solicita al sujeto que “no” vea un objeto que está en el cuarto, por ejemplo, una silla, y que responderá verbalmente como si la silla no estuviese presente. Cuando se le pide al sujeto que camine por la habitación no camina atravesando la silla, sino que la rodea evitando cualquier contacto físico con esta. En algunos casos, por lo tanto, parece que hay una disyunción entre lo verbal y la conducta motora. La interpretación de Orne de la situación es que “en algún punto, hay conciencia de la silla”.

Una disyunción similar entre la conducta motora y la verbal se observa en conexión con el fenómeno de *blindsight* (Weiskrantz, 1980). En esta situación el sujeto puede afirmar que no ve nada, pero sin embargo actúa como si cierta cantidad de información sensorial se estuviese procesando en forma utilizable. Por ejemplo, el sujeto puede funcionar mejor cuando está forzado a *adivinar* si un estímulo está presente o ausente en el escotoma (el área ciega) de su campo visual, y puede

expresar la sorpresa de este resultado, al haber comentado inicialmente que la tarea es imposible.

En 1910, Janet introdujo el concepto de *disociación* y utilizó la hipnosis para explorarla (Nijenhuis y van der Hart, 1999). Desde entonces, hubo conexiones históricas entre la disociación, la alucinación y la hipnosis, que desempeñaron un papel predominante en la evolución de conceptos psicodinámicos contemporáneos. La fenomenología de la hipnosis incluye alucinaciones (percepción sin objeto) y “alucinaciones negativas” (una *falla* en la percepción del objeto).

Sinestesia. Refiere a un raro pero frecuente fenómeno de percepción donde imágenes sensoriales de una modalidad, como la visión, se transfieren a otra modalidad, como el gusto o la audición. Para un sinestésico una limonada puede detonar un color verde, así como un aria de una soprano puede disparar una figura visible modulada en forma y tamaño según el tono de cada nota. En la sinestesia un estímulo inducido produce, al mismo tiempo, dos clases de respuesta sensoriales: la experiencia sensorial primaria que normalmente está asociada con este estímulo y una experiencia secundaria en otra modalidad (Marks, 2000).

Existen dos modalidades de sinestesia: la sinestesia débil –que se conoce como sinestesia *poética* o *literaria*– que puede ser tanto un fenómeno lingüístico como perceptivo, y la sinestesia fuerte, que está en el otro extremo del rango sinestésico y es más rara e impresionante. La sinestesia fuerte es claramente un fenómeno perceptivo en una pequeña proporción de la población –estimada en una de cada 25.000 personas (Cytowic, 1989), o por lo menos una en dos mil (Baron-Cohen *et al.*, 1996)–. Para un individuo que experimenta una variedad común

de sinestesia conocida como *audición del color*, una nota musical puede detonar la percepción de un color que aparece después que suena la nota y se desvanece lentamente una vez que la nota va disminuyendo. En el caso de la experiencia de sinestesia del léxico, el nombre “Warren” puede aparecer como un color castaño. Esta clase de sinestesia, basada en propiedades psicofísicas o propiedades del léxico de los estímulos inductores refleja alguna clase de transferencia anómala de imágenes sensoriales o sus atributos de una modalidad a otra (Grossenbacher, 1997).

La existencia de formas de sinestesia débiles y fuertes sugiere que éstas –como las experiencias alucinatorias– también operan en un nivel de continuidad (Rader y Tellegen, 1987; Glicksohn, Salinger y Roychman, 1992). Distintas teorías de la sinestesia plantean condiciones fisiológicas donde la sinestesia refleja alguna clase de neuropatología o psicopatología (Bleuler, 1913), quizás un “cortocircuito” neuronal entre las regiones sensoriales del cerebro (Clavière, 1898; de Rochas, 1885) o una falla del sistema nervioso (Coriat, 1913). Rader y Tellegen (1987) investigaron la posible relación entre la sinestesia y el coeficiente de personalidad y cognición. Las diferencias individuales en la sinestesia no estaban relacionadas con la inteligencia o, más sorprendentemente, con la intensidad de las imágenes; sin embargo, Glicksohn, Salinger y Roychman (1992) encontraron una relación entre la sinestesia y las imágenes eidéticas.

En este sentido, las propiedades fenoménicas de la experiencia sinestésica permiten mediciones más objetivas de desempeño, como los tiempos de respuesta. En el caso de una mujer de 25 años para quien las letras tanto habladas como escritas producían colores sinestésicos,

cuando se le pidió que nombrara los colores de las letras impresas, la latencia de sus respuestas se incrementó fuertemente cuando los estímulos de color diferían del color sinestésico de la letra (Wollen y Ruggiero, 1983). Esto es análogo al conocido efecto Stroop, en el cual las personas encuentran difícil nombrar el color en que está impresa una palabra si la palabra está escrita en un color diferente (Dyer, 1973). Las personas encuentran fácil nombrar una mancha de tinta verde como “verde”, pero es más difícil nombrar la tinta verde cuando la misma palabra está escrita en rojo. El efecto Stroop implica que el procesamiento perceptivo de la información sobre el color puede estar interrumpido por la incompatibilidad entre el color percibido y el nombre del color.

Percepción pareidólica. Es un tipo de ilusión o error perceptual –visual o auditivo (rara vez implica a otras modalidades sensoriales)– que involucra a un estímulo indeterminado y vago que es percibido como un objeto significativo claro y distintivo (Loftus, 1980; Schick y Lewis, 2001). Esta forma de organización cognitiva del estímulo perceptual puede estar condicionada por formas previas conocidas, o estar determinada culturalmente. Además puede ser interpretada rápidamente, en particular por refuerzo grupal, es decir, si otros confirman la interpretación del primer individuo que significa la percepción pareidólica.

Ejemplos comunes de pareidolia pueden presentarse como una forma visual, como la visión de animales o rostros en la forma de las nubes, en manchas de humedad en la pared, en las cimas de algunos cerros pedregosos, siluetas en el pavimento o en la arena, o auditivos, como mensajes con significado en las grabaciones en idiomas desconocidos o reproducidas al revés, o escuchar voces

o músicas en el bufido de un aparato de radio o TV fuera de sintonía (ruido blanco). Con frecuencia, las interpretaciones sobrenaturales están asociadas más a percepciones pareidólicas que a experiencias paranormales verídicas, como presuntos avistamientos de OVNI, apariciones u otros fenómenos paranormales, como rostros en fotografías y videofilmaciones.

Probablemente, la eficiencia del mecanismo pareidólico consiste en aislar un rostro de un montón de detalles a causa de un proceso de reordenamiento cognitivo de fragmentos inconexos por los cuales –a un nivel inconsciente pero evolutivamente necesario– el individuo tiende a ver una cara u oír una voz. No hay distorsión perceptual, al menos no en un sentido patológico, sino una tendencia a ordenar y dar sentido a perceptos aleatorios.

La percepción pareidólica también puede ser funcional para la exploración psicológica, particularmente aspectos dinámicos de la personalidad, por ejemplo, el test de manchas de tinta creado por Hermann Rorschach, que consiste en la exposición visual de manchas aleatorias de tinta impresas en una serie de láminas en torno a las cuales el psicoterapeuta pide narrar a su paciente una interpretación para cada lámina. El test de manchas de tinta tiene amplia aplicación no sólo para los teóricos del psicoanálisis, sino también para la comunidad psicológica en general.

Otro fenómeno conceptualmente relacionado es la “apofenía”, esto es, la propensión a percibir relaciones o conexiones entre eventos aparentemente desconectados, atribuyéndoles un grado variable de significación (Brugger, 2001). Una interpretación neurocientífica para ambos fenómenos es descripta por Hawkins y Blakeslee

(2005) en su teoría de la memoria-predicción, donde sugieren que el córtex funciona sobre la base de la memorización y el reconocimiento de patrones de manera que la tarea que realiza es una predicción evocada por un recuerdo (*memory-prediction framework*). El papel de cualquier región del córtex es averiguar qué relación hay entre sus entradas (*inputs*), memorizarlas y usar esa memoria para predecir cómo se comportarán las entradas (*inputs*) en el futuro, como cuando se encuentran parecidos no genéticamente determinados (padres/hijos, hermanos) en rostros de diferentes personas al azar. Los algoritmos del cerebro son lo suficientemente generales como para que se pueda reconocer, imaginar, crear y aprender.

Alucinación asensorial: la sensación de presencia

La experiencia de sentir que uno no está solo a pesar de la certeza de que realmente no hay nadie cerca es una experiencia alucinatoria bastante frecuente. Esta sensación puede ir desde una vaga y casi injustificada certeza a una certeza absoluta (Suedfeld, 1987). Normalmente, estas sensaciones se asocian con la oscuridad, un ambiente extraño, y una sensación de aislamiento o soledad (Zusne y Jones, 1982). Se puede experimentar, por ejemplo, al caminar por una calle oscura, por un bosque, o incluso en una casa estando solo, principalmente de noche, llena de susurros y ruidos vagos, soplo de viento y sonidos de animales distantes (Reed, 1988; Suedfeld, 1987; Suedfeld y Mocellin, 1987).

La sensación de presencia consiste en un sentimiento instantáneo, o un discernimiento inefable de que “allí

hay algo". En algunos estudios se puso en evidencia que la sensación de presencia es un concomitante común de la parálisis del sueño, particularmente asociada con alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, así como intenso temor (Cheyne, Rueffer y Newby-Clark, 1999). Como se indicó antes, la parálisis del sueño es un estado consciente de inmovilidad involuntaria que ocurre antes de dormir o inmediatamente al despertar. Un episodio puede durar de segundos a varios minutos, aunque bajo este estado las personas son incapaces de hacer movimientos corporales, pueden abrir sus ojos y percibir eventos externos (Hishikawa, 1976; Hishikawa y Shimizu, 1995). Aproximadamente el 30% de los adultos jóvenes ha tenido alguna experiencia de parálisis de sueño (Cheyne, Newby-Clark y Rueffer, 1999b; Fukuda *et al.*, 1998; Spanos *et al.*, 1995). Más allá de una combinación de experiencias sensoriales detalladas y complejas, provenientes de "ataques de incubos", posesión demoníaca, daño a distancia (mediante el acto mágico de una hechicera que ataca) y abducciones extraterrestres (Baker, 1990; 1992; Cheyne, Rueffer y Newby-Clark, 1999; Firestone, 1985; Hufford, 1982; Ness, 1978; Spanos *et al.*, 1993), estas experiencias típicas son aterradoras y las referentes originales del término "pesadilla" o su equivalente en inglés *nightmare* (Liddon, 1967; Hufford, 1982).

Denominar a estas experiencias como "alucinaciones", por un lado, es apropiado porque las experiencias ocurren mientras la persona está despierta y consciente del entorno, pero por otro, es inapropiado porque el individuo no pierde sustancialmente el juicio. Estas alucinaciones también son una forma de soñar, ya que están asociadas con alteraciones en el sueño, bajo estados REM (Hishikawa y Shimizu, 1995) y los rasgos

de estas alucinaciones son permeables de ser rápidamente mapeados en neurofisiología (Cheyne, Rueffer y Newby-Clark, 1999). Estudios recientes de neuroimágenes analizaron la actividad REM relacionada con los centros límbicos corticales y subcorticales, que incluye la amígdala extendida, el *nucleus hasalis* de Meynert, y en el córtex cingular anterior (Hobson, Stickgold y Pace-Schott, 1998).

La sensación de presencia durante el período de parálisis de sueño es experimentada como ominosa o amenazante y está relacionada con la estructura límbica asociada al REM. Whalen (1998) sugiere que hay un “sistema de vigilancia” asociado con la amígdala y el *nucleus hasalis* de Meynert. Normalmente, este sistema se activa frente a un potencial peligro, de modo que el sistema de vigilancia escanea el ambiente para corroborar o descartar señales de emergencia. Ciertas características del entorno pueden experimentarse como señales que nos advierten de cosas en el ambiente inmediato que puedan resultar amenazantes para el individuo. Estas señales son ambiguas en ausencia de la corroboración de evidencias posteriores, de hecho, Whalen sugiere que la función del sistema de vigilancia es desambiguar señales previas a la advertencia. El resultante de este estado de vigilancia puede activar falsas alarmas, aunque estos desvíos temporales son adaptables puesto que las señales iniciales en situaciones de peligro son probabilidades de peligro inmediato (LeDoux, 1994; 1996). La cadena de eventos (señal de amenaza-ambigüedad-búsqueda-desambiguación) se cumple rápidamente, es decir, las señales del entorno corroboran o desestiman rápidamente la existencia de la amenaza.

Cheyne, Rueffer y Newby-Clark (1999) sostienen que la sensación de presencia que surge durante la parálisis de sueño proviene del sistema límbico asociado a la amenaza, y que la sensación de presencia representa el componente experiencial de la ambigüedad resultante. Esta ambigüedad es experimentada como una amenaza prolongada, aunque insustancial, típica de la sensación de presencia, la cual constituye una percepción de límite o “conciencia del centro” (Damasio, 1999). Es importante señalar que aunque las señales externas están ausentes, hay una activación endógena cuasi-aleatoria que coexiste con el área afectiva, la sensorial y la motora, que normalmente constituye la fuente de imaginería del sueño REM (Hobson y McCarley, 1977). Durante la actividad del sueño REM, la sensación de presencia puede servir para unir y dar forma a las alucinaciones visuales y auditivas, según la adaptabilidad del sistema de vigilancia. James (1988) explícitamente definió a la sensación de presencia como una “alucinación imperfecta”.

Cheyne, Rueffer y Newby-Clark (1999) clasificaron la sensación de presencia en tres factores: intrusividad, *incubus* y movimiento ilusorio. El factor de intrusividad consiste en una sensación de presencia y temor, así como alucinaciones visuales, auditivas y táctiles; las experiencias son consistentes, y con frecuencia interpretadas como la presencia de un intruso en la habitación. El segundo factor, *incubus*, consiste en una presión –la mayoría de las veces en el pecho o en las extremidades–, dificultades respiratorias, incluso sensaciones de sofocación y ahogo, dolor y pensamientos de muerte inminente. Se la denominó así por el relato legendario de una criatura que se apoya sobre el pecho del individuo que duerme. Un tercer factor, movimiento ilusorio, consiste

en las sensaciones de flotar volar y caer, “experiencias extracorpóreas” y otras sensaciones de movimiento.

Para Cheyne (2001) la sensación de presencia no sólo puede verse como la forma más elemental de alucinación, sino también como un contexto que dispara, inicia y da forma a experiencias alucinoides. Desde esta perspectiva, las cualidades afectivas de la sensación de presencia son cruciales para determinar la naturaleza de las alucinaciones asociadas. Por ejemplo, Otto (1923) acuñó el término *numinoso* (presencia de númen) para designar a lo inefable, la presencia de algo sagrado o demoníaco. Aunque hay aspectos claramente positivos de lo numinoso, Otto enfatiza los aspectos “terribles” y “pavorosos” de la experiencia, como trascendentales o sobrenaturales.

El estudio de Cheyne se realizó a 2715 estudiantes de psicología, de los cuales 771 casos resultaron de la parálisis del sueño. En un cuarto de los casos, la presencia se describe como una impresión neutral, o ligeramente aprehensiva, de algo externamente presente pero sin la experiencia de corroboración sensorial –se siente algo, aunque nunca se lo ve–. A veces se la describe explícitamente como estando en el límite de la visión, detrás de uno o simplemente al lado: “Había un objeto negro en la esquina de mi cama, pero no podía mover mi cabeza para verlo, lo veía sólo desde el extremo de un ojo”. La convicción parece ser que si uno pudiera darse vuelta, podría verlo, que la entidad es externa y que su existencia es independiente del percipiente.

Aunque, a veces, la presencia se siente como si estuviera justo allí, las personas dicen que en algún momento se dan cuenta de su movimiento o acercamiento; subiendo los escalones, entrando en el cuarto, acercándose a

la cama o subiéndose a ésta, sienten el colchón que se hunde como si la presencia se acostara cerca de ellos. En casi la mitad de los casos, la presencia está mirando o vigilando al individuo, como si alguien a quien no podían ver estuviera allí mirándolo. Los encuestados son incapaces de especificar cómo llegan a saber esto, algunos sienten que alguien está mirándolos y otros no saben específicamente donde está la entidad. Algunos, incluso, describen que la presencia los mira fijamente (con o sin intencionalidad maliciosa), en lugar de sólo observar.

Uno de los sentimientos más fuertes es el miedo a darse cuenta de la presencia. La mayoría parecía tener una intuición inmediata de la presencia de alguien o algo peligroso. Más del 60% indicó que la misma presencia se percibe como amenazante (Cheyne y Tarulli, 1999; Cheyne, 2001). Más explícitamente, la presencia normalmente se interpreta como un intento malévolo de poseer y dominar al individuo, o se siente como algo amenazante que está de pie al lado del percipiente, o se siente como que está en grave peligro si no se despierta lo más pronto posible (Merritt *et al.*, 1994; Schredl y Doll, 1998; Strauch y Meier, 1996). Entre el 78% y el 98% de los participantes del estudio de Cheyne experimentó miedo explícito. También se pueden diferenciar claramente estas experiencias de miedo y terror asociadas con la presencia de parálisis, muerte o sofocación (Cheyne, 2001). Aunque puede atribuirse miedo a un posible daño físico, la mayoría reconoce que hay algo misterioso sobre ese sentido de temor.

Las alucinaciones visuales son bastante inconsistentes, pero van de una imagen vívida y detallada hasta algo cercano a una pseudo-alucinación. A estas

pseudo-alucinaciones les falta la substancialidad de los estímulos percibidos externamente, reconocidos como no verdaderos, o que aparecen en un espacio interno subjetivo (Bentall, 1990a; Reed, 1988). Las alucinaciones visuales son claramente externas aunque con frecuencia presentan una calidad como si el sentimiento fuerte de presencia se volviera una alucinación visual. Aproximadamente un tercio de los encuestados notó que las imágenes eran bastante vagas e indefinidas. Como en el caso de la sensación de presencia, las imágenes visuales están casi fuera de la vista, en la periferia de la visión o disimuladas en las sombras del ambiente (“era una criatura fea pequeña detrás de mí, que yo sólo podía ver desde la esquina de mis ojos. Era una figura oscura, completamente negra, rodeada por sombras”). En episodios menos aterradores (benignas), las figuras pueden ser de amigos, padres o compañeros, e incluso en ocasiones, de animales domésticos de la casa. Una minoría mencionó haber visto imágenes detalladas de objetos y “seres”. Las figuras amenazantes más concretas entran en la categoría de demonios, calaveras, esqueletos, perros feroces e incluso como un “segador siniestro” (una figura parecida a la personificación de la muerte).

Antiguamente, las presencias tenían un tono agresivo y malévolo, un demonio oscuro, una figura encauchada. En más de un tercio de los casos se presenta alguna clase de humano o entidad humanoide, tanto figuras masculinas como femeninas, vestidas típicamente de negro o, rara vez, de blanco, se describen con caras blancas, como representando a la muerte. Dada la naturaleza amenazante de sensación de presencia y de las imágenes visuales resultantes no es sorprendente que las alucinaciones visuales también puedan

interpretarse como intrusos convencionales (“desperté al ver una figura de un hombre, todo de negro, al pie de mi cama. Intenté gritar muy fuerte pero no podía pronunciar palabra alguna, ni gritar”). Hay también una enorme variabilidad en cuanto a la interpretación de las alucinaciones visuales (“he visto ladrones, violadores, terroristas, monstruos, demonios y al diablo mismo, todos en mi cuarto. A veces apenas me miran, o se ríen de mí, pero yo me siento indefensa y algunos intentan atacarme”).

Las alucinaciones auditivas durante las parálisis del sueño son sumamente diversas. A diferencia de ocurrir “en la cabeza” los sonidos se perciben como externos al percipiente. Muchos de los sonidos son bastante elementales, por ejemplo se describen como zumbidos, ruidos, rumores, siseos, campanadas, rugidos, correteos, chillidos, rechinadas, vibraciones, gimoteos o silbidos, a veces muy fuertes y mecánicos. Otras veces sonidos de herramientas o metales, identificados como máquinas o materiales que producen sonidos metálicos (teléfonos que suenan, sirenas, aspiradoras, herramientas, motores eléctricos, cerrar puertas de un golpe o rompiendo vidrios). También música difícil de identificar, como el sonido de una radio mal sintonizada, o que recibe dos estaciones superpuestas, sonidos del medio ambiente (viento soplando o un rugido, como las olas del mar). La calidad de los sonidos puede ser modificada cuando un sonido resonante se atribuye, por ejemplo, a un teléfono. Otros sonidos hacen pensar en interpretaciones más complejas y narrativas más elaboradas, como el “ruido de una caja de cartón arrastrándose por un suelo de madera polvoriento”. Uno de los sonidos de movimiento es el de pasos (“oía pasos en mi cuarto y cuando me di

vuelta para ver desapareció”, u “oí una puerta cerrarse y pasos que se acercaban”). También sonidos de animales, como gruñidos, aullidos, chillidos o ladridos. Entre los sonidos más humanos, se mencionan risas y llantos (“a veces oigo la risa de un hombre viejo o de una anciana” o “en otro momento, oigo a un bebé que llora”), o los sonidos son algo más siniestros (“oigo gemidos y voces de personas que susurran cosas a mi oído y están mas-cullando todo el tiempo”).

Seligman y Yellen (1987), y Symons (1995) distinguen entre la imaginería auditiva alucinatoria y la no-alucinatoria. Las conversaciones tienen lugar en la cabeza, como un diálogo interior, de modo que el sentido y significado de las conversaciones se presentan bajo la forma onírica, sin pronunciación concreta. Bergson (1958) dice que la mayoría de nosotros alguna vez ha soñado con hablarle a alguien o sólo una conversación larga sin que nuestro interlocutor hubiera proferido una sola palabra, como si hubiésemos intercambiado nuestros pensamientos en una conversación inequívoca, aunque no hayamos oído nada. Las voces en los períodos de parálisis del sueño, en cambio, se presentan como sonidos producidos externamente pero de significado indefinido o sin sentido. De hecho, las voces humanas son la alucinación auditiva más común asociada con la parálisis de sueño (el 36% de los encuestados del estudio de Cheyne, 2001). Las voces pueden experimentarse como un griterío ruidoso o un susurrar suave pero, en cualquier caso, el sentido de lo que está diciendo es bizarro.

Las experiencias táctiles parecen ser una experiencia alucinatoria común asociada con el carácter de “intruso”, ya que están típicamente asociadas con un sentido de acción externa. La sensación de ser agarrado por las

manos y las muñecas es común (“tenía la sensación de que una criatura horrible me tocaba. Sentía cómo unas manos masculinas me abrazaban”, o “era una figura del mal y como una niebla blanca que me llamaba por mi nombre y me tocaba el hombro. De vez en cuando siento como si alguien me estuviera agarrando o sosteniendo la mano, o está sentado sobre mi espalda o mi pecho”). Las escenas de ataque o asalto de seres sobrenaturales aparecen ampliamente en muchas tradiciones (Hufford, 1982).

Otras personas frecuentemente experimentan dificultades respiratorias durante la parálisis de sueño, que se asocian a sensaciones de presión en el pecho, estrechez alrededor del cuello y sensaciones de sofocación. La percepción de dificultad respiratoria probablemente se produce como consecuencia directa de la parálisis de los músculos voluntarios (Cheyne, Rueffer y Newby-Clark, 1999). Aunque la respiración superficial automática continúa, cuando el durmiente intenta –sin éxito– respirar por su propia voluntad, esto puede llevarle a un estado de pánico. Las sensaciones de sofocación también se pueden inducir por hipoxia, relacionada al estado REM y a la hipercapnia (Douglas, 1994). Esta incapacidad de tomar aliento produce sentimientos de pánico debido a la posibilidad de morir por sofocación, y los ataques también están claramente asociados con la sensación de presencia. La dificultad de respirar también aparece bajo la forma de una presión en el pecho, como un apretar o empujar el aire de los pulmones o experimentar una apnea respiratoria y un sueño de ahogo. Aunque la alucinación del *incubus* clásica es la de un peso aplastante sobre el pecho, la presión también se puede sentir en la parte de atrás o en el torso. A veces

la intensidad es tan fuerte que el individuo se refiere a éstas como sensaciones aplastantes (Hobson, Goldfrank y Snyder, 1965).

Cheyne (2001) sugiere que durante la parálisis de sueño, la sensación de presencia es el componente experiencial de un mecanismo de detección de amenaza que da lugar a interpretaciones para encontrar e identificar las fuentes de amenaza. El material para estas interpretaciones proviene de la imaginaria sensorial relacionada con los estados REM y los mecanismos de las respuestas a la amenaza de predación. La sensación de presencia se describe como un monitoreo, semejante a un predador que se acerca furtivamente a su presa. Las sensaciones corporales de aplastamiento y presión dolorosa en el pecho, espalda y estrangulamiento de cuello pueden interpretarse como un ataque completo y potencialmente mortal de la presencia. Estas experiencias imitan respuestas de predación asociadas con inmovilidad tónica (Ratner, 1975), es decir, un estado de parálisis de los músculos motores mayores acompañado con respuestas fisiológicas de miedo e hipervigilancia (Gallup y Maser, 1977).

La sensación de presencia y sus alucinaciones relacionadas pueden emerger como consecuencia de estados de hipervigilancia extrema, estados defensivos ocasionados por activación paroxística en el sistema límbico, fundamentalmente la amígdala. En estos estados, los organismos están extremadamente alertas a los eventos del entorno potencialmente asociados con el peligro que disparan respuestas corporales diversas (la actividad motora y la simpática). En el caso de activación endógena, a causa de que el sentido de amenaza no se corrobora inmediatamente, el miedo mismo tiene una

calidad de numinoso (“es bastante diferente de cualquier temor del mundo real que haya experimentado”). Es probable que estas experiencias también puedan ser estimuladas por condiciones del medio que involucran amenaza o peligro (suspensión sensorial, aislamiento, o condiciones amenazantes. Saver y Rabin, 1997; Suedfeld, 1987; Suedfeld y Mocellin, 1987; Zusne y Jones, 1982).

Experiencias nocturnas: alucinaciones hipnagógicas/hipnopómpicas

Se ha estudiado una amplia variedad de experiencias alucinatorias en los estados hipnagógicos e hipnopómpicos en torno a los períodos del sueño. Algunas personas pueden experimentar breves pero vívidas visiones, o encontrarse por momentos incapaces de moverse o hablar entre el estado de vigilia y el de sueño. A estas sensaciones y experiencias temporarias se las conoce como imáginería hipnagógica/hipnopómpica (HG/HP) y parálisis del sueño, es decir, la imposibilidad de moverse o hablar, respectivamente (American Sleep Disorders Association, 1990).

El término *hipnagógico* fue acuñado por Maury (1848: 26) en referencia a aquellas alucinaciones que comienzan poco tiempo después de que una persona va a la cama, o cuando la misma persona necesita descansar, o cuando sus ojos están cerrados. El término imáginería hipnopómpica fue creado por Myers (1903), quien la definió como “imágenes que consisten, por lo general, en la persistencia de esas imágenes del sueño en los primeros momentos del despertar”. Algunos escritores distinguen entre la imáginería que ocurre en los

estados HG/HP y otros no (Glickson, 1989; Mavromatis, 1987; Mavromatis y Richardson, 1984; McKellar, 1997). Conviene decir que ambas experiencias son similares, y por ello se puede aplicar muchas de estas características a ambos estados. Sin embargo, ciertas características o experiencias parecen ser más comunes en el estado hipnagógico que en el hipnopómpico, y viceversa (Sherwood, 2001).

La mayoría de las encuestas se focalizaron más en el estado hipnagógico (el período entre la vigilia y el sueño, por ejemplo, el momento en que una persona se está quedando dormida) que en el estado hipnopómpico (el período entre el sueño y la vigilia, por ejemplo, el momento en que la persona está despertando del sueño). El estado hipnagógico es bastante complejo y está compuesto por varias etapas (Mavromatis, 1987; Rechtschaffen, 1994). El período de “conciliar el sueño” y el “período del despertar” son estados únicos que no pueden ser considerados como vigilia o sueño (Hori, Hayashi y Morikawa, 1994). Es muy difícil determinar el momento exacto en que una persona se duerme, a menos que se utilice un criterio arbitrario, debido a que la transición es gradual y porque existen grandes diferencias individuales (Lavie, 1996; Rechtschaffen, 1994).

El movimiento de los ojos en vigilia es muy rápido y el trazado del EEG tiene ondas irregulares de alta frecuencia (Bray *et al.*, 1992), pero cuando una persona se relaja o entra en estado de somnolencia aumenta la actividad alfa (8-12 Hz), el movimiento de los ojos se hace más lento, disminuyendo la frecuencia (Parker, 1975; Rechtschaffen, 1994). Cuando una persona atraviesa el período hipnagógico en las primeras etapas del sueño no REM hay una disminución de la actividad

alfa y un aumento de la actividad theta más lenta (4-7 Hz) (Baddia, Wright y Wauquier, 1994; Bray *et al.*, 1992; Rechtschaffen, 1994). Se considera que una persona está dormida cuando alcanza la etapa 2 de sueño, que se caracteriza por la actividad theta (Lavie, 1996; Rechtschaffen, 1994). Durante la transición de la vigilia al sueño hay también una disminución del tono muscular, retardo del ritmo respiratorio y del corazón, reducción de la presión sanguínea, y un aumento de la temperatura corporal (Mavromatis, 1987; Mavromatis y Richardson, 1984; Schacter, 1976). Al despertar, estos cambios van en la dirección opuesta (Mavromatis, 1987). Durante los estados HG/HP, las personas pueden experimentar imaginación breve y vívida, o sensaciones en una única o más modalidades sensoriales diferentes (Foulkes y Vogel, 1965; Hori, Hayashi y Morikawa, 1994; Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001), o parálisis temporaria (American Sleep Disorders Association, 1990).

Se pueden mencionar otras características del período de entrada al sueño, como una disminución de la atención de la observación de los contenidos de la propia mente, un aumento de la absorción, una pérdida del control volitivo sobre la representación mental, distorsión en la percepción del tiempo, reducción de la atención del entorno y disminución en el examen de realidad (Foulkes y Vogel, 1965; Mavromatis y Richardson, 1984; Rechtschaffen, 1994), también el fenómeno del “discurso hipnagógico/ hipnopómpico” y el sobresalto en el sueño; el discurso hipnagógico/hipnopómpico es un fenómeno que ocurre cuando una persona se escucha a sí misma pronunciando palabras, a veces absurdas y sin sentido, durante el período en que la persona se está quedando dormida o despierta del sueño

(McKellar, 1997; Mavromatis, 1987). Los sobresaltos son breves contracciones musculares en una o más partes del cuerpo que ocurren durante el sueño (American Sleep Disorders Association, 1990). El inicio del sueño está a veces asociado con la imaginería hipnagógica, como las sensaciones de movimiento (Nielsen, 1992; Oswald, 1959).

En algunos estudios se demostró que al experimentar cambios a lo largo del sueño, la cantidad de imaginería hipnagógica visual tiende a aumentar (Hori *et al.*, 1994), se torna más confusa (Foulkes y Vogel, 1965; Stickgold y Hobson, 1994) y la calidad de la imagen, -vivacidad, luminosidad e intensidad del color- también aumenta (Mavromatis, 1987; Nielsen, 1992). McKellar (1989) sugirió que la forma de imaginería hipnagógica también cambia desde la secuencia de objetos, rostros o paisajes a episodios más complejos. Aunque el estado hipnagógico (y probablemente también el hipnopómico) tiene una única característica electrofisiológica y comportamental (Hori, Hayashi y Morikawa, 1994); éste también es sumamente variable y existen grandes diferencias individuales (Rechtschaffen, 1994; Tart, 1969).

Al parecer los episodios de imaginería HG/HP a veces ocurren de manera esporádica y a veces bajo la forma de series concentradas de episodios (Mavromatis, 1987), las imágenes son muy breves y dinámicas y no duran más de uno o dos segundos (Nielsen, 1992), y la imaginería hipnagógica aparentemente es más común que la imaginería hipnopómpica. Las primeras investigaciones (Mavromatis, 1987) estimaban que cerca del 2% de los adultos habían experimentado alguna forma de imaginería hipnagógica, pero investigaciones recientes estimaron que cerca del 33% (Leaning, 1925), 61-63%

(McKellar, 1968; McKellar y Simpson, 1954), o cerca del 75% (Glickson, 1989; Richardson *et al.*, 1981; Sherwood, 1999, 2001) las han experimentado al menos en una ocasión, comparado con el 21,4% (McKellar, 1968) al 67,6% con imaginería hipnopómpica (Richardson *et al.*, 1981; Sherwood, 1999). Una reciente investigación mostró que un 37% (12,5%) de la población del Reino Unido experimentó alguna forma de imaginería hipnagógica (e hipnopómpica) al menos dos veces a la semana el año anterior (Ohayon *et al.*, 1996).

Aunque las modalidades visuales y auditivas son dos de las formas más comunes de imaginería HG/HP (Foulkes y Vogel, 1965; Hori, Hayashi y Morikawa, 1994; McKellar y Simpson, 1954), también pueden ocurrir la olfativa (olores), la gustativa (sensaciones agradables o desagradables en la boca), la táctil (sensación de contacto), la térmica (frío o calor intensos que se experimentan como provenientes del exterior), y la cenestésica (sensación de movimiento) (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; Schacter, 1976). Una sensación de presencia es también una modalidad HG/HP bastante común (Sherwood, 2001). Normalmente ocurre con los ojos cerrados, aunque también puede ocurrir con los ojos abiertos (Gurney, Myers y Podmore, 1886; Leaning, 1925; McKellar, 1968; McKellar y Simpson, 1954; Sherwood, 2001). A veces comienza con descripciones de nubes o niebla de colores brillantes, o un círculo de luz. Las imágenes pueden cambiar rápidamente de una a otra forma o pueden transformarse progresivamente en imágenes más complejas (Gurney, Myers y Podmore, 1886; Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001). Ocasionalmente, las imágenes pueden ser más en blanco y negro que en color (McKellar y Simpson, 1954; Sherwood, 2001),

pueden ser pequeñas (micropsias) o gigantescas (megalopsias), aunque también bajo diferentes tamaños y formas (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar, 1968; McKellar y Simpson, 1954). Otras veces aparecen curiosamente iluminadas o se las puede ver como desde un ángulo en particular (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar, 1968).

La imagería visual HG/HP suele ser placentera e incluso humorística, pero también puede resultar terrorífica (Mavromatis, 1987; McKellar y Simpson, 1954). Aunque la imagería HG/HP se caracteriza por su variedad, Leaning (1925) identificó seis tipos: (a) amorfas (ondas, nubes de colores) (b) con diseños (modelos geométricos, simétricos y formas); (c): rostros, figuras, animales y objetos; (d) escenas de la naturaleza (paisajes, escenas de mar, jardines); (e) escenas con gente; y (f) letras y escritos (en lenguaje imaginario o real). Sherwood (2001), en su análisis temático de imagería, confirma la mayoría de estas categorías, aunque sugiere una categoría separada para “objetos” y agrega categorías asociadas con visiones de caídas o tropiezos y movimientos. También se asoció a la imagería visual HG/HP “el fenómeno de los rostros en la oscuridad” debido a que ver rostros es algo bastante común (McKellar, 1997).

Otras experiencias de imagería incluyen música y cantos, explosiones, ruido de pasos, motores y maquinaria, rasguños y zumbidos (Sherwood, 2001). A veces la imagería hipnopómpica auditiva puede tomar la forma de una advertencia o una dificultad en el futuro, o de un evento importante; otras veces puede ser sólo un presentimiento (Mavromatis, 1987). Durante los estados HG/HP también se presentan sensaciones olfativas, gustativas, sensaciones de mantener un contacto o ser

apenas tocado por alguien o algo y sensaciones de frío o calor, a veces moviéndose por todo el cuerpo, o por un miembro (Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001).

También hay sensaciones corporales como una sensación de energía atravesando el cuerpo, ingravidez, pesadez, hormigueo, temblor/vibración, dolor y estiramiento/constricción del cuerpo (Sherwood, 2001). Además pueden venir acompañadas por sensación de presencia (Ohayon *et al.*, 1996) y puede coincidir con imaginiería y parálisis del sueño (Conesa, 1995; Rose y Blackmore, 1996; Spanos *et al.*, 1993). Otras experiencias son presentimientos desagradables o la sensación de estar bajo amenaza, y la sensación de confusión y desorientación. Las creencias personales y las expectativas, el conocimiento de las experiencias relacionadas de sueño, y el entorno en el que las experiencias HG/HP tienen lugar son todos factores importantes que pueden influenciar la interpretación de estas experiencias (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar y Simpson, 1954). Algunas personas son indiferentes o prestan poca atención a su imaginiería; otras, en cambio, la encuentran difícil de interpretar y se ponen ansiosos por encontrar una explicación, en especial si no han tenido experiencias con anterioridad.

Probablemente, las experiencias perceptuales que ocurren en los estados HG/HP generen creencias anómalas que tienden a estructurar experiencias subjetivas semejantes a las experiencias anómalas que refuerzan esas creencias (French y Kerman, 1996; Lynn y Rhue, 1988). En este aspecto, subyace la presunción de que la propensión a la fantasía y la absorción están altamente correlacionadas, y conceptualmente relacionadas con las experiencias alucinatorias (Rader y Tellegen, 1987;

Glickson, 1990), las experiencias subjetivas anómalas y las creencias (Alvarado, 2000; Glickson, 1990).

Por ejemplo, Watson (2001), que analizó un número de experiencias del sueño como sueños lúcidos, somnolencia narcoléptica, pesadillas y sueños recurrentes sugieren que las experiencias relacionadas con el sueño también lo estarían con la disociación, la esquizotipia y la apertura a la experiencia, son consistentes con un vínculo entre la esquizofrenia y la narcolepsia, un trastorno que con frecuencia se manifiesta con síntomas como la parálisis del sueño y las alucinaciones HG/HP (American Sleep Disorders Association, 1990).

Sobre las características de personalidad, Jakes y Hemsley (1987) observaron que la escala de psicoticismo del EPQ no estaba relacionada con la frecuencia de imaginación HG/HP. Fukuda *et al.* (1991) examinaron un grupo de estudiantes japoneses y encontraron que los participantes que habían padecido parálisis del sueño tuvieron puntajes más altos en inestabilidad emocional (emocionalidad negativa) medida con el EPQ. Watanabe (1998), Mitchell y Redman (1993) y Wilson (1990) concluyeron que las diferencias individuales de imaginación visual HG/HP estaban relacionadas con mayor frecuencia de experiencias HG/HP, neuroticismo y potencial creativo.

PARTE 2

MODELOS TEÓRICOS

2.1. EL CONTINUO DE LAS EXPERIENCIAS PSICÓTICAS EN LA POBLACIÓN NO-CLÍNICA

Aunque la alucinación se ha basado en un modelo médico de enfermedad, todavía existe un debate acerca de la validez de este abordaje y sobre qué debemos comprender por comportamiento anormal. Las experiencias alucinatorias también pueden ser vistas en un continuo de eventos mentales normales, que difieren sólo en su grado de gravedad. Aquí propongo que las experiencias alucinatorias pueden ser examinadas como un tipo de cognición perceptual en un rango del continuo de experiencias “normales”, en un extremo, y “psicóticas” en el otro. Además se examinarán las escalas de medición que se realizaron para evaluar la esquizotipia, la psicosis y la alucinación en la población general, la fenomenología de los síntomas positivos, la relación entre esquizotipia y la experiencia espiritual, y su relación con la experiencia alucinatoria en la población en general.

La hipótesis del continuo de las experiencias psicóticas

Por lo general, se piensa en la psicosis como una entidad dicotómica que aplica ciertos criterios de operacionalidad, pero esos criterios, que se derivaron de las observaciones clínicas en individuos con enfermedad crónica, distinguen entre experiencias no-medicalizadas (en la población general) y pacientes bajo tratamiento psiquiátrico (Tien, Costa y Eaton, 1992). Contrariamente

a esta situación en la práctica clínica, en general, la enfermedad en el nivel de la población existe como un continuo de severidad (Rose y Barker, 1978). Por ejemplo, la presión sanguínea y la tolerancia a la glucosa son características uniformemente distribuidas en la población general, pero debido a que en medicina su tratamiento clínico es dicotómico, se emplean términos como *hipertensión* y *diabetes* respectivamente, que son los extremos de un continuo de características.

Del mismo modo, es posible plantear la hipótesis de que la psicosis existe en la condición humana como una *distribución* de síntomas (queda para otros análisis la ocurrencia de alucinaciones en el mundo animal. Samorini, 2003). En la población general, por ejemplo, la depresión probablemente exista como un continuo, aunque acotado, de distribución de síntomas, en lugar de una verdadera dicotomía de enfermedad (Anderson, Huppert y Rose, 1993; Kendler y Gardner, 1998; Whittington y Huppert, 1996; Weich, 1997). Pero es difícil que la psicosis –a diferencia de la depresión– tenga una distribución continua incompleta. Posiblemente mucho más acotada debido a su baja prevalencia, se esperaría cierto grado de continuidad en la distribución de sus síntomas (van Os *et al.*, 1998).

Uno de los primeros intentos por construir un concepto general de propensión a la psicosis fue la inclusión de la dimensión del psicoticismo de Eysenck como una dimensión de personalidad (Eysenck, 1952; Eysenck y Eysenck, 1976). La teoría de personalidad de Eysenck considera la tendencia a la psicosis como una estructura dimensional que varía desde la normalidad (definida necesariamente en términos de relatividad cultural) a la psicosis. Esto luego evolucionó hacia un concepto

multidimensional de esquizotipia (Claridge *et al.*, 1996) basado en el análisis factorial de varias escalas de propensión a la psicosis (Bentall, Claridge y Slade, 1989), pero definida en función de una experiencia “inusual” conformada por la desorganización cognitiva, la anhedonia introversiva y la inconformidad impulsiva como subescalas del inventario de sentimientos y experiencias Oxford-Liverpool (O-LIFE) (Mason, Claridge y Jackson, 1995). La mayoría de los instrumentos psicométricos de propensión a la psicosis en psiquiatría clínica procuran medir síntomas psicóticos atenuados o “suaves” en la población general, incluyendo a las alucinaciones como síntomas más positivos que negativos.

Tradicionalmente, la alucinación se basó en un modelo médico de enfermedad psiquiátrica donde hay una distinción categórica entre condiciones “saludables” y condiciones “insanas”. Pero existe un gran debate sobre la validez de este abordaje a causa de lo que se comprende por comportamiento anormal. De hecho, las experiencias anormales se observan en un continuo de eventos mentales normales, que tan sólo difieren en el grado de gravedad. Como propone Crow (1998) “el fenómeno de la psicosis puede ser considerado como un componente (quizá en una condición extrema o ‘límite’) de la diversidad de la estructura psicológica humana”. En consecuencia, de acuerdo con este abordaje, no es necesario distinguir entre alucinaciones “patológicas” y “normales”, en todo caso es tarea del clínico evaluar cuáles surgen bajo condición psiquiátrica y cuáles no.

En términos epidemiológicos, se pueden examinar las posibles combinaciones de la psicosis en relación con la distribución de rasgos o características. Si la psicosis fuera el resultado de una sola causa (un gen) la

distribución sería realmente dicotómica. Sin embargo, es improbable que la psicosis sea causada por un solo factor, como ocurre en otros trastornos crónicos –diabetes o enfermedades cardiovasculares– (Jones y Cannon, 1998). Si hubiera cinco o más factores causales diferentes en la psicosis, la distribución del rasgo dependería altamente del grado en que estas causas actúan recíprocamente, su prevalencia y el modo en que difieren sus efectos de medida. Si los efectos de cada una de las cinco causas fueran moderados, no muy diferentes en magnitud, y contribuyeran aditivamente a la función de riesgo, independientemente uno del otro, se podría demostrar lo que los estadísticos llaman “teorema del límite central”, es decir, que la psicosis tendría que existir en la naturaleza humana como un rasgo cuantitativo.¹

Por otro lado, si diferentes causas actuaran recíprocamente de manera similar a como la psicosis se manifiesta, ocurriría simultáneamente una conjunción de estos factores (es decir, la coparticipación completa de las causas) y la distribución sería mucho más parecida a una dicotomía. Si las cinco causas contribuyen co-participando en un grado independiente, la distribución dependería, en alguna medida, del grado de acción aditivo y la coparticipación de las causas. La distribución resultante depende en gran medida de cómo se mide el rasgo (Kendler y Kidd, 1986).

¹ El Teorema Central del Límite indica que, bajo condiciones muy generales, la distribución de la suma de variables aleatorias tiende a una distribución normal (también llamada “distribución gaussiana”) cuando hay cierta cantidad de variables, esto es, garantiza una distribución normal cuando no es suficientemente grande. Este teorema, perteneciente a la Teoría de la Probabilidad, encuentra aplicación en muchos campos relacionados, como la inferencia estadística o la Teoría de Renovación.

A partir del trabajo pionero de Rado (1953) y Meehl (1962, 1990), la continuidad o dimensionalidad de las características psicóticas alcanza cada vez mayor predominio entre psicólogos (Eysenck, 1986; Costello, 1994; Claridge, 1997a, 1997b) y psiquiatras (van Os *et al.*, 1996; Spitzer, 1998). Los síntomas psicóticos se estudian como la expresión más grave de rasgos esquizotípicos que están presentes en la población general y se manifiestan como variaciones psicológicas observables, tanto en individuos bien ajustados como en los que padecen psicopatologías. Las encuestas a gran escala de muestras de la población general han confirmado la incidencia de hasta un 28% de síntomas positivos, aparentemente benignos (Eaton *et al.*, 1991; Poulton *et al.*, 2000; van Os *et al.*, 2000; Kendler *et al.*, 1996). Además, la sintomatología psicótica en la población comparte los mismos patrones epidemiológicos de variación y dimensión que los trastornos psicóticos (van Os *et al.*, 2001; Sharpley y Peters, 1999; Johns y van Os, 2001; Stefanis *et al.*, 2002; Hanssen *et al.*, 2003).

Por lo expuesto hasta aquí se puede deducir que en muchos estudios se sugiere que la psicosis puede existir como un rasgo continuo natural, si bien no es posible saber si la psicosis es similar al dolor o a la fiebre, donde las diferencias cuantitativas entre muestras distintas no excluyen las diferencias cualitativas en causa. La hipótesis de que los síntomas psicóticos también varían a lo largo de las dimensiones cuantitativas facilita la investigación psicológica. Existen investigaciones sobre el papel que desempeñan las emociones para la persistencia de la psicosis (Garety y Hemsley, 1994), y los mecanismos que las personas usan al lidiar con ésta (Bak *et al.*, 2001; Garety, Hemsley y Wessely, 1991). El

estudio de los mecanismos psicológicos de los síntomas psicóticos es fundamental debido al interés por evitar “transiciones” de estados no-clínicos a estados psicóticos clínicos; es decir, lo que realmente causa que los individuos, en algún momento, se transformen en un “caso clínico”. Es importante, entonces, distinguir entre una relación verdaderamente continua, o cuasi-continua, y el trastorno categorial (Claridge, 1994).

Sin embargo, otra posibilidad es que los síntomas psicóticos se comporten de manera similar como en la hipertensión, que está en un continuo directo con la variación normal continua de la presión sanguínea y –en sí misma– no es sintomática; pero, más allá de cierto umbral, el riesgo de complicaciones somáticas que involucra a otros órganos aumenta exponencialmente. Esto último corresponde a un “continuo/umbral” de propensión a la psicosis (Hafner, 1988). Puede que una persona se vuelva mucho más receptiva a desarrollar síntomas psicóticos a partir de un valor “crítico”, o bien, que una persona expuesta a varios factores de riesgo y cierto nivel de psicosis (potencial), pueda desarrollar un aumento de sus síntomas psicóticos que luego resultará en un claro trastorno.

En el contexto cultural de las experiencias psicóticas parece que existen algunas diferencias cualitativas en las experiencias que se dan psicóticas entre los pacientes psiquiátricos y los no-clínicos (Garety y Hemsley, 1994; Garety *et al.*, 2001; Peters, Day, McKenna y Orbach, 1999). Es necesario considerar dos tipos de riesgos: el primero, determinar qué lugar ocupa una persona en el continuo de psicosis, y el segundo, si una persona en cierto punto del continuo desarrolla conductas patológicas que cursan con la esquizofrenia. Dos personas, en diferentes

posiciones del continuo, pueden experimentar diferencias en intrusividad, frecuencia de síntomas o comorbilidad de síntomas negativos (trastorno del pensamiento o deterioro cognitivo). Debido a esto, una persona en un extremo del continuo puede estar en mayor riesgo de convertirse en paciente psicótico (Kendler *et al.*, 1996), sin embargo, dos personas en el mismo nivel de riesgo de aumentar sus síntomas psicóticos pueden diferir en cuán “protegidos” están (en términos de riesgo) y no desarrollar comportamientos patológicos, mientras que tanto uno como otro pueden desarrollar deterioros funcionales (Bak *et al.*, 2001b).

Aunque es necesario examinar la distribución de síntomas psicóticos como un proceso para entender la continuidad y su funcionamiento (Bentall, 1990a; Claridge, 1994), se ha investigado la continuidad de las experiencias alucinatorias directamente comparando pacientes psicóticos con muestras no clínicas (por ejemplo, estudiantes universitarios) (Aleman *et al.*, 1999a; Larøi, Marcezewski y van der Linden, 2004; Levitan *et al.*, 1996; Serper *et al.*, 2005, 1999b, 2001; Singh, Sharan y Kulhara, 2003).

Johns y van Os (2001) describen dos métodos para evaluar y conceptualizar la distribución de experiencias psicóticas en la población general: el primero consiste en medir síntomas con el supuesto de que la experiencia del psicótico es independiente de un trastorno clínico (su incapacidad social y cognitiva de funcionar y su déficit de adaptabilidad funcional); el segundo incorpora dimensiones continuas y categóricas. Aquí se presume que existen ciertas experiencias psicóticas a lo largo del continuo, pero a cierto nivel de severidad más allá de un umbral crítico, la conducta se torna discontinua y

queda asociativamente desproporcionada del deterioro funcional (Hafner, 1988; Johns y van Os, 2001).

En estos estudios se sugiere que no sólo se da un continuo entre los participantes no clínicos y pacientes psicóticos que experimentan alucinaciones en términos de prevalencia, sino que hay otros dos aspectos relacionados con la experiencia alucinatoria que también coinciden. En primer lugar, la mayoría de los participantes saludables expresaron rangos altos de frecuencia, niveles bajos de control y respuestas afectivas (negativas) relacionadas a sus experiencias alucinatorias. En segundo lugar, las alucinaciones involucraban eventos o personas cercanas a los participantes, ocurridas en el contexto de situaciones de vida particularmente difíciles o estresantes, sin asociación alguna con el alcohol y/o el uso de drogas. En este sentido, Morrison, Wells y Nothard (2002) sostienen que una emoción negativa (tristeza) asociada con ciertas alucinaciones puede ser modulada por la presencia de creencias metacognitivas negativas de las voces o los pensamientos intrusivos (“no poder controlar mi pensamiento es una señal de debilidad”) (Sanjuan *et al.*, 2004).

Psicometría de la alucinación

Se han desarrollado varias escalas para medir rasgos de esquizotipia, psicosis y alucinación en la población normal y existen varios estudios basados en análisis factoriales donde se evalúa la esquizotipia como una estructura multidimensional. Por lo general, las cinco dimensiones encontradas son:

1. síntomas positivos (percepciones y creencias bizarras);
2. síntomas negativos (anhedonia);

3. desorganización conceptual;
4. desadaptación social (Vollema y van den Bosch, 1995) y;
5. deterioro social (Lenzenweger, 1991; Venables y Rector, 2000).

Las dimensiones positivas, negativas y los síntomas de desorganización de la esquizofrenia (Bilder *et al.*, 1985; Liddle, 1987) pueden ser comparables a las dimensiones de la esquizotipia (Bentall, Claridge y Slade, 1989; Raine *et al.*, 1994; Venables y Bailes, 1994; Vollema y Hoijsink, 2000; Vollema y van de Bosch, 1995). Estos descubrimientos sugieren que la psicosis puede existir como un continuo de variación a lo largo de varias dimensiones de síntomas de comorbilidad (van Os *et al.*, 2000).

Cuadro 3

Escalas e inventarios que incluyen reactivos asociados a experiencias alucinatorias

Escalas e inventarios	Autores
Escala de Ideación Mágica <i>Magical Ideation Scale</i>	Eckblad y Chapman, 1983
Escala del Lóbulo Temporal de Makarec y Persinger <i>Makarec and Persinger Temporal Lobe Scale</i>	Persinger y Makarec, 1985
Escala para la Valoración de Síntomas Positivos <i>Scale for the Assessment of Positive Symptoms</i>	Andreasen, 1994
Cuestionario de Monitoreo de Psicosis <i>Psychosis Screening Questionnaire</i>	Bebbington y Nayani, 1995
Inventario Oxford y Liverpool de Sentimientos y Experiencias <i>Oxford and Liverpool Inventory of Feelings and Experiences</i>	Mason, Claridge y Jackson, 1995
Entrevista Estructurada para la Evaluación de Anomalías Perceptuales <i>Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies</i>	Bunney, Hetrick y Bunney, 1999
Escala de Alucinación Revisada de Launay-Slade <i>Revised Launay-Slade Hallucinations Scale</i>	Morrison, Wells y Nothard, 2002
Inventario de Ideación Delirante de Peters <i>Peters Delusions Inventory Peters</i>	Peters, Joseph y Garety, 2005

Cuadro 4**reactivos de la escala de alucinaciones de launay-slade, forma r²**

1. *En mis fantasías puedo oír el sonido de una melodía tan claramente como si realmente la estuviera escuchando.*
2. *Los sonidos que oigo en mis fantasías son muy claros y definidos.*
3. *Las personas en mis fantasías parecen tan verdaderas y vivas que a veces pienso que realmente están allí.*
4. *A veces mis pensamientos parecen tan reales como los hechos reales de mi vida.*
5. *No importa cuanto intente concentrarme, pensamientos sin sentido siempre aparecen en mi mente.*
6. *A veces un pensamiento pasajero parece tan real que me asusta.*
7. *Me preocupa oír voces en mi cabeza.*
8. *He tenido la experiencia de oír la voz de alguien, pero luego me di cuenta de que no había nadie allí.*
9. *A veces oigo una voz que repite mis pensamientos en voz alta.*
10. *En ciertas ocasiones, he visto la cara de una persona delante de mí, pero no había nadie en ese lugar.*
11. *He oído la voz del diablo.*
12. *He oído la voz de Dios que me habla.*

(Fuente: Waters, Badcock y Maybery, 2003)

Hay otros reactivos que están más cerca de las experiencias patológicas de la psicosis (ver la Escala de Aberración Perceptual de Chapman, Chapman y Raulin, 1978), o están más “normalizados” (la Escala Esquizotípica de Personalidad de Claridge y Broks, 1984), e incluso otros que se basan en los síntomas de los familiares de los pacientes esquizofrénicos, que es la principal fuente de criterio diagnóstico del DSM para la esquizotipia (por ejemplo el Cuestionario para la Personalidad Esquizotípica de Raine, 1991, que se empleó en esta tesis).

² Traducido por Alejandro Parra (sus reactivos requieren adaptación).

Estas escalas se combinaron para generar otros inventarios de rasgos esquizotípicos (Bentall, Claridge y Slade, 1989; Mason, Claridge y Jackson, 1995). Por ejemplo, mediante entrevistas, Chapman (1980) creó escalas para evaluar las experiencias anómalas, como las alucinaciones, en una escala que asigna un puntaje cuando el individuo cree haber percibido una voz extraña para decidir si ésta fue o no imaginaria y en qué grado (Chapman y Chapman, 1980; Chapman, Chapman y Raulin, 1976; Chapman, Edely y Chapman, 1980). Claridge (1985, 1987, 1990) argumentó que algunos trastornos mentales, en particular la esquizofrenia, deberían ser vistos como el extremo de un continuo de personalidad. De acuerdo con este punto de vista, hay quienes presentan una personalidad esquizoide sin mostrar en absoluto síntomas de esquizofrenia. Esto despertó un mayor interés en los investigadores sobre las experiencias cuasi-psicóticas de personas normales.

La presencia de rasgos esquizotípicos en la población en general se puede medir psicométricamente de dos maneras: como un rasgo de la personalidad o como síntomas psicóticos atenuados (Claridge, 1995). Las personas que obtienen puntaje alto se asemejan a los esquizofrénicos (Peters, Pickering y Hemsley, 1994; Linney, Peters y Ayton, 1998), y son más vulnerables o están en mayor riesgo de tener más experiencias cuasi-psicóticas o desarrollar trastornos psicóticos (Chapman *et al.*, 1994). Estas escalas se basaron en el modelo “cuasi-dimensional” y se focalizaron en síntomas individuales, reflejo de la tendencia moderna de la investigación psiquiátrica del abordaje centrado en el síntoma (Bentall, Jackson y Pilgrim, 1988).

También hay escalas específicas para medir alucinaciones (Launay y Slade, 1981), aberraciones perceptuales (Chapman, Chapman y Raulin, 1978), trastornos del pensamiento (Coleman *et al.*, 1993), pensamiento de referencia (Lenzewege, Bennett y Lilenfeld, 1997), y paranoia (Rawlings y Freeman, 1996). Los reactivos de la *Magical Ideation Scale* (Eckblad y Chapman, 1986), por ejemplo, muestran una mezcla de síntomas de primer rango que rara vez se presentan en la población en general (Eaton *et al.*, 1991), y creencias supersticiosas que son tan comunes que difícilmente se puedan considerar como delirantes (Cox y Cowling, 1989). Por ejemplo, el Inventario de Ideación Delirante de Peters (PDI) no es un instrumento diagnóstico diseñado para identificar delirios psicóticos, sirve como una escala de esquizotipia para medir ideación delirante en la población general, con reactivos atenuados mediante la inserción de un “como si” aplicable a esta población. El índice elevado de reactivos individuales del PDI (29,8%) no significa que el delirio es frecuente en la población en general, sino que los temas que se encuentran en los delirios están reflejados en la creencia que tiene la población general (Peters, Joseph y Garety, 1999).

Para las alucinaciones, el LSHS-R mide la experiencia alucinatoria como una estructura multifactorial que examina varias experiencias perceptuales anómalas y otras manifestaciones psicóticas. En un estudio con presos de una prisión estatal, Launay y Slade (1981) encontraron dos factores: uno con reactivos para “Experiencias psicóticas” (por ejemplo: “he oído la voz del Diablo”) y otro con reactivos para “Aberraciones perceptuales subclínicas” (por ejemplo: “no importa cuanto intente concentrarme, pensamientos sin sentido siempre aparecen en mi mente”). Con ese mismo cuestionario, Aleman (1999) desarrolló una

estructura trifactorial del LSHS con reactivos que examinan la tendencia a alucinar, la externalidad subjetiva (realidad) del pensamiento, y la ensoñación vívida. Larøi *et al.* (2004) encontró resultados similares en un análisis factorial de su escala LSHS-A en individuos normales que mostró los siguientes factores: experiencias alucinatorias (relacionadas con el sueño), ensoñación vívida, pensamientos intrusivos o realidad de pensamiento y alucinaciones auditivas.

Otro cuestionario con propiedades similares, aunque escasamente empleado, es el Cuestionario de Alucinaciones de Barrett (1994), adaptado al español (López Rodrigo *et al.*, 2006) que recoge 22 experiencias alucinatorias en seis modalidades sensoriales, que hace énfasis en la modalidad auditiva, como oír el propio nombre cuando nadie está presente, oír los propios pensamientos en voz alta, oír voces que proceden de un lugar en el que no hay nadie u oír voces de parientes o amigos fallecidos. Se valora la frecuencia con que se experimentan dichos fenómenos en una escala de 1 (nunca) a 5 (muy frecuente). En su versión original, se utiliza una escala Lickert de 1 (en una o dos ocasiones) a 7 (al menos una vez al día).

Cuadro 5 **reactivos de la escala barret de alucinaciones**

1. *Algunas veces he creído oír que alguien decía mi nombre; por ejemplo, al pasar al lado de gente desconocida en unos almacenes, aunque sabía que realmente no me habían llamado y seguí adelante sin hacer caso.*
2. *Algunas veces, cuando estoy completamente sola en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez; por ejemplo: "Carmen".*
3. *El verano pasado estaba en el jardín y de repente oí que mi marido me llamaba desde dentro de casa. Su voz sonaba como si algo malo hubiera ocurrido, siendo su voz alta y clara. Corrí al interior pero no había nadie. Él estaba afuera, en el coche, y no había llamado a nadie.*
4. *A veces oigo mis propios pensamientos en voz alta. En realidad los oigo como desde fuera de mi cabeza, a pesar de que –de hecho– nadie ha dicho nada.*

5. *He oído la voz de Dios; pero no como si hablara en mi corazón, sino como una voz que realmente viene de fuera de mi cabeza.*
6. *A veces, cuando conduzco he oído mi propia voz procedente del asiento de atrás, en forma de frases cortas, normalmente tranquilizadoras, como "todo va bien" o "cálmate".*
7. *Después de conducir mucho tiempo de noche, a veces oigo sonidos que vienen del asiento de atrás, como de gente charlando, una palabra aquí, otra allá, pero no hay nadie.*
8. *Algunas veces puedo oír la voz de un amigo 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. *Casi todas las mañanas, cuando estoy solo, tengo una agradable conversación con mi difunta abuela. Hablo con ella y prácticamente siempre oigo su voz realmente alta.*
10. *Algunas veces, cuando estoy solo, oigo voces de niños angustiados que suelen llamar: "Mamá".*
11. *A veces por la noche, cuando estoy en cama, oigo pasos, oigo respirar, tropezar, raspar, girar las manillas de las puertas, puertas que se abren o se cierran, ventanas que son forzadas; pero cuando me levanto para mirar, no encuentro a nadie.*
12. *En una ocasión, cuando conducía por una carretera en medio del campo, vi a un joven parado en medio de la calzada. Tenía pelo y ojos oscuros, y vestía vaqueros. Iba en el coche con dos amigos pero fui yo el único que lo vi.*
13. *Algunas veces, cuando conduzco de noche, veo algo a un lado de la carretera, como un perro; pero cuando me vuelvo para mirar no hay nada.*
14. *Algunas veces veo una cara con un brillo alrededor, que me da consejos. Es muy amable y gentil y tiene el pelo oscuro. Parece más o menos de la edad de mis padres.*
15. *Por la noche veo cosas que se mueven a mi alrededor y creo que hay alguien en la habitación, aunque sé que no hay nadie.*
16. *En una ocasión, tuve la sensación de estar bebiendo un refresco. Estaba sediento. Podía realmente saborearlo, aunque no lo estaba tomando.*
17. *Algunas veces puedo saborear un marisco. Si tengo hambre y pienso en un marisco, puedo saborearlo aunque no lo esté comiendo.*
18. *A veces siento una palmada en mi hombro. Me doy la vuelta y no hay nadie.*
19. *En una ocasión, antes de quedarme dormido, sentí un aire frío que soplaba en mi cara. Era muy claro y de ninguna manera estaba dormido. Nadie estaba en la habitación salvo la persona que comparte mi cuarto y que estaba dormida. No sé de dónde podía proceder aquel aire frío.*
20. *En una ocasión me desperté porque alguien me sacudía un pie. Lo sentí como si ocurriera realmente. Me levanté para ver si había alguien, pero estaba yo solo en casa.*
21. *A veces me huele a algo que se quema, pero cuando trato de mirar qué puede ser, no encuentro nada al fuego.*
22. *En ocasiones, antes de irme a casa, puedo oler a pollo frito y puré de papa, aunque no haya nada a mi alrededor. Incluso se me hace la boca agua.*

(Fuente: Rodrigo, Piñeiro, Suarez, Caro y Giraldez, 1997)

Las alucinaciones auditivas no patológicas son similares a las alucinaciones psicóticas, porque parece que se escuchan más en la *mente* que en los *oídos*; tienen un origen externo, hablan en el idioma nativo de quien las experimenta, pueden tener secuelas benéficas y perjudiciales, se diferencian de las alucinaciones psicóticas porque suelen ser más “contenedoras” que críticas (dan consejos, advierten), mejoran ciertas habilidades o funciones personales, interpersonales y sociales, se trata de oraciones completas o largos discursos, y no están asociadas a trastornos neurológicos (Liester, 1996). Estas alucinaciones auditivas ocurren con más frecuencia en personas muy religiosas, con creencias fuertes en Dios o en espíritus, o que tienen “la convicción de que sus vidas cotidianas están influidas por fuerzas sobrenaturales”, personas que integran mejor las alucinaciones en su sistema de creencias. Es probable entonces que las interpreten como algo generado externamente, o como una forma de comunicación sobrenatural, en lugar de algo generado internamente. Aunque también ocurren fuertemente asociadas a un criterio deficitario de salud mental (Leudar y Phillips, 2000; Smith, 2007).

Por el contrario, Hamilton (1985: 123) observó que la experiencia “es claramente auditiva, no un pensamiento, sueño o visión, sino que se escucha un sonido real, como hablado por otro, con frases completas y entendibles (...) La voz parece como si fuera de un pariente vivo o muerto que dice algo importante sobre la vida del paciente (...) como un personaje autoritario que le dice qué hacer, cómo pensar, y cómo sentirse, y qué es correcto o malo”. Chadwick y Birchwood (1994; 1995); Chadwick, Birchwood y Trower, (1996); Chadwick,

Lees y Birchwood (2000) identificaron cuatro grupos de creencias sobre estas experiencias auditivas:

1. *Creencias sobre la identidad de las voces.* En la mayoría de los casos los individuos suelen tener creencias muy elaboradas sobre el origen de las voces. El individuo cree que se originan en otras personas o entidades, es decir, hace una atribución personal externa sobre su procedencia.

2. *Creencias sobre su propósito y significado.* Además de inferir la identidad de las voces, es habitual que le busquen un propósito y significado. Con frecuencia cree que le quieren hacer algún daño (voces con un significado malévolo) o ayudarle (voces con un significado benévolo).

3. *Creencias sobre su omnipotencia.* El individuo piensa que las voces son muy poderosas y no puede hacer nada contra ellas. Las voces son omnipotentes y omniscientes, es decir, el sujeto se siente indefenso ante ellas y sin posibilidad de controlarlas; además, las voces conocen los detalles más íntimos de su vida e incrementa así un sentimiento de indefensión que afecta negativamente su autoestima o potencia rasgos paranoicos.

4. *Creencias sobre las consecuencias de someterse o resistirse.* El individuo puede creer que tiene que obedecer a las voces ya que si no lo hace, algo malo le puede pasar a él o a un familiar.

Desde un modelo cognitivo, Chadwick y Birchwood (1994) afirman que los comportamientos de los alucinadores son producto de las creencias, componentes fundamentales para comprender el proceso alucinatorio *per se* y los factores subyacentes que los desencadenan. Estos procesos interactivos del sujeto con sus voces,

que tienen claras propiedades dialógicas y que funcionan como una relación social, son los antecedentes inmediatos de las creencias y de sus comportamientos. Benjamín (1984) realizó un estudio pionero con un grupo de esquizofrénicos que alucinaban a fin de evaluar patrones de relación del alucinador con sus voces. Los resultados demostraron que todos los alucinadores, independientemente del diagnóstico, habían integrado las voces en su vida diaria y mantuvieron relaciones interpersonales coherentes con sus voces, cumpliendo una función adaptativa.

Leudar, Thomas, McNally y Glinski (1997) definieron las alucinaciones como “habla interna con propiedades pragmáticas”, es decir, las alucinaciones auditivas consisten en palabras o frases –escuchadas y habladas– que están dirigidas al oyente y que no pueden ser experimentadas directamente por otras personas. Estos investigadores encontraron que las alucinaciones tienen tres características:

1. *Personificación*. Individuos que relacionan e identifican sus voces con personas concretas de su entorno social inmediato, por ejemplo, familiares, amigos o figuras públicas. Otros sujetos no son capaces de identificar a esas voces con personas específicas, o las identifican con fallecidos, pero son capaces de describir su conducta y sus intenciones, y en todos los casos, las voces tienen cualidades como tono, acento, género y edad.

2. *Posicionamiento participante*. Las voces tienen formas específicas de dirigirse al oyente o de participar durante una interacción. Las voces pueden dialogar entre ellas, de forma que el oyente es un mero espectador de ese diálogo, o pueden dirigirse al oyente –una sola o varias al mismo tiempo– aconsejando de manera similar

o diferente, o pueden intervenir en las conversaciones que tiene con sus familiares o amigos, opinando o interfiriendo en la relación.

3. *Características secuenciales.* La relación con las voces se organiza en secuencias entre dos instancias contiguas (oyente *versus* voz) que interactúan; como por ejemplo, secuencias entre pregunta-respuesta, petición-rechazo, o afirmación-acuerdo, entre otras.

Birchwood *et al.* (2000) demostraron que hay una relación entre un individuo y sus voces que puede ser descripta desde un punto de vista social. Los alucinadores son capaces de establecer un equilibrio entre poder y subordinación semejante al que se da entre personas saludables en su entorno social. Más concretamente, el equilibrio de poder entre un individuo y sus voces tiene su origen en la valoración que hace de su rango social y su sentido de identificación o pertenencia al grupo. Las diferencias de poder entre el alucinador y sus voces son similares a las diferencias de poder que el mismo individuo mantiene con las personas que conviven en su entorno social inmediato, como un reflejo de su vida social.

Morrison, Nothard y Bowe (2004) encontraron tres tipos de creencias metacognitivas que podrían estar relacionadas con el mantenimiento del fenómeno alucinatorio: (1) creencias metafísicas (por ejemplo: “estoy poseído por las voces”), (2) creencias sobre la pérdida de control (por ejemplo: “las voces me harán hacer cosas que no deseo”), (3) creencias positivas (por ejemplo: “las voces me ayudan a enfrentar los problemas”). Por lo general, las creencias metafísicas están asociadas con el estado emocional negativo, y el factor creencias metafísicas es predictor de voces. Además, no hay diferencias

en creencias positivas, pero sí las hay en creencias negativas (creencias metafísicas y pérdida de control), esto sugiere que la aparición conjunta de estos dos tipos de creencias (positiva y negativa) permite al individuo valorar las voces como patológicas. Naturalmente, el significado personal de la experiencia alucinatoria es un factor relevante en su desarrollo y persistencia.

Cuadro 6

reactivos del cuestionario de creencias sobre las voces (bavq)

1. Mi voz me está castigando por algo que he hecho.
2. Mi voz quiere ayudarme.
3. Mi voz me está persiguiendo sin una razón lógica.
4. Mi voz quiere protegerme.
5. Mi voz es malvada.
6. Mi voz me ayuda a mantenerme sano (cuerdo).
7. Mi voz quiere hacerme daño.
8. Mi voz me ayuda a desarrollar mis poderes especiales o habilidades.
9. Mi voz quiere que yo haga cosas malas.
10. Mi voz me ayuda a conseguir mi objetivo en la vida.
11. Mi voz está intentando corromperme o destruirme.
12. Le estoy agradecido a mi voz.
13. Mi voz es muy poderosa.
14. Mi voz me da seguridad.
15. Mi voz me asusta.
16. Mi voz me alegra.
17. Mi voz me deprime.
18. Mi voz me hace enfadar.
19. Mi voz me tranquiliza.
20. Mi voz me pone ansioso.
21. Mi voz hace que me sienta seguro.
- Cuando oigo mi voz, generalmente...
22. Le digo que me deje en paz.
23. Intento apartarla de mi mente.
24. Intento detenerla.

25. Hago cosas para evitar que hable.
 26. Soy reactio a obedecerla.
 27. La escucho porque quiero.
 28. Sigo gustosamente lo que mi voz dice que haga.
 29. He hecho cosas para conseguir ponerme en contacto con mi voz.
 30. Sigo los consejos de mi voz.
- Mi voz me ha hablado sobre...
1. Lo que está pasando por mi mente.
 2. Mi debilidad.
 3. Cómo me siento.
 4. Cosas malas que me pasarán en el futuro.
 5. Cosas buenas que me han ocurrido en el pasado.
 6. Las cosas que más temo o que no quisiera que me ocurrieran.
 7. Cosas malas que he hecho en el pasado.
 8. Lo que estoy haciendo.
 9. Cosas malas que ocurrirán a otras personas en el futuro.
 10. Cosas buenas que he hecho en el pasado.
 11. Cosas malas que me han hecho otras personas en el pasado.
 12. Lo que estoy pensando.
 13. Lo que estoy a punto de hacer.
 14. Lo que me depara el futuro.

(Fuente: *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*, en Chadwick, Birchwood y Trower, 1996).

Otra escala útil para evaluar la experiencia alucinatoria es la *Escala Cardiff de Anomalías Perceptuales* (CAPS), que contiene 32 reactivos en un escala auto-administrable, con un coeficiente alfa de Cronbach = .87; test retest (N = 44 + 6 meses) r de Pearson = 0.77, $p < .0005$, y que utiliza un lenguaje neutro e incluye subescalas que miden dolor, intrusividad, y frecuencia de experiencias anómalas.

En un estudio reciente (Bell, Halligan y Ellis, 2006), 336 individuos y 20 pacientes psicóticos completaron la escala, del total aproximadamente el 11% de la muestra

de la población general obtuvieron puntaje por encima de la media de los pacientes psicóticos, aunque –como grupo– los psicóticos obtuvieran un puntaje significativamente más alto que la población general en todas las subescalas del CAPS. Un análisis factorial reveló tres componentes: “Psicosis clínica” (síntomas schneiderianos de primer rango), “Trastornos del lóbulo temporal” (principalmente relacionados con la epilepsia del lóbulo temporal) y “Quimiosensaciones” (experiencias olfativas y gustativas).

Cuadro 7

Reactivos de la escala cardiff de anomalías perceptuales (caps) divididos por categorías de experiencias

Selección de categorías	Reactivos del CAPS
Cambios en los niveles de intensidad sensorial (vista, sonido, sabores, tacto, olor)	1. ¿Ha notado que los sonidos son mucho más fuertes de lo que normalmente son? 18. ¿Ha oído los olores cotidianos y piensa que éstos son extraordinariamente fuertes? 20. ¿Ha encontrado que su piel es más sensible al tacto caliente o frío que lo normal? 21. ¿Ha pensado en que la comida o la bebida sabe mucho más fuerte de lo que normalmente debería? 23. ¿Ha tenido días donde las luces o los colores parecen más luminosos o más intensos que lo normal?
Tener una experiencia sensorial no compartida (vista, sonido, olor)	13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie alrededor que podría pronunciarlas? 29. ¿Ha experimentado alguna vez aromas u olores que las personas a su lado parecen no percibirlos? 31. ¿Ha visto alguna vez cosas que otras personas no pueden? 32. ¿Ha escuchado alguna vez sonidos o música que las personas cerca suyo no oyen?
Experiencia sensorial inherente no compartida (vista, sonido, olfato)	5. ¿Ha experimentado alguna vez sensaciones ardientes inusuales u otras sensaciones extrañas dentro de su cuerpo? 16. ¿Se ha dado cuenta alguna vez de que los sonidos se distorsionan en formas extrañas e inusuales? 25. ¿Ha encontrado alguna vez que los olores comunes parecen inusualmente diferentes? 26. ¿Ha creído alguna vez que las cosas cotidianas le parecen anormales? 30. ¿Se ha dado cuenta que la comida o la bebida parece tener un sabor raro?

Experiencia sensorial de origen inexplicable (vista, sonido, gusto, tacto, olor)	4. ¿Ha visto alguna vez formas, luces, o colores aunque realmente no haya nada allí? 6. ¿Ha oído alguna vez ruidos o sonidos cuando no hay nada que pueda explicarlos? 8. ¿Ha percibido alguna vez olores que no parecen provenir de sus ambientes? 12. ¿Ha sentido alguna vez que alguien lo está tocando, pero cuando usted mira, nadie está allí? 14. ¿Ha experimentado alguna vez sabores inexplicables en su boca? 28. ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables que hablan entre sí?
Distorsión del tamaño y forma del propio cuerpo y el mundo externo	9. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que su cuerpo, o una parte de él, está cambiando o ha cambiado de forma? 10. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de que sus miembros podrían no ser los suyos o que no podía conectarse apropiadamente con su cuerpo? 19. ¿Ha descubierto alguna vez que la apariencia de las cosas o las personas parece cambiar de una manera enigmática, por ejemplo, formas distorsionadas, tamaños o colores? 22. ¿Se ha visto alguna vez en el espejo y pensó que su cara parecía diferente de lo usual?
Alucinaciones verbales	11. ¿Ha oído alguna vez voces que hacen un comentario sobre lo que usted está pensando o está haciendo? 13. ¿Ha oído alguna vez voces que dicen palabras o frases cuando no hay nadie alrededor que pudiera pronunciarlas? 28. ¿Ha oído alguna vez dos o más voces inexplicables que hablan entre sí?
Desbordamiento sensorial	15. ¿Ha experimentado alguna vez una sensación fugaz de información? 17. ¿Ha tenido alguna vez la dificultad de distinguir una sensación de otra?
Ecos del pensamiento y escuchar pensamientos exteriorizados como sonidos	3. ¿Ha oído alguna vez sus propios pensamientos repetidos o como un eco? 7. ¿Ha oído alguna vez sus propios pensamientos hablados en voz alto en su cabeza, tanto que alguien cerca suyo podría haberlos oírlos?
Disfunciones del lóbulo temporal	2. ¿Ha sentido alguna vez la presencia de otro ser, a pesar de ser incapaz de ver cualquier evidencia? 10. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de sus miembros como no propios o que no podría conectarse apropiadamente con su cuerpo? 24. ¿Ha tenido alguna vez la sensación de ser elevado, como si manejara o rodara por encima de un camino mientras estaba sentado tranquilamente? 27. ¿Ha encontrado alguna vez que su percepción del tiempo cambia dramáticamente?

(Fuente: Bell, Halligan y Ellis, 2006)

Un problema común de las mediciones psicométricas de experiencias perceptuales anómalas deriva, en su contenido y en su lenguaje, de la psiquiatría clínica (que depende en gran medida de las formas crónicas de enfermedad mental) y esto, a su vez, puede debilitar su validez cuando se intenta evaluar con precisión el rango completo de anomalías perceptuales en la población general. Debido a estos prejuicios las distorsiones cognitivas y perceptuales son difíciles de clasificar.

Algunas de estas escalas no son “puras” en la medición de anomalías perceptuales, en muchos casos deliberadamente; hay una presunción implícita de que los encuestados pueden distinguir entre experiencias que provienen del “mundo real” y las que pueden inferirse de una distorsión en los procesos cognitivos del encuestado, como el reactivo 137 del O-LIFE “¿Con frecuencia ve formas y figuras en la oscuridad aunque realmente no haya nada?” o el reactivo 12 del R-LSHS “He tenido la experiencia de oír la voz de alguien, pero luego me di cuenta de que no había nadie allí.”

Hay otras mediciones que aplican un concepto relacionado con la extrañeza o el carácter inusual de la experiencia (por ejemplo, “cuando veo cosas, éstas me parecen extrañas” del R-LSHS) que presupone una experiencia perceptual no verídica, pero necesariamente presente como extraña o anómala. Como señala Sackeim (1998): “Esto es potencialmente problemático ya que virtualmente todas las experiencias perceptuales en vigilia son verídicas, lo cual obligaría a aceptar a las alucinaciones como verídicas”. Por supuesto, puede haber varios indicadores para considerar una experiencia perceptual como verídica, e incluso las que se presentan sin origen claro, y que no parecen ser compartidas por

otras personas cercanas, o las que parecen estar acompañadas por un sentido de extrañeza.

Otro inconveniente en la evaluación de anomalías perceptuales que se extrapolan del contexto de la psiquiatría clínica es creer que los fenómenos alucinatorios ocurren solamente bajo modalidades visuales y auditivas. Por ejemplo, los estudios de fenómenos alucinatorios en población general indican que las alucinaciones olfativas y gustativas también son bastante comunes (Ohayon, 2000), pero estas modalidades rara vez se exploran usando mediciones psicométricas de alucinación o propensión a la psicosis.

El cuestionario de experiencias alucinatorias se inspiró inicialmente en los cuestionarios creados por Barrett (Barrett y Etheridge, 1992; Barrett, 1993; Barrett y Etheridge, 1994) y Launay y Slade (Escala de Alucinaciones Launay-Slade Revisada, Launay y Slade, 1981, modificado por Bentall y Slade, 1985a, 1985b). La versión que se empleó en este estudio mide la propensión a alucinar en seis modalidades sensoriales identificadas en 38 reactivos, que muestran que estas experiencias ocurrieron cuando no se encontraba bajo influencia del alcohol o drogas no-prescriptas, en una frecuencia que va desde nunca (0) a muy frecuentemente (4). Las instrucciones del cuestionario advierten que: “Estas experiencias ocurren en la 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”. Los reactivos de este cuestionario pueden dividirse en cinco modalidades sensoriales:

1. Auditivas

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 "calmate."

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.

2. Visuales

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 lo vio.

18. Cuando conduzco por 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 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, yo las he visto claramente y veo lo que hacen.

3. Gustativas

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 estoy 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.

4. Táctiles

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 soplaba 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 desplazado en un sitio diferente al de mi cuerpo.

33. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido la vívida sensación de presencia, como si alguien o algo me tocara o presionara todo o alguna parte de mi cuerpo. Estas sensaciones me atemorizan.

5. Olfativas

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 ninguna explicación razonable por la cual ese aroma estaba presente donde yo me encontraba.

38. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy 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.

6. Hipnagógico/hipnopómpicas

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.

25. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o

no-humanas cerca de mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen.

30. Antes de quedarme dormido, he sentido un aire frío que soplaba 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.

33. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido la vívida sensación de presencia, como si alguien o algo me tocara o presionara todo o alguna parte de mi cuerpo. Estas sensaciones me atemorizan.

38. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy 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.

Se distingue aquí la ocurrencia de alucinación benigna en contraste con las perturbadoras en términos de que las alucinaciones psicóticas producen mayor malestar emocional, son repetitivas y amenazantes, presentan figuras fantásticas (por ejemplo: demonios, calaveras, esqueletos, o perros feroces) o voces recriminatorias, culpógenas o ruidos y sonidos atemorizantes para los cuales las personas carecen de la habilidad de distinguir si son o no alucinaciones, y son comprensibles en el contexto del cuadro clínico del paciente. Las alucinaciones “benignas” –en cambio– presentan con frecuencia figuras humanas que aparecen en el

rendimiento normal de la capacidad de discernimiento del individuo (por ejemplo: amigos, padres o compañeros, e incluso en ocasiones, animales domésticos), pueden ser consoladoras y protectoras, y son comúnmente reconocidas como experiencias subjetivas. En este cuestionario se pueden agrupar las experiencias cuya descripción está asociada a experiencias de imaginaria/fantasa y pseudo-alucinaciones sin malestar psíquico significativo. La consistencia interna de la escala y la confiabilidad estimada para las subescalas fueron altas (auditivas: .90, visuales: .90, gustativas: .72, táctiles: .76, olfativas: .74 y H/H: .75).

Para concluir, la importancia de los factores personales y culturales, en relación con los mecanismos psicogénicos de las alucinaciones, es la posibilidad de establecer que estas experiencias se producirían al atribuir eventos internos a una fuente externa (Slade y Bentall, 1988; Bentall, 1990a; Morrison, Haddock y Tarrier, 1995; Baker y Morrison, 1998), mediando en la respuesta mecanismos cognitivos relacionados con las creencias y evaluaciones (Bentall, 2000; Chadwick, Birchwood y Trower, 1996; Morrison, 2001). Claramente, las alucinaciones están lejos de la definición del DSM-IV, y se acercan más a la concepción propuesta por Esquirol, quien señala que el problema tendría que ver más con las creencias y con una “convicción íntima” (Lanteri-Laura, 1991). En este sentido, la clasificación realizada por Berríos (1994, 1996) sobre cómo pueden ser entendidas las alucinaciones en cuanto al origen (posición sensorial, posición enfocada en las creencias), podría ayudar a comprender las dificultades en la definición y clasificación de las alucinaciones.

Una de las dificultades encontradas es la metodología que se utilizó para medir las alucinaciones, principalmente el uso de cuestionarios autoaplicados. Es necesario tener presentes las distintas atribuciones que se le pueden dar a la experiencia, acercándonos o alejándonos de lo que categóricamente se entiende por alucinación. Igualmente, parece más coherente distanciarse del término alucinación, con el fin de *normalizar* esta experiencia y utilizar la expresión “escuchar voces”, lo cual favorecería algunas ventajas (Romme y Escher, 2005; Romme *et al.*, 1992; Barrett y Etheridge, 1992), por ejemplo:

1. No asumir que todas las alucinaciones obedecen al mismo mecanismo generativo.

2. El que escucha voces siempre es alguien, una persona, la cual experimenta, piensa y siente su vivencia; en otras palabras, devuelve la palabra a los expertos: “las personas que escuchan voces” (a diferencia de alucinación donde “los otros” son los expertos).

3. Refuerza el sentido de pertenencia de la experiencia al sí mismo (Yo), que es a ella o a él a quien le sucede. Por lo tanto se responsabiliza de su experiencia.

4. Al ser una persona, se acerca a la continuidad de la experiencia humana, a la cotidianidad, es decir, hegemona la vivencia, y escuchar voces es una experiencia radicalmente humana.

5. Se aleja de la terminología médica y patologizante, se evita la continua estigmatización por la asociación a la locura.

6. Más que en luchar contra las voces, promover su aceptación con la finalidad de buscar precisamente un “distanciamiento” de la persona con esa experiencia y que no la paralice. Se trataría más de cambiar su función

(no tanto su presencia o contenido). En este sentido, la aceptación no sería una forma de resignación o indolencia sino una nueva relación, que centra la actuación en los valores y deseos de la persona y normaliza la experiencia de su vida.

En términos generales, llamar a todas estas voces internas por igual como “alucinaciones” no permite discriminar entre las alucinaciones auditivas de los esquizofrénicos, las pseudo-alucinaciones, las voces interiores de los meditantes, las percepciones auditivas en el post-duelo, las voces de los amigos imaginarios de los niños, la voz interna de la conciencia o del super-Yo, la musa inspiradora de algunos artistas, y las revelaciones de muchos líderes políticos y religiosos (para una revisión ver Leudar y Philips, 2000). Esta falta apropiada de recategorización del fenómeno y sus características obstaculiza el estudio de alucinaciones no patológicas, y desalienta a personas sanas a divulgar sus experiencias por temor a ser juzgadas como psicóticas (Grimby, 1993; Olson *et al.*, 1985).

Otros términos que se emplean para las alucinaciones no relacionados con enfermedad incluyen el concepto de “alucinación benigna” (Forrer, 1960), “pseudo-alucinación” (Medlicott, 1958), “experiencias parapsicóticas” (Corrigan, 1997), e “ideofanías” (Stevenson, 1983). Esta última, proviene del término “privado” y de “aparecer”. Como ideofanías podemos incluir a las alucinaciones de individuos psicóticos pero también las experiencias sensoriales de personas normales, si éstas corresponden a eventos que ocurren a distancia o fuera del alcance de los sentidos.

Criterios diferenciales entre espiritualidad, esquizotipia y psicosis

La fenomenología de los síntomas positivos de los trastornos psicóticos, particularmente en las primeras etapas de su evolución, se asemeja bastante a la de la experiencia espiritual (James, 1902/1988; Boisen, 1947, 1952; Bowers y Freedman, 1966; Laing, 1967/1977; Wapnick, 1969; Buckley, 1982; Watson, 1982; Grof y Grof, 1998 y Lukoff, 1988). Un aspecto particularmente valioso es la experiencia alucinatoria y las conductas e ideaciones (pensamientos) esquizotípicos que sugiere la hipótesis que sostiene que existe una conexión que predice que –en la población normal– los esquizotípicos indicarán mayor número de experiencias espirituales. En igual sentido, los psicóticos deberían tener experiencias espirituales relativamente benignas –ya que por definición también son esquizotípicos–.

Lynn y Rhue (1988) encontraron correlaciones positivas entre la propensión a fantasear y las subescalas esquizofrenia e hipomanía del *MMPI* y las subescalas ideación mágica y aberración perceptual de la *Escala Chapman* (Chapman y Chapman, 1980), aunque la propensión a la fantasía es un concepto muy diferente que experiencia espiritual. Caird (1987) no encontró asociación entre los factores de la *Escala del Misticismo* de Hood y los factores de personalidad de Eysenck, incluso el psicoticismo. Estos resultados parecen contradecir la hipótesis que sostiene que el psicoticismo en el sentido en que Eysenck lo toma es equivalente a la esquizotipia (Eysenck y Eysenck, 1975).

En la literatura psiquiátrica, se considera que las experiencias esquizotípicas implican cierta forma

silenciosa o encubierta de psicopatología. Las características positivas dominantes de la esquizotípia –por ejemplo, ideación mágica y aberración perceptual– se definen en términos de cuánto se desvían de la capacidad de juicio de realidad del individuo. En este contexto, algunos autores plantean que el “testeo de realidad” aparentemente esquizotípico, que ocurre en la experiencia espiritual, podría no sólo no ser patológico, sino positivo y provechoso para el individuo. Sin embargo, el hecho de que en algunas personas estas experiencias sean beneficiosas no permite argumentar que son normales (Roberts, 1991).

Si la experiencia espiritual es benigna, ¿de qué manera beneficia a un individuo? ¿Cómo ayuda a experimentar una realidad alternativa, o al menos, “espiritual”? Estas experiencias pueden ser un componente en el proceso de resolución de problemas (Batson y Ventis, 1982; Wootton y Allen, 1983) y servir en la inspiración creativa, en las artes y las ciencias (Wallas, 1926; Harding, 1942). Este proceso implica “incubar” un problema para tener un momento de *insight*, como un estado alterado de conciencia e imaginación simbólica, similar al descubrimiento en sueños de la estructura molecular del benceno (conocido como anillo bencénico de Kekulé) de una “serpiente que se muerde su propia cola”. En el caso de la experiencia espiritual, es típicamente una crisis existencial, más que un problema puramente intelectual (Batson y Ventis, 1982).

De este modo, la experiencia espiritual puede ser un momento de *insight* que resuelve el *impasse*, por medio de un “cambio del paradigma” en su perspectiva del problema. Por ejemplo, una experiencia espiritual común en el contexto de una pérdida es la experiencia

de sensación de presencia de una persona muerta, donde las personas ganan seguridad frente a la pérdida en un sentido emocionalmente más directo de lo que sería un proceso cognitivo relativamente “frío”, por ejemplo, elaborar un juicio racional acerca de la supervivencia del alma. Sin aberración perceptual e ideación mágica, necesarias para generar una experiencia alucinatoria y luego atribuirle a una realidad externa, el individuo no podrá sacar ninguna ventaja de la experiencia. La auto-ridad subjetiva de las experiencias espirituales o lo que James llamó “cualidad noética”, que es una característica necesaria para que sus efectos benignos sean efectivos, dependerá de la capacidad de tener experiencias legítimas y creer en ellas.

En una serie de estudios Lukoff y Everest (1985) y Lukoff (1992) examinaron las semejanzas y las diferencias fenomenológicas entre las experiencias espirituales y las psicóticas, para comparar las situaciones de vida de estos individuos y los contextos donde ocurrían sus experiencias. Se hizo una detallada comparación de los antecedentes de los dos grupos seleccionados estratégicamente mediante protocolos de entrevistas semiestructuradas. Un grupo estaba compuesto por individuos sanos que tenían experiencias espirituales frecuentes e intensas con incipientes características esquizotípicas, pero sin historia psiquiátrica previa; el otro estaba integrado por individuos con diagnóstico de psicosis bajo tratamiento que consideraban sus experiencias como espirituales. La conclusión general fue que había contra-ejemplos para cada una de las distinciones fenomenológicas, entre las experiencias psicóticas y las espirituales.

Cuadro 8 **Criterios diferenciales para distinguir entre experiencia** **espiritual y trastornos psicopatológicos**

(Fuente: Moreira de Almeida, 2004)

Experiencia espiritual	Psicopatología
Es coherente con la tradición religiosa de la persona (Sims, 1988), el individuo no descuida de los demás estudios y prácticas de su religión (Greenberg, Witztum y Buchbinder, 1992).	Aparece fuera del contexto cultural del individuo. Su contenido es bizarro, particularmente de status divino y dotado de poderes especiales (Wilber, 1980; Greenberg y Witztum, 1991).
La persona comprende la incredulidad de los otros (Sims, 1988). Creencias formadas con posibilidad de duda. <i>Insight</i> presente (Lenz, 1983).	Creencias irreductibles. <i>Insight</i> ausente (Lenz, 1983).
El individuo tiene reservas en confesar sus experiencias, especialmente con personas a quienes él/ella juzga que no serán capaces de comprender (Sims, 1988).	El individuo no solo es capaz de comunicar abiertamente sus experiencias, sino que incluso puede reclutar a otros en un intento por convencerlos de la legitimidad e importancia de sus experiencias (Lenz, 1983).
La experiencia se describe con plena convicción de que es auténtica (Sims, 1988). Los temas predominantes son religiosos u otros similares como "alma", "sagrado" y "Dios" (Oxman <i>et al.</i> , 1988).	El individuo enfatiza aspectos negativos y de autodesvalorización. Predominan términos como "esquizofrenia", "enfermedad", u "hospital" (Oxman <i>et al.</i> , 1988).
El individuo habitualmente considera que su experiencia implica la necesidad de cierto cambio en su comportamiento (Sims, 1988). Efectos benéficos, enriquecedores (James, 1902/1988).	Sufrimiento y deterioro en el funcionamiento diario (Greenberg y Witztum, 1991). El comportamiento y los objetivos de vida después de la experiencia son más consistentes con la historia de un trastorno mental que con una experiencia enriquecedora (Sims, 1988).
Predominio de alucinaciones visuales. Acepta ayuda y cooperación de otros (Arieti, 1976; Buckley, 1982; Grof y Grof, 1990).	Presencia de síntomas de primer rango de la esquizofrenia, en especial alucinaciones auditivas, persecución y desconfianza de los otros (Buckley, 1981; Grof y Grof, 1990).

Las percepciones sensoriales son reconocidas como subjetivas. Percibe la naturaleza intrapsíquica del proceso (Grof y Grof, 1990).	Las percepciones sensoriales "corpóreas", vivenciadas como percepciones objetivas externas. Incapacidad de ver el proceso como intrapsíquico (Deikman, 1977; Grof y Grof, 1990).
Duración breve (Buckley, 1982; James, 1902/1988).	Larga duración (Buckley, 1982; Watson, 1982).
Control sobre las experiencias (American Psychiatric Association, 1994/2002).	Vivencias involuntarias (American Psychiatric Association, 1994/2002).
Secuencias coherentes de recuerdos, vivencia y juicio del proceso. Coherencia de discurso para otros (Grof y Grof, 1990).	Proceso desorganizado, incoherencia y sin dirección (Grof y Grof, 1990).
Exploración psicodiagnóstica no detecta alteraciones orgánicas que expliquen el cuadro (Grof y Grof, 1990).	Evidencias objetivas globales de trastorno mental (Grof y Grof, 1990).
Intelecto y memoria cambian cualitativamente, pero sin desorientación, obnubilación de la consciencia o imposibilidad de comunicar la experiencia (Grof y Grof, 1990).	Perturbación de la consciencia, desorientación espacio/temporal, alteraciones de la memoria, ideación delirante y capacidad de comunicación (Grof y Grof, 1990).
Ajuste social y psíquico, sin historia psiquiátrica (Grof y Grof, 1990).	Historia de graves y persistentes desajustes sociales y psiquiátricos (Grof y Grof, 1990).
Capacidad de relatar lo que ocurre y cooperar, sin ideas auto o hetero destructivas (Buckley, 1981; Grof y Grof, 1990).	Retraimiento, agresividad, descontrol de los impulsos y comportamiento de riesgo o preocupante (tentativas de suicidio, rechazo de comer y beber por largos períodos, descuido de la higiene personal) (Grof y Grof, 1990).

En general, los descubrimientos de Lukoff mostraron que los individuos sin antecedente psiquiátrico dijeron haber tenido experiencias con entidades espirituales malignas y benignas, alucinaciones y pseudo-alucinaciones, y estados de ánimo congruentes y alucinaciones incongruentes. Pero estos individuos carecían de control volitivo sobre sus experiencias iniciales (aunque con el tiempo decían tener cada vez mayor control). Estas

personas mantenían creencias exageradas de su status espiritual, habilidades extraordinarias/paranormales con absoluto convencimiento, y describían experiencias emocionalmente positivas y negativas, algunas continuaban por largos períodos.

Además, se encontró que había diferencias de grado entre ambos grupos; quizás lo más notable es que los psicóticos se sintieron desbordados por su psicosis y habían perdido contacto con la realidad por períodos, en los cuales actuaban sus delirios; en tanto que los individuos sin historia psiquiátrica manifestaron dificultades para integrar sus experiencias en la vida cotidiana, su comportamiento estaba afectado –fuertemente en algunos casos– por situaciones de crisis social, pero permanecían en gran parte “en contacto” con su realidad exterior. Las experiencias descritas por los psicóticos eran “patológicas” y la mayoría de las descritas por los individuos sin historia psiquiátrica eran relativamente benignas. También se diferenciaron por experiencias esquizotípicas emocionalmente negativas entre los psicóticos, mientras que las experiencias positivas eran comunes en ambos grupos.

Parra (2010) examinó una muestra de individuos que dicen ver el aura/energía en forma espontánea y observó que tienden a tener un nivel más elevado de actividad imaginativa/fantaseosa o de propensión a la fantasía. Hay indicadores que muestran que quienes experimentan alta capacidad de absorción, usualmente experimentan también diversas formas parasomáticas, alucinaciones táctiles y sensaciones de energías sutiles, así como también ideación esquizotípica, error perceptual y mayor sinestesia. Sus resultados muestran mayor nivel de esquizotipia cognitivo perceptual

en comparación con quienes no tienen la experiencia. Posiblemente, estas personas tienen mucha más intensa vida imaginativa. Esta experiencia no necesariamente posee un significado psicopatológico para el individuo; quienes ven el aura simplemente podrían ser sensibles a las experiencias perceptuales anómalas.

En cuanto a si existe una relación válida entre la experiencia espiritual y la experiencia psicótica, probablemente depende de si se excluyen, por ejemplo, los trastornos mentales con síntomas predominantemente negativos, por ejemplo las condiciones que tienen clara etiología biológica (por ejemplo: el Trastorno Afectivo Bipolar) o si se excluyen las experiencias místicas que ocurren mediante prácticas espirituales como el Yoga, la meditación Zen u otras (Deikman, 1977). Sin embargo, la evidencia sugiere que el contexto más común para que una experiencia espiritual aparezca es algún tipo de crisis, y los eventos traumáticos que generan ciertos episodios psicóticos (Hay, 1987).

Algunos individuos, no obstante, mantienen una posición crítica a pesar del énfasis en lo convincente de sus alucinaciones, esto significa que su racionalidad triunfa por sobre la evidencia de sus sentidos. Por ejemplo, hay personas que pueden dar un vívido y detallado relato de una experiencia de abducción alienígena, pero no creer en ésta en absoluto. Su experiencia era una típica abducción, pero la experiencia no fue real para ellos. Por otro lado, este escepticismo no aparece como detractor del impacto de las alucinaciones (“es como si el diablo me poseyera, pero yo no creo en el diablo” o “si yo fuera una persona religiosa, diría que fue como una experiencia diabólica”). Este contraste entre lo que se experimenta y lo que es aceptable confunde, a veces,

al individuo (“lo extraño es lo vívido de la experiencia. Realmente hice un esfuerzo para convencerme de que no era real”). Por supuesto, miembros de cultos fundamentalistas propensos a un significado espiritual de sus experiencias aceptan la posibilidad de que la presencia era realmente de otro mundo o demoníaca, por ejemplo, las aceptaron como una lucha verdadera contra Satanás. En algunos casos, esta clase de interpretación es propia del percipiente, y en otros casos, el juicio proviene de otro miembro de su culto, o del líder de su iglesia.

Otto (1923) sugiere que, cuando la imaginación se torna más específica y la experiencia menos numinosa, se rebaja de algún modo el componente religioso, quizás debido a que las experiencias religiosas y espirituales se han dado por medio de técnicas, como la oración, la meditación, o las drogas que modulan la intensidad afectiva de la experiencia.

En resumen, la línea de razonamiento general es que la experiencia espiritual benigna y la experiencia psicótica involucran la operación de un mismo proceso psicológico, que también se presenta en individuos creativos. La fuerza de esas experiencias produce un cambio de paradigma en sus metas o perspectiva del problema. En los casos benignos, el *insight* resuelve con éxito la crisis que se desencadena, pero se transforma en patológica cuando el *insight* aumenta la percepción de crisis y acciona otro ciclo de experiencias más disfuncionales. En este modelo, las variaciones de la esquizotipia probablemente estén dadas por las diferencias individuales y la influencia en el proceso hacia una forma benigna o una patológica.

2.2. EL MODELO PSICOLÓGICO DE LAS EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS

La experiencia alucinatoria parece estar ampliamente distribuida en la población en general, de hecho, algunos estudios demostraron una relación cercana entre la incidencia de estas experiencias y sus correlatos psicológicos y de personalidad. Además, muestran que los individuos saludables que tienen esas experiencias presentan mayor nivel de esquizotipia cognitivo-perceptual, absorción psicológica, disociación, propensión a la fantasía y tendencia a alucinar e imagería visual sin alcanzar naturalmente los niveles críticos que se encuentran en la psicosis. Aquí se examinará el modelo disociacional que incluye estilos psicológicos relacionados, como la capacidad de absorción y propensión a la fantasía, la intensidad de la imagería, el estilo de personalidad de neuroticismo y psicoticismo y la propensión a la esquizotipia.

Modelo disociacional

Según el DSM-IV, la disociación se entiende como una “ruptura de las funciones de la consciencia que normalmente están integradas a la memoria, la identidad y la percepción del entorno” (American Psychiatric Association, 1994/2002: 477). Hilgard (1986) define la disociación como una “manera especial de la consciencia de mantener conectados eventos que de lo contrario estarían divididos entre sí”. De este modo, los procesos

disociativos sugieren la idea de que la mente se compone de módulos que están constantemente interactuando en varios niveles para producir una unidad de la conciencia. En circunstancias normales, la integración de estos módulos ocurre a la perfección, operando como una entidad homogénea, pero en el caso de la disociación, los sistemas cognitivos comienzan a desconectarse entre sí hasta padecer una desintegración funcional (Cardena, 1994).

Los procesos disociativos pueden ocurrir en contextos normales y en los patológicos. Dentro de la categoría de la disociación “normal” encontramos las experiencias fuera del cuerpo, el automatismo, y la absorción (Cardena, 1994; Kihlstrom Glisky y Angiulo, 1994; Putnam, 1997; Steinberg, 1995), de hecho, algunos antropólogos y psicólogos transculturales creen que una amplia variedad de experiencias religiosas son fenómenos disociativos normales (Bourguignon, 1976; Castillo, 1997; Golub, 1995; Goodman, 1988). El problema es determinar cuándo un estado disociativo se desvía de lo normal o se convierte en patológico, es decir, cuándo se presentan tendencias disociativas que causan sufrimiento innecesario al individuo. Esta desviación se comprende mejor si estas experiencias ocurren en contexto, esto es, en relación a influencias culturales, religiosas o sociales (Krippner, 1997; Martínez-Taboas, 1999, 2001). Entonces, cuando las experiencias disociativas son normales, es importante comprender su construcción social y la pluralidad de los significados culturales que se les puede atribuir (Martínez-Taboas, 1999, 2001).

Las experiencias disociativas podrían operar en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos

normales y en el otro, los estados patológicos, como la amnesia disociativa y la despersonalización (Ross, 1989), que no deberían ser conceptualizadas como dimensionales, sino estudiadas de manera categorial. Por ejemplo, estudios taxométricos sugieren que hay categorías cualitativamente diferentes de procesos disociativos, algunos más patológicos que otros. El modelo cuantitativo de la disociación supone que la disociación normal y la patológica son extremos diferentes de experiencias disociativas. Un ejemplo típico de disociación patológica es la “fuga disociativa” asociada al Trastorno Disociativo de Identidad.

Los investigadores trataron de determinar la naturaleza de la disociación en individuos normales. En distintos estudios se encontró que los 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 (Carlson y Armstrong, 1994). En otras palabras, muchas personas normales pueden experimentar situaciones donde su conciencia parece dividirse; donde existe un procesamiento de percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones sin representación conciente que pueden implicar cogniciones y conductas percibidas como involuntarias o que ocurren sin estar accesibles a la conciencia. Estos procesos mentales no-concientes no se limitan sólo a los que surgen de conductas sexuales o agresivas primitivas; de hecho, no tiene porqué estar motivada por mecanismos de defensa contra conflictos intrapsíquicos o experiencias traumáticas.

También se desarrollaron otras maneras de conceptualizar y estudiar la disociación; por ejemplo, los cinco

síntomas nucleares de trastorno disociativo (Steinberg, 1995):

1. *Amnesia*. Experiencias de “falsos recuerdos” u olvidos temporarios, por ejemplo, encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado o acercarse a personas que saludan al individuo pero que no puede recordar de dónde lo conoce.

2. *Depersonalización*. Sensación de sentirse separado de sí mismo.

3. *Desrealización*. Sentimiento de extrañeza acerca de sí mismo o de otros.

4. *Confusión de identidad*. Sensación subjetiva de incertidumbre, confusión o conflicto con la propia identidad.

5. *Alteración de la identidad*. La desviación de la identidad observable usando diversos nombres, la posesión de una habilidad de la que una persona no puede dar cuenta, o el descubrimiento –entre sus objetos personales– de objetos extraños o desconocidos.

En algunas culturas, las experiencias disociativas que ocurren durante las prácticas de mediumnidad en el espiritismo no deterioran ni perjudican al medium, por el contrario, se pueden interpretar como una señal que sirve para ayudar a otros, o como la posesión de un don o un talentopreciado (Krippner, 1989). En otros contextos, sin embargo, experiencias como la “posesión” son vistas como un problema que puede producir al individuo miedo intenso y angustia (Gaw *et al.*, 1998; Goodman, 1988; Lewis-Fernández, 1994).

Existe una gran variedad de instrumentos de medición de las experiencias disociativas, entrevistas clínicas, instrumentos auto-administrables, evaluaciones proyectivas y *checklists* de síntomas (Carlson, 1995, 1997;

Carlson y Armstrong, 1994; Steinberg, 1995). En este estudio se utilizó la medida más ampliamente empleada que es la *Dissociation Experience Scale* (DES), que presenta excelentes características psicométricas e incluye validez convergente y predictiva (van Zendoorn y Schuengel, 1996), pero también tiene algunas limitaciones, como la imposibilidad de hacer diagnósticos diferenciales (Bryant y Harvey, 2000). A pesar de ello, el DES es una medida eficaz confiable y válida de experiencias cotidianas de disociación, que se puede emplear como instrumento de investigación en casos donde una persona tiene un alto número de experiencias disociativas (un puntaje por encima de 30).

Los fenómenos disociativos son de interés teórico para los científicos cognitivos porque parecen ampliar el estudio de procesos complejos no conscientes (Bower y Sivers, 1998; Bowers y Meichenbaum, 1984; Bernstein y Putman, 1986) o para explicar los fenómenos hipnóticos (Hilgard, 1986). Por ejemplo, una forma de disociación es la red asociativa (Bower y Sivers, 1998), una teoría que postula que los recuerdos están almacenados como nodos de eventos en una red interconectada de unidades conceptuales (Yates y Nasby, 1993). Estos procesos no implican procesos patológicos; al 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.

Absorción y propensión a la fantasía

En los años sesenta, algunos investigadores encontraron correlaciones consistentes entre sugestionabilidad hipnótica y varias medidas relacionadas con la habilidad imaginativa (Council, Kirsch y Grant, 1996), en particular reactivos relacionados con experiencias imaginativas o similares al trance en la vida cotidiana, y demostraron correlaciones consistentes con medidas estándares de sugestionabilidad hipnótica (Shor, Orne y O'Connell, 1962; Ås, 1963; Lee-Teng, 1965).

Tellegen y Atkinson (1974) presentaron el concepto de absorción como un rasgo de la personalidad que permite a la persona implicarse en una variedad de experiencias a través de la imaginación. Las personas con gran capacidad de absorción tienen imaginaciones vívidas y se involucran en experiencias sensoriales e imaginativas hasta el punto de perder su sentido del Yo. Estos investigadores construyeron una escala para desarrollar una medida que luego fue perfeccionada, conocida como *Tellegen Absorption Scale* de 34 ítems (Tellegen, 1982). Esta escala no sólo mostró correlaciones significativas con sugestionabilidad hipnótica en numerosos estudios sino que, además, introdujo el constructo de absorción y proporcionó una teoría explícita sobre la relación entre la absorción y la hipnosis (Council, Kirsch y Grant, 1996).

En la absorción psicológica, una persona en una variedad de situaciones demuestra gran facilidad para entrar en estados que se caracterizan por una marcada reestructuración cognitiva y apertura para experimentar alteraciones emocionales y cognitivas (Putnam y Carlson, 1998; Tellegen y Atkinson, 1974). 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). Por ejemplo, algunos investigadores invocaron procesos disociativos para explicar el estado de trance de los médiums, como Leonora Piper; o las investigaciones de Theodore Flournoy (1900) con la médium Hélène Smith, o el modelo de procesos automáticos inconscientes de Myers (1903) para explicar la escritura automática y otros fenómenos mediúmnicos, como el trance de la medium Gladys Osborne Leonard con las personalidades secundarias de los pacientes disociativos.

Estrechamente vinculado al concepto de absorción y sugestionabilidad, la propensión a la fantasía se define como un tipo de personalidad caracterizado por una profunda implicación en un mundo privado de fantasía, ensoñamiento vívido, recuerdos, experiencias sensoriales y experiencias paranormales (Wilson y Barber, 1981, 1983). Un aspecto de las personas propensas a la fantasía era su habilidad para tener alucinaciones vívidas que se experimentan “tan reales como la propia realidad”. Estas experiencias alucinatorias pueden ocurrir involuntariamente; por ejemplo, una mujer entrevistada por Wilson y Barber dijo que mientras conducía, no podía permitirse pensar que un niño se lanzaba a su coche, ya que, por el simple hecho de pensar en ello, podía provocarle dicha alucinación.

Los estudios de campo de Wilson y Barber permitieron que otros investigadores estudiaran la personalidad propensa a la fantasía. Lynn y Rhue, en particular, condujeron un extenso programa de investigación. Aunque por lo general se encontraban resultados a favor de la descripción de Wilson y Barber (1981, 1983), la propensión

a la fantasía no se asociaba con la habilidad hipnótica ni con la imaginación visual eidética (Council y Huff, 1990; Council *et al.*, 1990, 1991).

Tellegen (1982) utilizó una escala para investigar dos aspectos de experiencias conceptualmente relacionadas con las experiencias alucinatorias, como la sinestesia y el eidetismo (Glicksohn, Salinger y Roychman, 1992; Rader y Tellegen, 1987) que involucran la imaginación y las experiencias subjetivas anómalas y las creencias (Glickson, 1990). Las personas que presentan alta absorción también tienen imagería intensa y vívida, y tienen experiencias sensoriales e imaginativas fuertes al punto de perder su sentido del yo (por ejemplo: ver una película involucrándose tanto en ésta que se pierde el contexto que lo rodea, incluso si otro le habla).

Individuos que tienden a la absorción tuvieron alguna experiencia traumática en su infancia debido a que cierta sensibilidad intensifica sus experiencias, como las alucinaciones (Lynn y Rhue, 1988). Como sugieren Berenbaum, Kerns y Raghavan (2000: 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.”

Intensidad de la imagería

La viveza de las imágenes mentales visuales hace referencia a la cualidad de las imágenes mentales que una persona puede o no formar ante estímulos verbales inductores. Marks (1995) define la viveza en términos de

“claridad y vivacidad”. Una imagen tendrá mayor viveidez cuanto más se parezca a una percepción real en diferentes características como, por ejemplo, su brillo o nitidez y su grado de dinamismo o fuerza. Un modo de evaluar la experiencia consciente cuasi-perceptiva, en la que se manifiesta una imagen mental, son las verbalizaciones que un individuo emite sobre esa experiencia subjetiva (Hiscock, 1978; Richardson, 1994; Sheehan, 1967).

Algunos estudios parecen sugerir una relación entre la intensidad de la imaginería (visual o auditiva) y la experiencia alucinatoria, y proponen que las alucinaciones quizás sean el resultado de una imaginería mental vívida anormal (Sietz y Malhom, 1947). Una teoría también desarrollada por Mintz y Alpert (1972), argumenta que las alucinaciones ocurren como consecuencia de un testeo defectuoso de la realidad. Horowitz (1975) propuso que los alucinadores padecen un déficit de imaginería y que producen imágenes vívidas de una fuente externa. En un intento por probar esta teoría, se emplearon varios tipos de ensayos para comparar paciente psiquiátricos “con” alucinaciones y “sin” alucinaciones, pero los resultados fueron contradictorios (Cohen, 1938; Brett y Starker, 1977). Mintz y Alpert utilizaron el test “White Christmas” de Barber y Calverley y encontraron diferencias entre alucinadores y no-alucinadores, pero no está claro si este resultado es producto de las diferencias en la imaginería como opuesta, por ejemplo, a la sugestionabilidad.

La prueba “White Christmas” es un test experimental que permite obtener alucinaciones artificiales (Barber y Calverley, 1964; Young *et al.*, 1987). Este test fue diseñado para evaluar la imaginería vívida y se solicitaba a los participantes que cerrasen sus ojos e imaginasen la canción White Christmas de Bing Crosby. Transcurridos

30 segundos se les pedía que indicasen la intensidad de su imaginación. En esta prueba se les dice a los sujetos que en el trasfondo de un ruido blanco (un bufido suave similar a la estática de la radio fuera de sintonía) se había grabado este tema musical, pero realmente, no se había grabado nada allí. Se les pide a los participantes cerrar sus ojos e intentar escuchar el tema. Luego de cierto tiempo, se interrumpe la escucha y se les pide que puntúen la calidad de su escucha en términos de “nada claro” a “nítidamente claro”.

Con este test se encontró que un considerable número de participantes indicaban haber escuchado la canción, aunque la mayoría también dijo que no creía que la canción estuviese grabada en la cinta. Cuando los pacientes psiquiátricos alucinadores estaban bajo el estímulo del ruido blanco, no solo indicaron haber escuchado la canción en comparación con un grupo control (individuos sanos), sino que mostraron la firme convicción de que la canción estaba realmente grabada. Como consecuencia, se llegó a la conclusión de que es necesario cierta habilidad de imaginación mental en los individuos, aunque no es condición necesaria para que ocurran alucinaciones genuinas. Sólo la combinación de dos factores, una fuerte imaginación mental y una capacidad pobre de testeo de realidad, producen alucinaciones patológicas. Barber y Calverley (1964) encontraron que aproximadamente el 5% de la muestra de individuos saludables dijo haber escuchado el tema musical (replicado por otros investigadores, como Spanos y Barber, 1968; Álvarez López, 2005) en un fondo de ruido blanco.

En la versión de Merckelbach y van de Ven (2001) se añade una segunda parte a la tarea del White Christmas, de manera similar al paradigma de detección de señal.

Los sujetos escuchan un fragmento de la canción antes de iniciar esta segunda parte, y a continuación se les dice que escucharán por auriculares un sonido de ruido blanco en donde se han insertado fragmentos de la melodía. El sujeto debe presionar un botón cuando cree escuchar alguno de estos fragmentos. En la primera parte de la tarea, se le pide al sujeto que imagine la melodía de la canción durante 30 segundos y posteriormente puntúe en una escala de 0 a 10 (donde 0 corresponde a “no oi nada” y 10 a “la melodía parecía muy clara”) la intensidad con que había imaginado la canción. Luego se hace escuchar la melodía a todos los sujetos por igual con el fin de establecer una línea de base. Mientras la canción continua, se le explican las instrucciones de la segunda parte de la tarea, idéntica a la aplicada por Merckelbach y van de Ven. Entonces, el sujeto escucha ruido blanco por auriculares durante tres minutos y debe apretar la barra espaciadora del teclado cada vez que cree escuchar un fragmento de la canción, mientras el programa graba la frecuencia de respuesta de cada participante. Al finalizar, se le pide que indique la claridad, el volumen y la duración de los fragmentos que ha escuchado en una escala de 0 a 10. También se le pregunta de dónde proviene la música que ha escuchado, ya que el individuo puede atribuir a una fuente externa (cree haberla escuchado fuera de su cabeza) o interna (cree haber generado él/ella mismo/a la melodía) (Alvarez López, 2005).

Ha habido críticas a estos estudios. Algunas investigaciones demostraron que los cuestionarios de imaginación vívida quizá no sean indicadores válidos de los procesos cognitivos de las experiencias alucinatorias; en otras palabras, la imaginación se podría considerar

simplemente como un tipo de visión interna, sin relación alguna con la experiencia alucinatoria (Evans, 1980; Kosslyn, 1983; Pylyshyn, 1973).

Neuroticismo y psicoticismo

El modelo de personalidad trifactorial de Eysenck está basado en tres dimensiones (o tipos); a saber: neuroticismo/estabilidad (puntaje elevado de N tienden a ser emocionalmente hipersensibles, con dificultades para recuperarse después de una situación emocional), extroversión/introversión, y psicoticismo, el cual es considerado un continuo del comportamiento normal, pero separado del comportamiento neurótico –el neuroticismo y el psicoticismo en sus polos son considerados dimensiones anormales de la personalidad–. Individuos propensos a conductas psicóticas son considerados anormales en el modo de comportamiento social –lo que no ocurre con neuróticos–; en otras palabras, son personas que realizan actos socialmente condenados como anormales y en algunos casos despreciables.

Algunos estudios sugieren que las alteraciones emocionales del factor neuroticismo (inestabilidad emocional) están relacionadas con la propensión a alucinar (Barret y Etheridge, 1994; Ramanathan, 1986; Young *et al.*, 1986). De igual modo, individuos con dificultades en la interacción social tienen más probabilidad de mostrar experiencias perceptuales anómalas, pero al menos en este estudio el efecto de esta relación es relativamente débil ($r = .15$), por lo cual no es posible extraer una conclusión firme al respecto (Morrison, 1998). Jakes y Hemsley (1987) y Young *et al.* (1986) evaluaron a

individuos no-clínicos con el EPQ-A y el *Launay-Slade Hallucination Scale*, pero los puntajes del LSHS correlacionaron sólo con el neuroticismo, esto es, quienes obtenían puntaje alto en alucinación tendían a indicar mayor nivel de ansiedad.

Slade (1976a) encontró que un grupo pequeño de pacientes psicóticos con una historia de alucinaciones auditivas tuvo puntajes elevados en la escala de EPQ-A comparable a los prisioneros varones y mujeres, lo cual sugiere un eslabón entre las alucinaciones auditivas y la agresividad. Probablemente, individuos predispuestos a un comportamiento agresivo (particularmente los que obtenían puntaje alto en psicoticismo) son más susceptibles a experiencias alucinatorias que las personas sin esas tendencias, significa que parece haber una clara asociación entre experiencias alucinatorias y tendencias paranoico-agresivas (Slade, 1976b).

Propensión a la esquizotipia

Parra (2012) investigó cómo la experiencia paranormal se relaciona con la esquizotipia positiva y negativa e hipotetizó que la frecuencia de experiencias paranormales correlaciona con el Subfactor Experiencias Inusuales de la Escala de Propensión a la Esquizotipia. Encontró que los participantes con experiencias paranormales eran cognitivamente menos desorganizados e indicaron haber tenido experiencias paranormales más agradables, eran menos impulsivos, más sociables y manifestaban conductas menos excéntricas en comparación con quienes no tenían experiencias paranormales. La mayoría de tales experiencias estaban relacionadas

con la esquizotipia positiva, aunque en sentido inverso, algunas experiencias también están relacionadas con la esquizotipia negativa.

En conclusión, el estudio implica una interacción entre factores de personalidad esquizotípica que podrían predecir la cualidad subjetiva de ciertas experiencias bizarras. De acuerdo con investigaciones previas, los resultados indican un potencial rol adaptativo –e incluso protector– de las creencias paranormales y el “pensamiento mágico”. La esquizotipia se encuentra íntimamente relacionada con las psicosis, de hecho el término esquizotipia, también conocida como propensión a la psicosis (Chapman, Edell y Chapman, 1980), puede ser considerada como una dimensión normal de la personalidad o como un indicador de la predisposición a la psicosis (Claridge, 1997a, 1997b). Varios estudios indican que las experiencias psicóticas se encuentran presentes en población normal, sugiriendo la existencia de un continuo dimensional entre la población normal y dichas experiencias (Johns y van Os, 2001).

La esquizotipia se enmarca dentro de este modelo (Claridge, 1997b) abarcando desde la personalidad no patológica (salud) hasta la psicosis (enfermedad). Las variaciones a lo largo de este continuo describen diferentes grados de predisposición a los trastornos psicóticos. Dicha vulnerabilidad o predisposición a la esquizofrenia se expresa, por lo tanto, a lo largo de un continuo. La investigación sobre los rasgos esquizotípicos reside básicamente en tres puntos:

1. Comprender los mecanismos que producen la esquizofrenia, investigando los nexos de unión entre ambas entidades.

2. Estudiar a individuos libres de la enfermedad psíquica, sin los efectos secundarios de la medicación y la iatrogenia.

3. Detectar, mediante autoinformes y entrevistas, a individuos con una alta probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico (Lenzenweger, 1991).

La evaluación de la personalidad esquizotípica se encuentra, básicamente, dentro de las investigaciones que permiten detectar, mediante pruebas psicométricas, a aquellos sujetos con probabilidad de desarrollar trastornos del espectro esquizofrénico (la esquizofrenia misma, los trastornos esquizoafectivos o las personalidades esquizoide, paranoide y esquizotípica). Puntajes elevados de esquizotipia parecen indicar cierta propensión a desarrollar trastornos esquizofrénicos (Chapmanzinder *et al.*, 1994; Kwapil *et al.*, 1997). Al menos se observaron dos dimensiones de esquizotipia:

1. La *dimensión positiva*, conocida como experiencias perceptuales no convencionales/ anómalas o cognitivo-perceptual, que se refiere a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal e incluye varias formas de alucinaciones, ideación paranoide, ideas de referencia y trastornos del pensamiento.

2. La *dimensión negativa*, conocida como anhedonia o déficit interpersonal, que se refiere a la disminución o déficit en la conducta normal del individuo que tiene dificultades para experimentar placer en el nivel físico y social, aplanamiento afectivo, ausencia de confidentes íntimos y dificultades en sus relaciones interpersonales.

El *Schizotypal Personality Questionnaire* (SPQ) de Raine (Raine, 1991; Raine y Benishay, 1995) es la medida de evaluación de la esquizotipia más utilizada en los estudios factoriales. Se aplicó en muestras de

estudiantes universitarios donde las dimensiones de la esquizotipia se comportan de forma distinta en función del sexo y la edad. En estos casos las mujeres tienden a obtener puntajes más elevados que los hombres en la dimensión positiva, mientras que los varones lo hacen en la dimensión negativa. Existe un escaso número de investigaciones con muestras seleccionadas aleatoriamente de la población y una escasa utilización de otros modelos o técnicas estadísticas más recientes, como la Teoría de Respuesta al Item (TRI) (Muñiz, 1997a, 1997b).

La propensión a la esquizotipia generó una línea de investigación propia en lo referente al estudio de su estructura, naturaleza y relaciones con otros constructos. Por ejemplo, la internacionalización trae aparejado el aumento del número de adaptaciones y traducciones de tests de unas culturas a otras. Los estudios en donde se compara la esquizotipia a través de las diferentes culturas revisten gran importancia para una mejor comprensión de la naturaleza transcultural de la esquizotipia.

CONCLUSIONES

En esta obra se ha revisado el concepto “alucinación” desde una perspectiva histórica, así como sus aspectos antropológicos, culturales y sociales. La cuarta edición del DSM define a la alucinación como “una percepción sensorial que tiene el sentido real de una percepción verdadera pero que ocurre sin la estimulación externa de un órgano sensorial relevante”. Otra definición aceptada es que una alucinación es “cualquier experiencia parecida a una percepción, la cual (a) ocurra en ausencia de un estímulo apropiado, (b) tenga la fuerza completa o el impacto de su correspondiente (o real) percepción, y (c) no sea permeable al control voluntario de quien la experimenta.” En los últimos años, ha emergido un sustancial número de estudios que sugieren que muestras representativas de la población general no-hospitalizada, ni bajo tratamiento psiquiátrico ambulatorio, tienen experiencias psicóticas.

Las alucinaciones –que por definición, tradicionalmente, han estado ligadas a la psicopatología, la psiquiatría y la psicología clínica– son percepciones que ocurren en ausencia de los estímulos sensoriales correspondientes. Una de las características más relevantes de la experiencia alucinatoria es que existe la convicción de que el objeto percibido tiene su origen por fuera del individuo mismo, es decir, que se produce en el mundo real. 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.

Incluso, las alucinaciones para el psicoanálisis no constituyen signo patognomónico de patología alguno, sino más bien su carácter defensivo o no defensivo. No basta con que el sujeto alucine para poder establecer un diagnóstico de psicosis, sino que la alucinación es un mecanismo trans-estructural que, de manifestarse en un sujeto, hará necesario ubicar el fenómeno en la subjetividad del caso. En el paradigma psicoanalítico existe una gran cantidad de experiencias de individuos normales que fenomenológicamente pueden ser descritos como alucinatorias, pero que no implican síntomas patológicos *per se*, sino que muestran los restos de una forma de aprehender el mundo que en un momento prevaleció en la estructura psíquica, y que a costa de la adquisición de otras modalidades fue perdiendo terreno.

Aunque el término “alucinación” tiene un contenido peyorativo debido a su casi exclusiva asociación con la enfermedad mental, la coexistencia de alucinaciones y delirios que sugiere que ambos síntomas comparten un territorio común, pero no necesariamente las alucinaciones son conducentes a interpretaciones erróneas o delirios patológicos. Esto dependerá de varios factores, como el grado de ajuste del individuo, su monitoreo de realidad y otras características de personalidad.

Nombrar a todas las “voces internas” por igual como “alucinaciones” no permite discriminar entre las alucinaciones auditivas de los esquizofrénicos de las pseudo-alucinaciones, las voces interiores de los meditantes del delirio místico, las percepciones auditivas del pos-duelo, las voces de los amigos imaginarios de los niños, la voz interna de la conciencia o del super-Yo, la musa inspiradora de algunos artistas, y las revelaciones de muchos líderes políticos y religiosos. Esta falta apropiada de

recategorización de la experiencia y sus características obstaculiza el estudio de las alucinaciones no patológicas, y desalienta a las personas sanas a divulgar sus experiencias por temor a ser juzgadas como psicóticas.

Otros términos que se emplean para las alucinaciones no relacionadas con enfermedades mentales incluyen el concepto de “alucinación benigna”, “pseud-alucinación”, “experiencias parapsicóticas” e “ideofanías”. Respecto a esta última, podemos incluir a las alucinaciones de individuos psicóticos pero también las experiencias sensoriales de personas normales, si corresponden verídicamente a eventos que ocurren a distancia o fuera del alcance de los sentidos.

Por supuesto, es probable que quienes sostienen que la esquizofrenia representa el extremo de un continuo de características de personalidad consideren que las personas “normales” que reportan alucinaciones deben ser clasificadas como esquizoides. Sin embargo, el hecho de que, en particular, una minoría de la población haya tenido francas experiencias alucinatorias en algún momento de la vida debe considerarse como algo digno de atención. Si hacemos una comparación, el riesgo de padecer esquizofrenia en la población general es de aproximadamente un 1%. Por lo tanto, por cada persona que recibe un diagnóstico de esquizofrenia, casi diez han tenido alucinaciones sin recibir diagnóstico. Estos estudios sugieren que puede no ser la naturaleza de las experiencias alucinatorias *per se* lo que determina si una persona va a convertirse en paciente psiquiátrico o no, sino la forma en que las personas reaccionan a sus experiencias.

Algunos autores han intentado distinguir entre “verdaderas” alucinaciones y “pseudoalucinaciones”;

definidas así porque son percibidas cuando ocurren desde dentro del cuerpo o porque se reconoce que no son verídicas para el percipiente. El DSM-IV distingue entre el hecho de que una persona con alucinaciones auditivas reconoce cuando está teniendo una experiencia sensorial falsa y cuando está convencida de que la fuente del estímulo es independiente de la realidad física. Algunos clínicos e investigadores incluyen (como alucinaciones) las que provienen desde dentro de la cabeza, sin embargo, para el DSM ninguna de estas distinciones tiene utilidad clínica.

Las definiciones antes mencionadas presentan a las alucinaciones enteramente dentro de la experiencia privada de la persona que alucina. Aunque un clínico muchas veces está seguro de poder determinar si un paciente psiquiátrico está o no alucinando con sólo observar su comportamiento (por ejemplo, pacientes que aparentemente se distraen por voces imaginarias o voces que comentan o repiten lo que hace), estas observaciones deben ser cuidadosas. Después de todo, el mismo comportamiento puede interpretarse como evidencia de que el paciente está ensimismado en sus pensamientos o excitado emocionalmente por otras causas. Por esta razón, el único método aceptado para decidir si una persona está experimentando o no una alucinación es mediante su propio discurso.

Por lo general, las alucinaciones visuales que experimentan algunos individuos saludables tampoco vienen acompañadas por trastornos patológicos, es decir, son eventos distintos de los que ocurren inesperadamente y sin aparente relación con enfermedades conocidas o trastorno psicopatológico previo. No parecen estar

acompañados por desintegración progresiva de la personalidad; cuanto mucho ansiedad o “temor a volverse loco”.

Hay individuos normales que no experimentan alucinaciones bajo ninguna circunstancia en especial, y mis estudios demuestran que muchas más personas experimentan alucinaciones que las que entran en contacto con los servicios médicos o psiquiátricos. Otros estudios similares han explorado la hipótesis del continuo de las experiencias psicóticas en población saludable, pero por el contrario, han reagrupado la muestra en puntajes altos *versus* puntajes bajos en un intento por determinar la potencia de la diferencia. Con todo, sus resultados no muestran sustanciales diferencias con nuestro estudio, en comparación con la población saludable. El principal problema de estos estudios es que se incluye en la misma población al subgrupo de puntajes “alto” de experiencias alucinatorias, que debería ser considerado como “individuos no hospitalizados”, que forman parte de la sociedad en general, pero no representan a individuos saludables (quienes puntúan bajo). Además muchos de estos estudios limitan el tamaño de la muestra a unos pocos individuos, en lugar de examinar el continuo de experiencias que se distribuye normalmente. Nuestro análisis, en consecuencia, es más sensible y relevante que las muestras seleccionadas por puntajes, y permite explorar la hipótesis de continuo más eficazmente.

Las alucinaciones olfativas y gustativas son de por sí un problema; una percepción extraña que por lo general no está asociada a una interpretación patológica. A menudo, están asociadas con el uso de sustancias psicoactivas, como drogas (cocaína, opiáceos, anfetaminas, etcétera) alcohol y medicación. Por lo tanto,

podemos entender este tipo de alucinación como un efecto patológico en el órgano sensorial en sí. Debemos considerar el riesgo, implícito y explícito, de que un cuestionario administrado sobre estudiantes universitarios de psicología pueda relevar un índice de experiencias alucinatorias (por ejemplo visuales) como consecuencia del uso de estos productos. Para algunos consumidores compulsivos de drogas, por el contrario, las alucinaciones olfativas y las gustativas pueden ser producto de síntomas tales como disosmia o disglusia. Las alucinaciones gustativas y la experiencia de sentirse fuera del cuerpo son difíciles de distinguir de las ilusiones. En las alucinaciones visuales y auditivas, algunos individuos pueden testimoniar la presencia o ausencia del fenómeno alucinatorio; en otro tipo de alucinaciones, el carácter alucinatorio recae en la descripción y en la interpretación dada a esta experiencia.

Por ejemplo, las alucinaciones hipnagógico-hipnopómpicas son muy frecuentes, y pueden ser consideradas sin patología en la mayoría de los casos. Las alucinaciones hipnagógicas-hipnopómpicas necesitan ser diferenciadas de otros tipos de alucinaciones porque ocurren solamente en el período transicional del despertar al dormir (hipnagógicas) o del dormir al despertar (hipnopompicas). La mayoría de los individuos que experimentan estas alucinaciones saben que lo que perciben no es verdadero. Si un individuo se aterroriza por lo que percibe, quizás intente escapar de las alucinaciones y varias veces injuria a otros o a sí mismo. Quizá esto ocurra si un individuo se queja solo de alucinaciones hipnagógicas atemorizantes. Las alucinaciones de los individuos psicóticos ocurren en cualquier momento del día, incluyendo al momento del dormir. Es importante,

por lo tanto, asegurar que el fenómeno de alucinación ocurra fuera del momento del dormir.

En otras palabras, la presencia de alucinación no es equivalente a la esquizofrenia. Las condiciones de vida pueden generar este fenómeno. Las alucinaciones son síntomas de trastorno psicótico sólo cuando el individuo cree firmemente en éstas como verdaderas, menospreciando lo que la gente dice a su alrededor. Desde el punto de vista teórico, uno podría preguntar si las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas son percepciones verdaderas. La principal diferencia entre las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, visuales y auditivas, recae en la significación que el individuo le da al fenómeno perceptual: siguiendo la experiencia alucinatoria, un sujeto con alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas sabe, en la mayoría de los casos, que el objeto percibido no existe. En individuos psicóticos, las alucinaciones se convierten en realidad y son integradas como tales; la interpretación de su significado refuerza el carácter patológico de las alucinaciones.

Se administró un cuestionario que mide la predisposición a tener experiencias perceptuales inusuales/anómalas en siete modalidades sensoriales (auditiva, visual, gustativa, táctiles, olfativas e hipnagógico/hipnopómpicas) sobre una muestra de 650 estudiantes universitarios de ambos sexos (22% varones 78% mujeres; edad promedio 25 años) y otra a 26 pacientes hospitalizados (13 varones y 13 mujeres, edad promedio 38 años). La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente alfa de Cronbach (.93) indicó que ésta producía datos internamente consistentes. Los resultados mostraron que entre el 16 y el 24% indicaba haber tenido una experiencia alucinatoria; que la modalidad táctil era la

modalidad sensorial más común (25%) seguido de 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.

Algunos items incluían experiencias alucinatorias claramente patológicas (por ejemplo: “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 (por ejemplo: “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 experiencias “normales”. Por otra parte, la modalidad hipnagógica (por ejemplo: “sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no-humanas cerca de mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen”) también reveló un indicador elevado (22%).

La hipótesis del continuo normalidad-patología sugiere que la propensidad a la fantasía, la absorción psicológica y las experiencias disociativas parecen ser indicadores que contribuyen a generar experiencias alucinatorias. Personas que tienen alta capacidad de absorción tienen imaginación intensa y vívida, y experiencias sensoriales e imaginativas, lo cual también podría ser un factor de predisposición para la experiencia alucinatoria, por ejemplo, el concepto de propensión a la fantasía se refiere a individuos (aproximadamente el 4% de la población) que fantasean la mayor parte del

tiempo; pueden ver, oír y tocar absolutamente todo lo que fantasean.

A menudo se considera que la creencia en lo paranormal, por ejemplo, puede predisponer a la experiencia alucinatoria a causa de que se encuentra un mayor número de experiencia perceptuales anómalas entre individuos creyentes en comparación con individuos no creyentes. Dos factores que pueden predisponer a la experiencia alucinatoria son la “sugestionabilidad” y la “búsqueda de sensaciones”. Individuos creyentes en lo paranormal, altamente sugestionables, pueden ser más propensos a las experiencias alucinatorias (sea en forma visual, auditiva o táctil) que individuos no creyentes. Pero también puede ocurrir a la inversa, esto es, una experiencia paranormal emocionalmente intensa, puede aumentar (o potenciar) su creencia en lo paranormal (por ejemplo: la creencia en vida después de la muerte), y –a su vez– estar asociada a un número de otras creencias paranormales relacionadas a causa de que ambas, creencia y experiencia en lo paranormal, están fuertemente interrelacionadas. Por supuesto, se ha observado que la tendencia a la fantasía se correlaciona positivamente con la creencia paranormal en general y con la creencia en conceptos religiosos tradicionales, precognición, brujería, espiritismo y formas extraordinarias de vida.

También se ha prestado mucha atención a la creencia en lo paranormal en relación con la ideación mágica y la esquizotípia. Sin embargo, las creencias en lo paranormal proporcionan un sentido de control sobre los eventos de la vida, esto es, un sentido de orden y significado del mundo físico y social que es esencial para la seguridad emocional y ajuste psicológico del

individuo por dos razones. Primero, la veridicabilidad parece ser una característica que distingue a una experiencia paranormal (o parapsicológica) de una experiencia alucinatoria. Pero es difícil distinguir esto sin discriminar apropiadamente las experiencias legítimas (esto es, eventos paranormales o psi presumiblemente verídicos) de experiencias perceptuales anómalas, que pueden incluir experiencias psíquicas, pero que resultan una mezcla de experiencias bizarras y experiencias alucinatorias no patológicas. Sin embargo, dado que la población de creyentes incluye a quienes han tenido experiencias psíquicas, la correlación entre salud mental y creencia en lo paranormal puede ser un factor indicativo del estado psicológico del individuo.

Segundo, la propensión a la esquizotipia, o mejor, una modalidad “cognitivo-perceptual” de esquizotipia probablemente sea reguladora de la “entrada” de aquellas experiencias anómalas/inusuales que amenazan potencialmente la percepción de seguridad y el sentido de integridad del mundo aceptable, en esencia porque puede implicar que estos eventos a veces son inciertos, caóticos y superan el dominio y entendimiento del individuo. Mediante un sistema de creencias paranormales, el individuo tiene un marco cognitivo, o un sistema de creencia, que estructura eficazmente tales eventos y experiencias que parecen incomprensibles. Por lo tanto, la creencia en lo paranormal constituye un prejuicio a través del cual se puede filtrar la realidad sin ser amenazante para el sentido de seguridad emocional del individuo. La manera mediante la cual las creencias paranormales consiguen este efecto es por medio de una “ilusión de control”, esto es, una percepción subjetiva de control sobre eventos que son anómalos, que no pueden ser

controlados por el individuo, y que –de hecho– operan de manera independiente de déficits intelectuales o de razonamiento. Las formas particulares de creencia en lo paranormal aceptadas por el individuo, por supuesto, dependerán mucho del ambiente social y cultural.

Finalmente, el hecho de utilizar a la población no hospitalizada nos permite determinar cuántos individuos con síntomas de psicosis y alucinaciones están viviendo en la sociedad y tienen, al menos, una función social. Para limitar los problemas relacionados con la naturaleza inquisitiva o intrusiva de preguntas sobre sentimientos y sensaciones privadas, el cuestionario es extenso para asegurar una progresión suave de la investigación y para permitir distinguir entre ilusiones y alucinaciones, e identificar trastornos tóxicos, mentales y orgánicos que quizás sean responsables de algunos fenómenos alucinatorios. En síntesis, varias fuentes independientes indican que la psicosis existe 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 con la necesidad de una atención especializada van claramente en aumento. Existen nuevos abordajes terapéuticos caracterizados por una visión dimensional y una normalización racional que sugieren que se puede recomendar la incorporación de una noción de continuo en la psicosis en la investigación científica y la práctica clínica.

Un modelo teórico que puede adoptarse es el modelo de “esquizotipia feliz” o “esquizotipia sana” sugerido por McCreery y Claridge (2002), con manifestaciones propias de la psicosis, pero sin contenido o consecuencia patológica. De este modo, sus características

positivas –consideradas como parte de la personalidad esquizotípica, no son exclusivas de ésta ni son sinónimo de psicopatología-. En algunas personas se observan creencias paranormales y experiencias anómalas que no necesariamente cumplen los criterios de personalidad esquizotípica. La esquizotipia positiva podría ser claramente adaptativa; en otras palabras, tener un sistema de pensamiento mágico rico proporciona una mejor capacidad para crear un sistema creativo eficaz para explicar subjetivamente experiencias bizarras, o colocarlas en sistemas de creencia gradualmente mejor organizados. Para estos individuos, la carencia de una “barrera protectora” daría lugar a experiencias consideradas como extrañas e insoportables, quizás indicadoras de una sensación/percepción de trastorno o anormalidad.

Es preciso contextualizar el marco sociocultural y las circunstancias particulares del individuo que manifiesta estas creencias y experiencias para calificarlas como patológicas. A pesar de sus peculiaridades, estas personas pueden ser funcionales y tener una buena adaptación social.

BIBLIOGRAFÍA

- Aarnio, K. y Lindeman, M. (2005). Superstition, education and thinking styles. *Personality and Individual Differences*, 39, 1227-1236.
- Aggernaes, A. (1972). The difference between the experienced reality of hallucinations in young drug abusers and schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 48, 287-299.
- Al-Issa, I. (1978). Social and cultural aspects of hallucinations. *Psychological Bulletin*, 84, 570-587.
- (1995). The illusion of reality or the reality of an illusion: Hallucinations and culture. *British Journal of Psychiatry*, 166, 368-373.
- Alfred, J. (2006). *Our invisible bodies: Scientific evidence for subtle bodies*. Fairford, UK: Trafford.
- Aleman, A. y Larøi, F. (2008). *Hallucinations: The Science of Idiosyncratic Perception*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Aleman, A. y de Haan, E. H. F. (1998). On redefining hallucination. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 656-658.
- Aleman, A.; Nieuwenstein, M. R.; Boecker, K. B. E. y 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.
- (1999b). Temporal stability of the Launay-Slade Hallucination Scale for high- and low-scoring normal subjects. *Psychological Reports*, 85, 1101-1104.

- (2000). Mental imagery and perception in hallucination-prone individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 830-836.
 - (2001). Multidimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucinations Scale in a normal sample. *Personality and Individual Differences*, 30, 287-292.
- Alroe, J. y McIntyre, J. N. M. (1983). Visual hallucinations. The Charles Bonnet syndrome and bereavement. *Medical Journal of Australia*, 2, 674-675.
- Alvarez López, E. (2005). *Personalidad esquizotípica y marcadores cognitivos: Correlatos cognitivos en la esquizotipia psicométrica* (Tesis doctoral). Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològic. Universitat de Barcelona.
- American Psychiatric Association (1994/2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth edition*. Washington, DC: Author.
- American Sleep Disorders Association (1990). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual (ICSD)*. Rochester, MN: American Sleep Disorders Association.
- Anderson, C. (1988). *Esquizofrenia y familia: Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, R. y Anderson, W. (1982). Veridical and psychopathic hallucinations: A comparison of types. *Parapsychology Review*, 13(3), 17-23.
- Anderson, J.; Huppert, F. y Rose, G. (1993). Normality, deviance and minor psychiatric morbidity in the community. *Psychological Medicine*, 23, 475-485.

- Andrade, C. (1988). True hallucinations as a culturally sanctioned experience. *British Journal of Psychiatry*, 152, 838-839.
- Andreasen, N. C. (1994). *Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)*. Iowa: University of Iowa.
- Arbman, E. (1963). *Ecstasy, or religious trance, in the experience of the ecstasies and from the psychological point of view*, 3 Vols. Norstedts, Sweden: Svenska Bokforlaget.
- Arieti, S. (1974). *Interpretation of Schizophrenia*. New York, NY: Basic Books.
- (1976). *Creativity: The magic synthesis*. New York, NY: Basic Books.
- Arndt, S; Alliger, R. J.; y Andreasen, N. C. (1991). The distinction of positive and negative symptoms: The failure of a two dimensional model. *British Journal of Psychiatry*, 158, 317-322.
- Ås, A. (1963). Hypnotizability as a function of nonhypnotic experiences. *Journal of Abnormal y Social Psychology*, 66, 142-150.
- Asaad, G. y Shapiro, B. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- Austin, J. H. (1998). *Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Ayeroff, F. y Abelson, R.P. (1976). ESP and ESB: Belief in paranormal success at mental telepathy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 240-247.
- Baddia, P.; Wright, K. P. y Wauquier, A. (1994). Fluctuations in single-Hertz EEG activity during the transition to sleep. En R. D. Ogilvie y J. R. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp.

- 201-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Badham, P. y Badham, L. (1982). *Immortality or extinction?* Totowa, NJ: Barnes y Noble.
- Baillarger, J. (1886). Physiologie des hallucinations. Les deux théories. *Annales Médico-Psychologiques: Journal de l'Aliénation Mentale et de la Médecine Legale des Aliénés*, 4, 19-39.
- Bak, M.; van der Spil, F.; Gunther, N.; Radstake, S.; Delespaul, P. y van Os, J. (2001a). Maastricht assessment of coping strategies: A brief instrument to assess coping with psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 453-459.
- (2001b). Does coping enhance subjective control over symptoms? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 460-464.
- Baker, R. A. (1990). *They call it hypnosis*. Buffalo, NY: Prometheus.
- Ball, M. B. (1882). De la folie religieuse. *Revue Scientifique*, 30, 336-342.
- Ball, J. E. (1976-1977). Widow's grief: The impact of age and mode of death. *Omega*, 7, 307-333.
- Barber, T. X. y Calverley, D. S. (1964). An experimental study of "hypnotic" (auditory and visual) hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 13-20.
- Barber, T. X. (1999). A comprehensive three-dimensional theory of hypnosis. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardena, y S. Amigó (Eds.), *Clinical hypnosis and self-regulation therapy: A cognitive-behavioral perspective* (pp. 3-48). Washington, DC: American Psychological Association.

- Baron-Cohen, S.; Burt, L.; Smith-Laittan, F.; Harrison, J. y Bolton, P. (1996). Synaesthesia: Prevalence and familialiry. *Perception*, 25, 1074-1080.
- Barrett, T. R. (1993). Verbal hallucinations in normals, 2: Self-reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*, 15, 61-67.
- Barrett, T. R. y Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, 1: People who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- (1994). Verbal hallucinations in normals, 3: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- Baschwitz, K. (1968). *Brujas y procesos de brujería*. Barcelona: Caralt.
- Bastide, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México, D.F.: Siglo XXI.
- Bates, B. C. y Stanley, A. (1985). The epidemiology and differential diagnosis of near-death experience. *American Journal of Orthopsychiarry*, 55, 542-549.
- Batson, C. P. y Ventis, L. W. (1982). *The religious experience*. Oxford University Press. Beit-Hallahmi.
- Bebbington, P. E. y Kuipers, E. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 24, 707-718.
- Bebbington, P. E.; Bowen, J.; Hirsch, S. R. y Kuipers, E. A. (1995). Schizophrenia and psychosocial stresses. En S. R. Hirsch y D. R. Weinberger (Eds.), *Schizophrenia* (587-604). Oxford, England: Blackwell.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York, NY: Free Press.
- Belenky, G. L. (1979). Unusual visual experiences reported by subjects in the British Army study of sustained operations. *Military Medicine*, 144, 695-696.

- Bell, V.; Halligan y Ellis H. D. (2006). The Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): A new validated measure of anomalous perceptual experience. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 366-377.
- Bellak, L. (1962). *Esquizofrenia: Revisión del síntoma*. Barcelona: Herder.
- Bellack, A. S.; Gold, J. M. y Buchanan, R. W. (1999). Cognitive rehabilitation for schizophrenia: problems, prospects, and strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 257-274.
- Bender, L. (1970). The maturation process and hallucinations in children. En W. Keup (Ed.), *The origins and mechanisms of hallucinations*. New York: Plenum Press.
- Bender, L. y Lipkowitz, H. (1940). Hallucinations in children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 471-490.
- Bennett, E. (1939). *Apparitions and Haunted Houses*. London: Faber y Faber.
- Bennett, G. (1987). *Traditions of belief: Women and the supernatural*. London: Penguin Books.
- Bentall, R. P. (1990a). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.
- (1990b). The syndromes and symptoms of psychosis: Or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. En R.P. Bentall (Ed), *Reconstructing Schizophrenia* (pp 23-60). London, UK: Routledge.
- (2000). Hallucinatory experiences. En E. Cardeña, S. J. Lynn y S. Krippner (Eds.), *Varieties of Anomalous Experience* (pp. 85-120). Washington, DC: American Psychological Association.

- (2003). *Madness explained: Psychosis and human nature*. New York, NY: Penguin Books.
- Bentall, R. P. y Slade, P. D. (1985a). Reality testing and auditory hallucinations: A signal-detection analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 159-169.
- (1985b). Reliability of a measure of disposition towards hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 6, 527-529.
- Bentall, R. P.; Jackson, H. F. y Pilgrim, D. (1988) Abandoning the concept of schizophrenia: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bentall, R. P.; Claridge, G. S. y Slade, P. D. (1989). The multidimensional nature of schizotypal traits: A factor analytic study with normal subjects. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 363-375.
- Bentall, R. P.; Baker, G. A. y Haver, S. (1991). Reality monitoring and psychotic hallucination. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 213-222.
- Berenbaum, H. y Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 148-158.
- Berenbaum, H.; Kerns, J. y Raghavan, C. (2000). Anomalous experiences, peculiarity, and psychopathology. En E. Cardena, S. J. Lynn, y S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 25-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berenguel, R. (1997). *Fatima e a ciência: Investigação multidisciplinar das experiencias religiosas*. Lisboa: Esquilo.

- Bergson, H. (1901/1958). *The world of dreams*. New York, NY: Philosophical Library.
- Bernstein, E. M. y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Besson, J. A.; Corrigan, F. M.; Cherryman, G. R. and Smith, F. W. (1987). Nuclear magnetic resonance brain imaging in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 161-163.
- Beyerstein, B. L. (1996) Visions and hallucinations. En G. Stein (Ed.), *Encyclopedia of the paranormal*. (pp. 789-797). Amherst, NY: Prometheus Books.
- Bhugra, D. (1996). *Psychiatry and religion*. London, UK: Routledge.
- Bick, P. A. y Kinsbourne, M. (1987). Auditory hallucinations and subvocal speech in schizophrenic patients. *American Journal of Psychiatry*, 144, 222-225.
- Bilder, R. M.; Mukherjee, S.; Rieder, R. O. y Pandurangi, A. K. (1985). Symptomatic and neuropsychological components of defect states. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 409-419.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. London: William Heinemann.
- Birchwood, M. y Chadwick, P. (1997). The omnipotence of voices: testing the validity of a cognitive model. *Psychological Medicine*, 27, 1345-1353.
- 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.
- Bleuler, E. (1913). Zur Theorie der Sekundär-empfindungen. *Zeitschrift für Psychologie*, 6, 1-39.

- (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York, NY: International Universities Press.
- Boisen, A. T. (1947). Onset in acute psychoses. *Psychiatry*, 10, 159-67.
- (1952). Mystical identification in mental disorder. *Psychiatry*, 15, 287-97.
- Bourguignon, E. (1970). Hallucinations and trance: An anthropologist's perspective. En W. Keup (Ed.), *Origins and mechanisms of hallucinations* (83-90). New York: Plenum.
- (1976). *Possession*. San Francisco: Chandler y Sharp Publishers.
- Botella, C. y Botella, S. (2003). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bower, G. H. y Sivers, H. (1998). Cognitive impact of traumatic events. *Development and Psychopathology*, 10, 625-653.
- Bowers, M. B. y Freedman, D. X. (1966). Psychedelic experiences in acute psychoses. *Archives of General Psychiatry*, 15, 240-248.
- Bowers, K. S. y Meichenbaum, D. (Eds). (1984). *The unconscious reconsidered*. New York: Wiley.
- Bray, J. J.; Cragg, P. A.; Macknight, A. D. C.; Mills, R. G. y Taylor, D. W. (Eds.) (1992). *Lecture notes on human physiology, second edition*. Oxford, England: Blackwell.
- Brennan, B. A. (1988). *Hands of Light: A Guide to Healing Through the Human Energy Field*. New York, NY: Bantam Books.
- Bressan, P. (2002). The connection between random sequences, everyday coincidences, and belief in the

- paranormal. *Journal of Applied Cognitive Psychology*, 16, 17-34.
- Brett, E. A. y Starker, S. (1977). Auditory imagery and hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 394-400.
- Brière de Boismont, A. (1853/1862). *Hallucinations: The rational history of apparitions, visions, dreams, ecstasy, magnetism, y somnambulism*. Philadelphia: American Lindsay and Blakiston. [Publicado originalmente como: *Des hallucinations, ou histoire raisonnè des apparitions, des visions, des songes, de Vextase, des rêves, du magnetisme et du somnambulisme*. Paris: G. Baillièrè.]
- (1856). Report on two meetings of Société Médico-Psychologique, 29/10/1855 and 26/11/1855. *Annales Médico-Psychologiques, Third Series*, 2, 126-140.
 - (1861a). Des hallucinations historiques on étude medico-psychologique sur les voix et les révélations de Jeanne d'Arc (Part 1). *Annales Médico-Psychologiques, Third Series*, 7, 353-376.
 - (1861b). Des hallucinations historiques on étude médico-psychologique sur les voix et les révélations de Jeanne d'Arc (Part 2). *Annales Médico-Psychologiques, Third Series*, 7, 509-539.
- Broadbent, E. E. (1958). *Perception and communication*. London: Pergamon.
- Bromberg, W. (1940). *La mente del hombre*. Buenos Aires: Joaquín Gil Editor.
- Brown, D y Sheldrake, R. (2001). The anticipation of telephone calls: A survey in California. *Journal of Parapsychology*, 65, 145-56.

- Brugger, P. (2001). From haunted brain to haunted science: A cognitive neuroscience view of paranormal and pseudoscientific thought. En J. Houran and R. Lange (2001), *Hauntings and Poltergeists: Multidisciplinary Perspectives*. Jefferson, NC: McFarland.
- Brugger, P. y Graves, R. E. (1997). Testing vs. believing hypotheses: Magical ideation in the judgment of contingencies. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 251-272.
- Brugger, P. y Taylor, K. I. (2003). ESP: Extrasensory perception or effect of subjective probability? *Journal of Consciousness Studies*, 10, 221-246.
- Bryant, R. A. y Harvey, A. G. (2000). *Acute stress disorder*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Buckley, P. (1982). Mystical experience and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 516-21.
- Buckley, P. y Galanter, M. (1979). Mystical experience, spiritual knowledge and a contemporary ecstatic religion. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 281-289.
- Bunney, W. E.; Hetrick, W. P. y Bunney, B. G. (1999). Structured Interview for Assessing Perceptual Anomalies (SIAPA). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 577-592.
- Burg, B. (1975). The puzzle of the psychic patient. *Human Behavior*, 2, 25-29.
- Butler, W. E. (1978). *How to Read the Aura*. New York, NY: Destiny Books.
- Cacioppo, J. T. y Petty, R. E. (1981). Electromyograms as measures of extent and affectivity of information processing. *American Psychologist*, 36, 441-456.

- Caird, D. (1987). Religiosity and personality; are mystics introverted, neurotic, or psychotic? *British Journal of Social Psychology*, 26, 345-6.
- Cameron, T. y Roll, W. G. (1983). An investigation of apparitional experiences. *Theta*, 11, 74-78.
- Calvera, L. (2005). *Diosas, brujas y damas de la noche*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano.
- Cardena, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (15-31). New York: Guilford.
- (2005). The phenomenology of hypnosis: Physically active and quiescent. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53, 1-23.
- Cardena, E. y Spiegel, D. (1991) Suggestibility, absorption and dissociation: An integrative model of hypnosis. En J. F. Schumaker (Ed.), *Human Suggestibility: Advances in Theory, Research and Application* (pp. 93-107). New York, NY: Routledge.
- Cardena, E.; Krippner, S. y Lynn, S.J. (Eds.) (2000). *Varieties of Anomalous Experience: Examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Carlsson, A. (1995). The dopamine theory revisited. En S. R. Hirsch y D. R. Weinberger (Eds.), *Schizophrenia* (pp. 87-105). Cambridge: Blackwell Science.
- Carlson, E. B. (1997). *Trauma assessments*. New York: Guilford.
- Carlson, E. B. y Armstrong, J. (1994). The diagnosis and assessment of dissociative disorders. En S. J. Lynn y J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 159-174). New York: Guilford.
- Caro Baroja, J. (1973). *Las brujas y su mundo*. Madrid: Alianza.

- Carpio, A. P. (1974/1987). *Principios de Filosofía. Una introducción a su problemática*. Buenos Aires: Glauco.
- Castaneda, C. (1972/1995). *Viaje a Ixtlán*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. En W S. Tseng y J. Streltzer (Eds.), *Culture psychopathology* (101-123). New York: Brunner/Mazel.
- Chadwick, P. y Birchwood, M. (1994). The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- (1995). The omnipotence of voices II: The beliefs about voices questionnaire (BAVQ). *British Journal of Psychiatry*, 166, 773-776.
- Chadwick, P.; Birchwood, M. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P.; Lees, S. y Birchwood, M. (2000). The revised *Beliefs About Voices Questionnaire* (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229-232.
- Chapman, L. J.; Chapman, J. R. y Raulin, M. L. (1976). Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 374-382.
- (1978). Body-image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 399-407.
- Chapman, L. J.; Edell, E. W. y Chapman, J. P. (1980). Physical anhedonia, perceptual aberration and psychosis proneness. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 639-653.
- Chapman, L. J. y Chapman, J. P. (1980). Scales for rating psychotic and psychotic-like experiences as continua. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 477-489.
- Chapman, L. J.; Chapman, J. P.; Kwapil, T. R.; Eckblad, M. y Zinser, M. C. (1994). Putatively

- psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 171-183.
- Chelser, P. (1972). *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.
- Cheyne, S. A. (2001). The ominous numinous: Sensed presence and other hallucinations. *Journal of Consciousness Studies*, 8, 133-150.
- Cheyne, J. A.; Newby-Clark, I. R. y Rueffer, S. D. (1999). Sleep paralysis and associated hypnagogics and hypnopompic experiences. *Journal of Sleep Research*, 8, 313-317.
- Cheyne, J. A.; Rueffer, S. D. y Newby-Clark, I. R. (1999), Hypnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: Neurological and cultural construction of the nightmare. *Consciousness and Cognition*, 8, 319-327.
- (1999b). Relations among hypnagogic and hypnopompic experiences associated with sleep paralysis. *Journal of Sleep Research*, 8, 313-317.
- Cheyne, J. A. y Tarulli, D. (1999). Dialogue, difference, and voice in the Zone of Proximal *Development, Theory and Psychology*, 9, 5-28.
- Claridge, G. (1994). Single indicator of risk for schizophrenia: Probable fact or likely myth? *Schizophrenia Bulletin*, 20, 151-168.
- (1995). *The origins of mental illness*. Cambridge, MA: Malor Books.
- (1997a). *Schizotypy: Implications for illness and health*. Oxford: Oxford University Press.
- (1997b). Theoretical background and issues. En G. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 3-19). Oxford: Oxford University Press.

- Claridge, G. y Beech, T. (1995). Fully and quasi-dimensional constructions of schizotypy. En A. Raine, T. Lencz, y S. A. Mednick (Eds.), *Schizotypal Personality* (192-216). Cambridge: Cambridge University Press.
- Claridge, G. y Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function: Theoretical considerations and the measurement of esquizotipia. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Claridge, G.; Clark, K. y Davis, C. (1997). Night, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 377-386.
- Claridge, G.; McCreery, C.; Mason, O.; Bentall, R.; Boyle, G.; Slade, P. y Popplewell, D. (1996). The factor structure of "schizotypal" traits: A large replication study. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 103-115.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive model of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, L. A.; Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Clarke, D. (1995). Experience and other reasons given for belief and disbelief in paranormal and religious phenomena. *Journal of the Society for Psychical Research*, 60, 371-384.
- Clavière, J. (1898). L'audition color. *L'Année Psychologique*, 5, 161-178.
- Close, H. y Garety, P. A. (1998). Cognitive assessment of voices: further developments in understanding the emotional impact of voices. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 173-188.

- Cohen, L. H. (1938). Imagery and its relations to schizophrenic symptoms. *Journal of Mental Science*, 84, 284-346.
- Cohen, D. S. (1974). Toward a theory of dream. *Psychological Bulletin*, 81, 138-154.
- Coleman, M. J.; Carpenter, J. T.; Waterneaux, C.; Levy, D. L.; Shenton, M. E.; Perry, J.; Medoff, D.; Wong, H.; Manoach, D.; Meyer, P.; O'Brien, C.; Valentino, C.; Robinson, D.; Smith, M.; Makowski, D. y Hozman, P. S. (1993). The Thought Disorder Index: A reliability study. *Psychological Assessment*, 5, 336-342.
- Combs, M. (1997). *Hearing voices: Individual psychological factors*. Tesis de doctorado: Oxford University, England.
- Conesa, J. (1995). Relationship between isolated sleep paralysis and geomagnetic influences: A case study. *Perceptual and Motor Skills*, 80, 1263-1273.
- Cooklin, R.; Sturgeon, D. y Leff, J. P. (1983). The relationship between auditory hallucinations and spontaneous fluctuations of skin conductance in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 47-52.
- Copolov, D. L.; Trauer, T. y Mackinnon, A. (2004). On the non-significance of internal versus external auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 69, 1-6.
- Coriat, I. H. (1913). A case of synesthesia. *Journal of Abnormal Psychology*, 8, 38-43.
- Corrigan, F. M. (1997). Parapsychotic grief, theory of mind and the concept of soul. *Medical Hypotheses*, 49, 301-302.
- Cortese, E. (2003). *Manual de psicopatología y psiquiatría*. Buenos Aires: Nobuco.

- Costello, C. G. (1994). Two dimensional views of psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 391-402.
- Council, J. R. y Huff, K. (1990). Hypnosis, fantasy activity, and reports of paranormal experiences in high, medium and low fantasizers. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 7, 9-13.
- Council, J. R.; Chambers, D.; Jundt, T. A. y Good, M. D. (1990-1991). Are the mental images of fantasy-prone persons really more "real"? *Imagination, Cognition, and Personality*, 10, 319-327.
- Council, J. R.; Kirsch, I. y Grant, D. (1996). Imagination, expectancy, and hypnotic responding. En R. G. Kunzendorf, N. P. Spanos, y B. Wallace, (Eds.), *Hypnosis and imagination. Imagery and human development series* (pp. 41-65). Amityville, Nueva York: Baywood Publishing.
- Cox, D. y Cowling, P. (1989). *Are you normal?* London: Tower Press.
- Crow, T. J. (1998). From Kraepelin to Kretschmer leave-
ned by Schneider. *Archives Generales of Psychiatry* 55, 502-504.
- Crossley, D. (1995). Religious experience within mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 166, 284-286.
- Curson, D.; Patel, I.; Liddle, P. F. y Barnes, T. R. (1988). Psychiatric morbidity of a long-stay hospital population with chronic schizophrenia, and implications for future community care. *British Medical Journal*, 297, 818-822.
- Cutting, J. (1994). *The neuropsychology of schizophrenia*. London, UK: LEA.
- Cytowic, R. E. (1989). *Synesthesia: A union of the senses*. New York, NY: Springer.

- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Harcourt, Brace and Co.
- David, A. S. (2004). The cognitive neuropsychiatry of auditory verbal hallucinations: An overview. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9, 107-123.
- Davidson, H. R. E. and Russell, W. M. S. (Eds.) (1981). *The folklore of ghosts*. Cambridge, England: Brewer.
- Davies, M. F.; Griffin, M. y Vice, S. (2001). Affective reactions to auditory hallucinations in psychotic, evangelical and control groups. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 361-370.
- Davis, J. M. y Caspar, R. (1977). Antipsychotic drugs: clinical pharmacology and therapeutic use. *Drugs*, 14, 260-282.
- Davis, J. M.; Schaffer, C. B. y Killian, G. A. (1980). Important issues in the drug treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 70-87.
- Day, S. y Peters, E. (1999). The incidence of esquizotipia in new religious movements. *Personality and Individual Differences*, 27, 55-67.
- Deiker, T. y Chambers, H. E. (1978). Structure and content of hallucinations in alcohol withdrawal and functional psychosis. *Journal of the Study of Alcoholism*, 39, 1831-1840.
- Deikman, A. J. (1977). Comments on the G. A. P. Report on Mysticism. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 213-17.
- Delespaul, P.; de Vries, M. y van Os, J. (2002). Determinants of occurrence and recovery from hallucinations in daily life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 97-104.

- Dement, W. (1970). Hallucinations and dreaming. En D. Hamburg (Ed.), *Perception and its disorders*. Baltimore, MA: Williams y Wilkins.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual*. Towson: Clinical Psychometric Research.
- Despert, J. L. (1948). Delusional and hallucinatory experiences in children. *American Journal of Psychiatry*, 104, 528-535.
- Destun, L. M. y Kuiper, N. A. (1999). Phenomenal characteristics associated with real and imagined events: the effects of event valence and absorption. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 175-186.
- Devereux, G. (1953). *Psychoanalysis and the occult*. New York: International University Press.
- (1961). *Mohave ethnopsychiatry and suicide: The psychiatric knowledge and psychic disturbances of an indian tribe*. Washington, D.C.: Bureau of American Ethnology.
- (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral.
- Dickstein, L. (1972). Death concern: Measurements and correlates. *Psychological Reports*, 30, 563-571.
- Ditman, T. y Kuperberg, G. R. (2005). A source-monitoring account of auditory verbal hallucinations in patients with schizophrenia. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 280-299.
- Done, D. J.; Frith, C. D. y Owens, D. C. (1986). Reducing persistent auditory hallucinations by wearing an ear plug. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 151-152.

- Douglas, N. J. (1994). Breathing during sleep in normal subjects. En R. Cooper (Ed.), *Sleep* (pp. 76-95). London, UK: Chapman.
- Dyer, F. N. (1973). The Stroop phenomenon and its use in the study of perceptual, cognitive, and response processes. *Memory y Cognition*, 1, 106-120.
- Eaton, W. W.; Romanoski, A.; Anthony, J. C. y Nestadt, G. (1991). Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 689-693.
- Eckblad, M. y Chapman, L. J. (1983). Magical ideation as an indicator of schyzotypy. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1, 215-225.
- (1986). Development and validation of a scale for hypomanic personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 217-233.
- Eisenberg, L. (1962). Hallucinations in children. En L. J. West (Ed.), *Hallucinations* (pp. 198-208). New York, NY: Grune y Stratton.
- Ellenberger, H. F. (1970). *The discovery of the unconscious. The history and evolution of dynamic psychiatry*. New York, NY: Basic Books.
- Erickson, C. D. y Gustafsson, C. J. (1968). Controlling auditory hallucinations. *Hospital and Community Psychiatry*, 19, 327-329.
- Esquirol, J. E. (1837). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médicaux, hygiéniques et médico-légaux*. Paris: Baillière.
- Evans, J. B. (1980). Thinking: Experimental and information processing approaches. En G. Claxton (Ed.), *Cognitive psychology: New directions* (pp. 275-299). London, UK: Routledge and Kegan Paul.

- Evans, D. (1996). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Ey, H. (1979). *En defensa de la psiquiatría*. Buenos Aires: Huemul.
- Eysenck, H. J. (1952). Schizothymia-cyclothymia as a dimension of la personalidad. *Experimental Journal of Personality*, 20, 345-384.
- (1986) A critique of contemporary classification and diagnosis. In T. Millon, y G. L. Klerman (Eds.) *Contemporary Directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV* (pp. 73-98). New York: Guilford Press.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S. B. G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder y Stoughton.
- (1976). *Psychoticism as a dimension of the personality*. London, UK: Hodder and Stoughton.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Faggin, G. (1962). *Las Brujas*. Buenos Aires: Sur.
- Falloon, I. R. y Talbot, R. E. (1981). Persistent auditory hallucinations: Coping mechanism and implications for management. *Psychological Medicine*, 11, 329-339.
- Famularo, R.; Kinscherff, R. y Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnosis of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 863-867.
- Feinberg, I. (1962). A comparison of the visual hallucinations in schizophrenia with those induced by mescaline and LSD-25. En L.J. West (Ed.), *Hallucinations*. New York, NY: Grune and Stratton.

- Fennig, S.; Susser, E. S.; Pilowsky, D.; Fennig, S. y Bromet, E. (1997). Childhood hallucinations preceding the first psychotic episode. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 115-116.
- Fericglia, J. M. (1994). *El hongo y la genesis de las culturas. Duendes y hongos. "Amarita Muscaria"*. Barcelona: Liebre de Marzo.
- (1997). *Al trasluz de la ayahuasca. Antropología cognitiva, oniromancia y consciencias alternativas*. Barcelona: Liebre de Marzo.
- Fichten, C. S. y Sunerton, B. (1983). Popular horoscopes and the "Barnum effect". *Journal of Psychology*, 114, pp.123-134.
- Finucane, R. C. (1984). *Appearances of the dead: A cultural history of ghosts*. Amherst, NY: Prometheus.
- Firestone, M. (1985). The "old hag" sleep paralysis in Newfoundland. *Journal of Psychoanalytic Anthropology*, 8, 47-66.
- Fischer, R. (1970). Prediction and measurement of perceptual-behavioral change in drugs-induced hallucinations. En W. Keup (Ed.), *Origins and mechanisms of hallucinations* (pp. 303-333). New York, NY: Plenum.
- (1971). Cartography of the ecstatic and meditative states. *Science*, 174, 897-904.
- Fischman, L. G. (1983). Dreams, hallucinogenic drug states, and schizophrenia: A psychological and biological comparison. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 73-94.
- Flammarion, C. (1900). *L'inconnu: The unknown*. New York: Harper y Brothers.
- Flavel, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring. *American Psychologist*, 34, 906-911.

- Fontana, A. E. (1965). *Psicoterapia con alucinógenos*. Buenos Aires: Losada.
- Forgus, R. H. y De Wolfe, A. S. (1969). Perceptual selectivity in hallucinatory schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 288-292.
- Forrer, G. R. (1960). Benign auditory and visual hallucinations. *Archives of General Psychiatry*, 3, 119-122.
- Foucault, M. (1965). *Historia de la locura en la época clásica*, 2 Vols. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foulkes, D. y Vogel, G. (1965). Mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 231-246.
- Fourasté, R. (1992). *Introducción a la etnopsiquiatría*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Fowler, D.; Garety, P. A. y Kuipers, L. (1995). *Cognitive behavioural therapy for psychosis: Theory and practice*. Chichester: Wiley.
- Frenkel, E.; Kugelmass, M. N. e Ingraham, L. J. (1995) Locus of control and mental health in adolescence and adulthood. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 219-226.
- Freud, S. (1895/1993). Proyecto de una psicología para neurólogos. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. 1*. Buenos Aires: Amorrortu.
- (1900/1979). *La interpretación de los sueños*. Madrid: Alianza.
- (1917/1976). Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños. En S. Freud, *Obras Completas. Vol. 14* (pp. 221-233). Buenos Aires: Amorrortu.
- Frischholz, E. J.; Braun, B. G.; Sachs, R. G.; Schwartz, D. R.; Lewis, J.; Shaeffer, D.; Westergaard, C. y Pasquotto, J. (1992). Construct validity of the dissociative experiences scale: II. Its relationship to hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 145-152.

- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fukuda, K.; Ogilvie, R. D.; Chilcon, L.; Vendittelli, A. M. y Takeuchi, T. (1998). The prevalence of sleep paralysis among Canadian and Japanese college students. *Dreaming*, 8, 59-66.
- Gabbard, G. O. y Twemlow, S. W. (1984). *With the eyes of the mind*. New York, NY: Praeger.
- Gackenbach, J. I. (1979). *A personality and cognitive study analysis of lucid dreaming*. Tesis de Doctorado: Virginia Commonwealth University. (Dissertation Abstracts International, 39-B, 3487).
- Gallagher, C.; Kumar, V. K.; y Pekala, R. J. (1994). The Anomalous Experiences Inventory: Reliability and validity. *Journal of Parapsychology*, 58, 402-428.
- Gallagher, A. C.; Dinin, T. O. y Baker, L. V. J. (1995). The effects of varying information content and speaking aloud on auditory hallucinations. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 143-155.
- Gallup, G. G. y Maser, J. D. (1977). Catatonia: Tonic immobility, evolutionary underpinnings of human catalepsy and catatonia. En J. D. Maser y M. E. P. Seligman (Eds.), *Psychopathology Experimental* (pp. 334-357). San Francisco, CA: W.H. Freeman.
- Gallup, G. y Proctor, W. (1982). *Adventures in immortality: A look beyond the threshold of death*. New York: McGraw-Hill.
- Galton, F. (1882). The visions of sane persons. *Proceedings of the Royal Institute of Great Britain*, 1882, 9, 644-655.
- Garety, P. A.; Hemsley, D. R. y Wessely, S. (1991). Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference

- task. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 179, 194-201.
- (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Garety, P. A.; Kuipers, E.; Fowler, D.; Freeman, D. y Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Garrett, M. y Silva, R. (2003). Auditory hallucinations, source monitoring, and the belief that “voices” are real. *Schizophrenia Bulletin*, 29, 445-457.
- Garrity, L. (1977). Electromyography: A review of the current status of subvocal speech research. *Memory and Cognition*, 5, 615-622.
- Garry, M.; Manning, C. G.; Loftus, E. F. y Sherman, S. J. (1996). Imagination inflation: imagining a childhood event inflates confidence that it occurred. *Psychonomic Bulletin y Review*, 3, 208-214.
- Gauld, A. (1984). Review of *Appearances of the dead: A cultural history of ghosts* by R.C. Finucane. *Journal of the Society for Psychical Research*, 52, 330-333.
- Gauntlett-Gilbert, J. y Kuipers, E. (2003). Phenomenology of visual hallucinations in psychiatric conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 203-205.
- Gaw, A. C.; Ding, Q., y 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.
- Gelder, M.; Mayou, R. y Geddes, J. (2000). *Psiquiatría*. Madrid: Marban.
- Giambra, L.M. (2000). Daydreaming characteristics across the life-span: Age differences and seven to twenty

- year longitudinal changes. En R. G. Kunzendorf y B. Wallace (Eds.), *Individual differences in conscious experience* (pp. 147-206). Amsterdam: John Benjamins.
- Gilovich, T.; Vallone, R. y Tversky, A. (1985). The hot hand in basketball: On the misperception of random sequences. *Cognitive Psychology*, 17, 295-314.
- Glicksohn, J. (1989). The structure of subjective experience: Interdependencies along the sleep-wakefulness continuum. *Journal of Mental Imagery*, 13, 99-106.
- (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, 11, 675-683.
- Glicksohn, J.; Salinger, O. y 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 y M. Ellin (Eds.), *Dissociative identity disorder* (pp. 285-327). Northvale, NJ: Aronson.
- Goffman, E. (1961/2004). *La representación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrotu.
- González Alvarez, A. (1957). *Manual de Historia de la Filosofía: Biblioteca Hispánica de Filosofía*, Vols. 1-2. Madrid: Gredos.
- Grossenbacher, P. (1997). Perception and sensory information in synaesthetic experience. En S. Baron-Cohen y J. E. Harrison (Eds.), *Synaesthesia: Classic and contemporary readings* (pp. 148-172). Oxford, England: Blackwell.
- Goodman, E. (1988). *How about demons?* Indiana, AR: Indiana University Press.

- Goodwin, D.; Alderson, P. y Rosenthal, R. (1971). Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 24, 76-80.
- Gould, L. N. (1948). Verbal hallucinations and activity of vocal musculature. *American Journal of Psychiatry*, 105, 367-372.
- (1950). Verbal hallucinations as automatic speech. *American Journal of Psychiatry*, 107, 110-119.
- Greeley, A. M. (1985). Hallucinations among the widowed. *Sociology and American Social Research*, 13, 3-8.
- (1987). Mysticism goes mainstream. *American Health*, 6, 47-49.
- Green, P. y Preston, M. (1981). Reinforcement of vocal correlates of auditory hallucinations by auditory feedback: A case study. *British Journal of Psychiatry*, 139, 204-208.
- Green, P.; Hallett, S. y Hunter, M. (1983). Abnormal interhemispheric specialisation in schizophrenics and high-risk children. En P. Flor-Henry y J. Gruzelier (Eds.), *Laterality and psychopathology* (pp. 448-470). Amsterdam: Elsevier.
- Green, M. F. y Kinsbourne, M. (1990). Subvocal activity and auditory hallucinations: Clues for behavioral treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 617-625.
- Greenberg, D. y Witztum, E. (1991). Problems in the Treatment of Religious Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 554-565.
- Greenberg, D.; Witztum, E. y Buchbinder, J. T. (1992). Mysticism and Psychosis: The Fate of Ben Zoma. *British Journal and Medical Psychology*, 65, 223-235.
- Gregory, R. L. (1970). *The intelligent eye*. New York: McGraw-Hill.

- Grimby, A. (1993). Bereavement among elderly people: Grief reactions, post-bereavement hallucinations and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 87, 72-80.
- (1998). Hallucinations following death of a spouse. *Journal of Clinical Geropsychology*, 4 (1), 65-74.
- Grof, S. y Grof, C. (1990). *A Tempestuosa Busca do Ser*. São Paulo, SP: Cultrix.
- (1998). *El poder curativo de la crisis*. Barcelona: Kairós.
- Gurney, E.; Myers, F. W. H. y Podmore, F. (1886). *Phantasms of the living*, 2 Vols. London: Trubner.
- Gurrera, R. J.; Nestor, P. G. y O'Donnell, B. F. (2000). Personality traits in schizophrenia: Comparison with a community sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 31-35.
- Hafner, H. (1988). What is schizophrenia? Changing perspectives in epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 238, 63-72.
- Hamilton, M. (Ed.). (1983). *Fish's psychopathology*. Bristol, UK: Wright.
- Hanssen, M.; Peeters, F.; Krabbendam, L.; Radstake, S.; Verdoux, H. y van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry y Psychiatric Epidemiology*, 38, 149-154.
- Harding, R. E. M. (1942). *An anatomy of inspiration*. Cambridge, UK: Heffer.
- Harris, A. (1959). Sensory deprivation and schizophrenia. *Journal of Mental Science*, 105, 235-237.
- Hartmann, E. (1975). Dreams and other hallucinations: an approach to the underlying mechanism. En R. K. Siegel y L. J. West (Eds.), *Hallucinations: Behavior, experience, and theory*. New York, NY: Wiley.

- (1991). *Boundaries of the mind: A new psychology of personality*. New York, NY: Basic Books.
- Harvey, N. A. (1918). *Imaginary playmates and other mental phenomenon of children*. Ipsilanti, MA: Normal College.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1942/1981). *Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota: Manual*. Madrid: TEA.
- Hay, D. (1987). *Exploring inner space*. Harmondsworth: Penguin.
- Hay, D. y Morisy, A. (1978). Reports of ecstatic, paranormal, or religious experience in Great Britain and the United States –A comparison of trends. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 17, 255-268.
- Hawkings, J. y Blakeslee, S. (2005). *Sobre la inteligencia*. Madrid: Espasa.
- Healy, J. (1984). The happy princess: Psychological profile of a psychic. *Journal of the Society for Psychical Research*, 52, 289-296.
- Heber, A.; Fleisher, W.; Rooss, C. y Stanwick, R. (1989). Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 564-574.
- Hefferline, R. F.; Bruno, L. J. y Camp, J. A. (1974). Hallucinations: An experimental approach. En F.J. McGuigan, R.A. Schoonover (Eds), *Psychophysiology of Thinking*. New York: Academic Press.
- Heilbrun, A. B. (1996). Hallucinations. En C.G. Costello (Ed.), *Symptoms of schizophrenia* (pp. 59-61). New York, NY: Wiley.
- Hill, C. E.; Diemer, R. A. y Heaton, K. I. (1997). Dream interpretation sessions: Who volunteers, who benefits,

- and what volunteer clients view as most and least helpful. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 53-62.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness*. New York, NY: Wiley.
- Hiscock, M. (1978). Imagery assessment through self-report: What do imagery questionnaires measure? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 223-230.
- Hishikawa, Y. (1976). Sleep paralysis. En C. Guilleminault, W.C. Dement y P. Passouant (Eds.), *Narcolepsy: Advances in Sleep Research*, Vol. 3 (pp. 97-124). New York, NY: Spectrum.
- Hishikawa, Y. y Shimizu, T. (1995). Physiology of REM sleep, cataplexy, and sleep paralysis. *Advances in Neurology*, 67, 245-271.
- Hobson, J. A.; Goldfrank, F. y Snyder, F. (1965). Respiration and mental activity in sleep. *Journal of Psychiatric Research*, 3, 79-90.
- Hobson, J. A. y McCarley, R. W. (1977). The brain as a dream state generator: An activation-synthesis of dream processes. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1335-1348.
- Hobson, J. A.; Stickgold, R. y Pace-Schott, E.F. (1998). The neurophysiology of REM sleep dreaming. *Neuroreport*, 9, p. 11-14.
- Hoffman, R. E. (1986). Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 503-548.
- Hollingshead, A. B. y Redlich, F. C. (1958). *Social class and mental illness*. New York, NY: Wiley.
- Holmes, E. A.; Brown, R. J.; Mansell, W.; Fearon, R. P.; Hunter, E. C. M.; Frasquilho, F. y Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of

- dissociation? A review and some clinical implications. *Clinican Psychology Review*, 25, 1-23.
- Hood, R. W. (1973). Religious orientation and the experience of transcendence. *Journal of Scientific Studies of Religion*, 12, 441-448.
- (1975). The construction and preliminary validation of a measure of reported mystical experience. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 14, 29-41.
- Honig, A.; Romme, M. A. J.; Ensink, B. J.; Escher, S. D. M. A. C.; Pennings, M. H. A. y Devries, M. W (1998). Auditory hallucinations: A comparison between patients and non patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 646-651.
- Hori, T.; Hayashi, M. y Morikawa, T (1994). Topographical EEG changes and the hypnagogic experience. En R. D. Ogilvie y J. R. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 237-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horowitz, M. (1975). Hallucinations: An information processing approach. En R. K. Siegel y L. J. West (Eds), *Hallucinations: Behaviour, Experience and Theory* (pp. 163-193). New York: Wiley.
- Horselenberg, R.; Merckelbach, H.; Muris, P.; Sijsenaar, M. y Spaan, V. (2000). Imagining fictitious childhood events: the role of individual differences in imagination inflation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 128-137.
- Horton, P. C. (1981). *Solace: The missing dimension in psychiatry*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Houran, J. (2002). Analysis of haunt experiences at a historical Illinois landmark. *Australian Journal of Parapsychology*, 2, 97-124.

- Hufford, D. J. (1982). *The terror that comes in the night: An expererence-centered study of supernatural assault traditions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Hyman, I. E. y Billings, F. J. (1998). Individual differences and the creation of false memories. *Memory*, 6, 1-20.
- Inouye, T. y Shimizu, A. (1970). The electromyographic study of hallucinations. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 151, 415-422.
- Jablensky, A.; Sartorius, N.; Emborg, G.; Anker, M.; Korten, A.; Cooper, J. F.; Day, R. y Berrelsen, A. (1992). Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. *Psychological Medicine*, 20, 1-97.
- Jackson, M. C. (1997). Benign schizotypy? The case of spiritual experience. En G. S. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Relations to illness and health*. Oxford: Oxford University Press.
- Jackson, M. C. y Fulford, K. W. M. (1997). Spiritual experience and psychopathology. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 4, 41-65.
- Jakes, S., y Hemsley, D. R. (1986). Individual differences in reaction to brief exposure to unpatterned stimulation. *Personality and Individual Differences*, 7, 121-123.
- (1987). Personality and reports of hallucination and imagery in a normal population. *Perceptual and Motor Skills*, 64, 765-766.
- Jaynes, J. (1979). *The origins of consciousness in the breakdown of bicameral mind*. London, UK: Penguin.
- (1981). The ghost of a flea: The visions of William Blake. *Art World*, 6 (1), p.12.

- James, W. (1902/1988). *Las variedades de la experiencia religiosa*. Barcelona: Orbis.
- James, D. A. E. (1983). The experimental treatment of two cases of auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 143, 515-516.
- James, T. (1995). *Dream, Creativity and Madness in Nineteenth-century France*. Oxford: Clarendon Press.
- Jarvik, M. E. (1970). Drugs, hallucinations and memory. En W. Keup (Ed.). *Origin and mechanisms of hallucinations* (pp. 277-302). New York: Plenum press.
- Jaspers, K. (1912/1963). *General psychopathology* (Hoenig, J. y Hamilton, M. W., Trans.). Manchester: Manchester University Press.
- Johns, L. C. y van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Johns, L. C.; Nazroo, J. Y.; Bebbington, P. y Kuipers, E. (2002). Occurrence of hallucinatory experiences in a community sample and ethnic variations. *British Journal of Psychiatry*, 180, 174-178.
- Johns, L. C.; Hemsley y Kuipers, E. (2002). A comparison of auditory hallucinations in a psychiatric and a non-psychiatric group. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 81-86.
- Johnson, F. H. (1978). *The Anatomy of Hallucinations*. Chicago, IL: Nelson Hall.
- Johnson, M. K. (1988). Reality monitoring: An experimental phenomenological approach. *Journal of Experimental Psychology: General*, 117, 390-394.
- Johnson, M. y Raye, C. (1981). Reality monitoring. *Psychological Review*, 88, 67-85.

- Johnson, M. H. y Magaro, P. A. (1987). Effects of mood and severity on memory processes in depression and mania. *Psychological Bulletin*, 101, 28-40.
- Johnson, M. H.; Hashtroudi, S. y Lindsay, D. S. (1993). Source monitoring. *Psychological Bulletin*, 114, 3-28.
- Jones, P. y Cannon, M. (1998). The new epidemiology of schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America*, 21, 1- 25.
- Jones, W. H. y Russell, D. (1980). The selective processing of belief disconfirming information. *European Journal of Social Psychology*, 10, 309-312.
- Judkins, M. y Slade, E. D. (1981). A questionnaire study of hostility in persistent auditory hallucinators. *British Journal of Medical Psychology*, 54, 243-250.
- Juhasz, J. B. (1971). Greek theories of imagination. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 7, 39-58.
- Jung, C. G. (1963/1999). *Recuerdos, sueños y pensamientos*. Seix Barral: Madrid.
- (1968/1989). *Psicología y alquimia*. Barcelona: Plaza y Janés.
- (1970/2002). *Mysterium conjunctionis*. Madrid: Trotta.
- Junginger, J. (1986). Distinctiveness, unintendedness, location, and nonauto attribution of verbal hallucinations. *Behavioral Brain Science*, 9, 527-528.
- Kane, J.; Honigfeld, G. y Singer, J. (1988). Clozapine for the treatment resistant schizophrenic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 789-796.
- Karagulla, S. (1967). *Breakthrough to creativity: Your higher sense perception*. Los Angeles: DeVors.
- Kelly, E. E y Locke, R. G. (1981). *Altered states of consciousness and psi: An historical survey and research*

- prospectus*. Parapsychological Monographs Nr. 18. New York, NY: Parapsychology Foundation.
- Kendell, R. E. (1985). *Schizophrenia: Clinical features*. En R. Michels, y J. O. Cavenar (Eds.), *Psychiatry, Vol. 1*. London: Basic Books.
- Kendler, K. S. y Kidd, K. K. (1986). Recurrence risks in an oligogenic threshold model: The effect of alterations in allele frequency. *Annals of Human Genetics*, 50, 83-91.
- Kendler, K. S.; Ochs, A. L.; Gorman, A. M.; Hewitt, J. K.; Ross, D. E.; y Mirsky, A. F. (1991). The structure of schizotypy: A pilot multitrait twin study. *Psychiatry Research*, 36, 19-36.
- Kendler, K. S.; McGuire, M.; Gruenberg, A. M.; O'Hare, A.; Spellman, M. y Walsh, D. (1993). The Roscommon family study: III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 50, 781-788.
- Kendler, K. S.; Gallagher, T. J.; Abelson, J. M. y Kessler, R. C. (1996). Lifetime prevalence, demographic risk factors, and diagnostic validity of nonaffective psychosis as assessed in a US community sample. The National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1022-1031.
- Kendler, K. S. y Gardner, C. O. (1998). Boundaries of major depression: An evaluation of DSM-IV criteria. *American Journal of Psychiatry*, 155, 172-177.
- Kennedy, J. E.; Kanthamani, H. y Palmer, J. (1994). Psychic and spiritual experiences, health, well-being, and meaning in life. *Journal of Parapsychology*, 58, 353-383.
- Kennedy, J. E. y Kanthamami, H. (1995a). An exploratory study of the effects of paranormal and spiritual

- experience on peoples' lives and well-being. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 89, 249-264.
- Kihlstrom, J. F.; Glisky, M. L. y Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 117-124.
- Killen, P. y Wildman, R. W. (1974). Superstitiousness and intelligence. *Psychological Reports*, 34, 1158.
- Klüver, H. (1966). *Mechanisms of hallucinations*. Chicago, Ill: University of Chicago Press.
- Knudson, B. y Coyle, A. (1999). Coping strategies for auditory hallucinations: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 12, 25-38.
- Kotsopoulos, S.; Kanigsberg, J.; Cote, A. y Fiedorowicz, C. (1987). Hallucinatory experiences in non-psychotic children. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 26, 375-38.
- Kosslyn, S. M. (1983). *Ghosts in the mind's machine: Creating and using images in the brain*. New York, NY: Norton.
- Krabbendam, L.; Janssen, I.; Bak, M.; Bijl, R. V.; de Graaf, R. y van Os, J. (2002). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 1-6.
- Krabbendam, L.; Myin-Germeyns, I. y Hanssen, M. (2005). Development of depressed mood predicts onset of psychotic disorder in individuals who report hallucinatory experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 113-125.
- Krippner, S. (1997). Dissociation in many times and places. En S. Krippner y S. M. Powers (Eds.), *Broken images, broken selves* (pp. 3-40). Washington, DC: Brunner/Mazel.

- Kroll, J. y Bachrach, B. (1982). Visions and psychopathology in the Middle Ages. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 41-49.
- Kroll, J.; Fiszdon, J. y Crosby, R. (1996). Childhood abuse and three measures of altered states of consciousness (dissociation, absorption and mysticism) in a female outpatient sample. *Journal of Personality Disorders*, 10, 345-354.
- Kruglanski, A. W.; Webster, D. M. y Klem, A. (1993). Motivated resistance and openness to persuasion in the presence or absence of prior information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 861-876.
- Kwapil, T.R.; Miller, M. B.; Zinser, M. C.; Chapman, J. y Chapman, L. J. (1997). Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness: A partial replication. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 491-495.
- Lacan, J. (1984). De una cuestión preliminar para todo tratamiento posible de la psicosis. En J. Lacan (Ed.). *Escritos II*. México, DF: Siglo XXI.
- Laing, R. D. (1967/1977). *La política de la experiencia: El ave del paraíso*. Barcelona: Grijalbo.
- Langer, E. J. (1975). The illusion of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 311-328.
- Lanteri-Lauri, G. (1994). *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Larøi, F. (2006). The phenomenological diversity of hallucinations: Some theoretical and clinical implications. *Psychologica Belgica*, 46, 163-83.
- Larøi, F.; Marcezewski, P. y 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.; DeFruiy, J.P.; van Os, Aleman y van der Linden, M. (2005). Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: Comparison between young and elderly samples. *Personality and Individual Differences*, 39, 189-200.
- Larøi, F. y van der Linden, M. (2005). Non-clinical participants reports of hallucinatory experiences. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 37, 33-43.
- Larøi, Frank; Woodward y Todd (2007). Hallucinations from a cognitive perspective. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, 109-117.
- Launay, G. y Slade, P. D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.
- Lavater, L. (1572/1929). *Of ghostes and spirities walking by night*. (Traducido al inglés por R. Harrison). Oxford: Oxford University Press.
- Lavie, P. (1996). *The enchanted world of sleep*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Laying, T. V. y Andronis, T. (1984). Toward a functional analysis of delusional speech and hallucinatory behavior. *The Behavior Analyst*, 7, 139-156.
- Leaning, F. E. (1925). An introductory study of hypnagogic phenomena. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 35, 287-411.
- LeDoux, J. (1994). Emotion, memory and the brain. *Scientific American*, 270, 32-39.
- (1996). *The emotional brain*. New York, NY: Simon and Schuster.

- Lee-Teng, E. (1965). Trance-susceptibility, induction-susceptibility, and acquiescence as factors in hypnotic performance. *Journal of Abnormal Psychology*, 70, 383-389.
- Leff, J. P. y Wing, J. K. (1971). Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *British Medical Journal*, 3, 559-604.
- Lenz, H. (1964). *Verleichende psychiatrie: Fin studie uber die beziehung von kulture sociologie und psychopathologie*. Viena: Wilhelm Mandrich.
- Lenz, H. (1983). Belief and Delusion: Their common origin but different course of development. *Zygon*, 18, 117-237.
- Lenzenweger, M. F. (1991). Confirming schizotypic personality configurations in hypothetically psychosisprone university students. *Psychiatry Research*, 37, 81-96.
- Lenzenweger, M. F.; Bennett, M. E. y Lilenfeld, L. R. (1997). The Referential Thinking Scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Lhermitte, J. (1958). *En poder del demonio: Verdaderos y falsos posesos*. Barcelona: AHR Ediciones.
- Lester, D.; Thinschmidt, J. S. y Trautman, L. A. (1987). Paranormal belief and Jungian dimensions of personality. *Psychological Reports*, 61, p. 182.
- Leuba, J. H. (1925). *The psychology of religious mysticism*. New York: Harcourt, Brace.
- Leudar, I. y Phillips, T. (2000). *Voices of reason, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. London, UK: Routledge.
- Leudar, I.; Thomas, P.; McNally, D. y Gliniski, A. (1997). What voices can do with words: Pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*, 27, 885-898.

- Levin, R. y Raulin, M. L. (1991). Preliminary evidence for the proposed relationship between frequent nightmares and schizotypal symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 5, 8-14.
- Levin, R. (1998). Nightmares and schizotypy. *Psychiatry: Interpersonal y Biological Processes*, 61, 206-216.
- Levine, E.; Jonas, H. y Serper, M. (2004). Attributional style and interpersonal skills in hallucination prone individuals. *Schizophrenia Research*, 69, 23-28.
- Levitan, C.; Ward, P. B.; Catts, S. V. y Hemsley, D. R. (1996). Predisposition toward auditory hallucinations: The utility of the Launay-Slade Hallucination Scale in psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*, 21, 287-289.
- 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.
- Liddle, P. F. (1987). Symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative. *British Journal of Psychiatry*, 151, 145-151.
- Liddon, S. C. (1967). Sleep paralysis and hypnagogic hallucinations: Their relationship to the nightmare. *Archives of General Psychiatry*, 17, 88-96.
- Liester, M. B. (1996). Inner voices: Distinguishing transcendent and pathological characteristics. *Journal of Transpersonal Psychology*, 28, 1-30.
- (1998). Toward a new definition of hallucination. *American Journal of Orthopsychiatry* 68, 305-312.

- Linney, Y.; Peters, E. R. y Ayton, P. (1998) Reasoning biases in delusion-prone individuals. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 285-303.
- Livesley, W. L. y Schroeder, M. L. (1990). Dimensions of personality disorder: The DSM-III-R cluster: A diagnosis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 627-635.
- Livingston, G.; Kitchen, G.; Katona, C. y Copeland, J. (2001). Persecutory symptoms and perceptual disturbance in a community sample of older people: The Islington study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 462-468.
- Loftus, E. (1980). *Eyewitness testimony*. Harvard University Press.
- López Frutos, J. M. y Ruiz Vargas, J. M. (1998). Presencia de alucinaciones y déficit en monitorización de las fuentes de los recuerdos en la esquizofrenia. *Archivos de Neurobiología*, 62, 313-326.
- López Rodrigo, A. M.; Paíno Piñeiro, M. M.; Martínez Suárez, P. C.; Inda Caro, M. y Lemos Giráldez, S. (2006). Alucinaciones en población normal: Influencia de la imaginación y de la personalidad *Psicothema*, 8, 269-278.
- Lowe, G. R. (1973). The phenomenology of hallucinations as an aid to differential diagnosis. *British Journal of Psychiatry*, 123, 621-633.
- Ludwig, A. M. (1966). Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry* 15, 225-234.
- Lukoff, D. y Everest, H. C. (1985). The myths of mental illness. *Journal of Transpersonal Psychology*, 17, 123-153.

- Lukoff, D. (1988). Transpersonal perspectives on manic psychosis. Creative, visionary and mystical states. *Journal of Altered States of Consciousness*, 20, 111-39.
- (1992). The diagnosis of mystical experiences with psychotic features. *Journal of Transpersonal Psychology*, 17, 155-181.
- Lukoff, D.; Lu, F. y Turner, R. (1992). Toward a more culturally sensitive DSM-IV: Psychoreligious and psychospiritual problems. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 673-682.
- Luria, A. R. (1981). *Language and cognition*. New York, NY: Wiley.
- Lynn, S. J. y Rhue, J. W. (1986). The fantasy-prone person: Hypnosis, imagination, and creativity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 404-408.
- (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 35-44.
- Makarec, K. y Persinger, M. A. (1985). Temporal lobe signs: Electroencephalographic validity and enhanced scores in special populations. *Perceptual and Motor Skills*, 60, 831-842.
- Maldavsky, D. (1994). Clínica de las patologías tóxicas y traumáticas. *Zona Erógena*, 19.
- Malinak, D. P.; Hoyt, M. E and Patterson, V. (1979). Adults reactions to the death of a parent: A preliminary study. *American Journal of Psychiatry*, 136: 1152-1156.
- Margo, A.; Hemsley, D. R. y Slade, P. D. (1981). The effects of varying auditory input on schizophrenic hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 139, 122-127.
- Margolis, R. D. y Elifson, K. W. (1983). Validation of a typology of religious experience and its relationship

- to the psychotic experience. *Journal of Psychology and Theology*, 11, 135-141.
- Marks, D. y McKellar, P. (1982). The nature and function of eidetic imagery. *Journal of Mental Imagery* 6, 1-28.
- Marks, L. E. (2000). Synesthesia. En E. Cardaña, S.J. Lynn, y S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific experience* (pp. 25-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Marrazzi, A. (1962). Pharmacodynamics of hallucination. En L. J. West (Ed.) (1962). *Hallucinations* (pp. 36-49). New York, NY: Grune & Stratton.
- (1970). A neuropharmacology based concept of hallucination and its clinical application. En W. Keup (Ed.), *Origins and mechanisms of hallucinations* (pp. 211-226). New York: Plenum.
- Martínez Ferretti, J. M. (1997). Alucinaciones y fenómenos acústico-verbales: Distinción fenoménica de los tipos alucinatorios. *Alcmeon*, 6(1) (Versión electrónica en: http://www.alcmeon.com.ar/6/21/a21_05.htm).
- Martinez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 333-348.
- (2001). Dissociative experiences and disorders: A review. *International Journal of Parapsychology*, 12, 131-162.
- Mason, O., Claridge, G., y Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Matsuoka, K.; Onizawa, I.; Hatakeyama, T. y Yamaguchi, H. (1987). Incidence of young adult eidetikers, and

- two kinds of eidetic imagery. *Tohoku Psychologica Folia*, 46, 62-74.
- Maudsley, H. (1897). *Natural causes and supernatural seemings*. London, UK: Kegan Paul, Trench, Trubner y Co.
- Maury, M. A. (1848). Des hallucinations hypnagogiques, on des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil. *Annales Médico-Psychologiques du Systeme Nerveux*, 11, 26-40.
- (1855). Les Mystiques extatiques et les stigmatisés. *Annales Médico-Psychologiques, Third Series*, 1, 157-176.
- Mavromatis, A. (1987). *Hypnagogia: The unique state of consciousness between wakefulness and sleep*. London: Routledge y Kegan Paul.
- Mavromatis, A. y Richardson, J. T. E. (1984). Hypnagogic imagery. *International Review of Mental Imagery*, 1, 159-189.
- McClenon, J. (1988). A survey of Chinese anomalous experiences and comparison with Western representative national samples. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 27, 421-426.
- McClenon, J. (1993). Surveys of anomalous experience in Chinese, Japanese, and American samples. *Sociology of Religion*, 54, 295-302.
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1997). Conceptions and correlates of openness to experience. En R. Hogan y J. A. Johnson (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 825-847). San Francisco: Academic Press.
- 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.

- McCreery (2006). *Perception and hallucination: The case for continuity*. Oxford: Oxford forum.
- McCreery, C. y Claridge, G. (1996). A study of hallucination in normal subjects-I. Self-Report data. *Personality and Individual Differences*, 21, 739-747.
- McCreery, C. y Green, C. (1986). *A follow-up study of people reporting apparitional experiences*. Informe presentado en la Décima Conferencia Internacional de la Society for Psychical Research, en Cambridge.
- McKellar, P. (1968). *Experience and Behaviour*. Harmondsworth: Penguin Press.
- (1997). *Abnormal psychology: Its experience and behavioural*. London: Routledge.
- McKellar, P. y Simpson, L. (1954). Between wakefulness and sleep: Hypnagogic imagery. *British Journal of Psychology*, 45, 266-276.
- McGhie, A. y Chapman, J. (1961). Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 103-116.
- McGuigan, E. J. (1978). *Cognitive psychophysiology: Principles of covert behavior*. Englewood Cliffs, N J: Prentice-Hall.
- McKay, S. E.: Golden, C. J. y Scott, M. (1981). Neuropsychological correlates of auditory and visual hallucinations. *International Journal of the Neurosciences*, 15, 87-94.
- McKellar, P. (1968). *Experience and behavior*. Harmondsworth: Penguin Press.
- McNichol, D. (1972). *A primer of signal detection theory*. London: Allen y Unwin.
- Medlicott, R. W. (1958). An inquiry into the significance of hallucinations with special reference to their

- occurrence in the sane. *International Record of Medicine*, 171, 664-677.
- Meehl, P. E. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 17, 827-838.
- Meehl, P.E. (1990). Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 4, 1-99.
- Meltzer, H. Y. y Stahl, S. M. (1976). The dopamine hypothesis of schizophrenia: A review. *Schizophrenia Bulletin*, 2, 19-76.
- Merckelbach, H.; Muris, P.; Horselenberg, R. y Stougie, S. (2000). Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Personality and Individual Differences*, 28, 49-58.
- Merckelbach, H.; Horselenberg, R. y Muris, P. (2001). The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self report measure of fantasy proneness. *Personality and Individual Differences*, 31, 987-995.
- 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.
- Merritt, J. M.; Stickgold, R.; Pace-Schott, E.; Williams, J. y Hobson, J. A. (1994). Emotion profiles in the dreams of men and women. *Consciousness and Cognition*, 3, 46-60.
- Messer, W. S. y Griggs, R. A. (1989). Students beliefs and involvement in the paranormal and performance in introductory psychology. *Teaching of Psychology*, 16, 187-191.
- Michelet, J. (1965). *Historia del satanismo y la brujería*. Buenos Aires: Siglo XX.

- Miller, L. J.; O'Connor, E. y DePasquale, B. A. (1993). Patients' attitudes toward hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 584-588.
- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: Interpretative Scoring Systems.
- Milton, J. (1992). Effects of "paranormal" experiences on people's lives: An unusual survey of spontaneous cases. *Journal of the Society for Psychological Research*, 58, 314-323.
- Mintz, S. y Alpert, M. (1982). Imagery vividness, reality testing, and schizophrenic hallucinations. *Journal of Abnormal Psychology*, 79, 310-316.
- Miller, L. J.; O'Connor, E.; y DePasquale, T. (1993). Patients' attitudes to hallucinations. *American Journal of Psychiatry*, 150, 584-588.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis 11*. New York: Wiley.
- Mora, G. (1985). History of psychiatry. En H. Kaplan y B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Fourth ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Moray, N. (1969). *Attention: Selective processes in vision and hearing*. London: Hutchinson.
- Morrison, A. P. (1998). Cognitive behaviour therapy for psychotic symptoms in schizophrenia. En N. Tarrier, A. Wells, y G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases: the cognitive behavioural therapy approach* (pp. 195-216). Chichester: Wiley.
- (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.

- Morrison, A. P.; Haddock, G. y Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Psychology Medicine*, 27, 669-679.
- Morrison, A. P. y Haddock, G. (1997a). Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 27, 669-679.
- (1997b). Self-focused attention in schizophrenic patients with and without auditory hallucinations and normal subjects: a comparative study. *Personality and Individual Difference*, 23, 937-941.
- 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.
- (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to alucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Morrison, A. P. y Petersen, T. (2003). Trauma, metacognition and predisposition to hallucinations in non-patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 31, 235-246.
- 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.
- Munro, C. y Persinger, M. A. (1992). Relative right temporal-lobe theta activity correlates with Vigniano's Hemispheric Quotient and the "sensed presence." *Perceptual and Motor Skills*, 75, 899-903.
- Muñiz, J. (1997a). *Introducción a la Teoría de Respuesta a los Ítems*. Madrid: Pirámide.

- (1997b). *Teoría de Respuesta a los Ítems*. Madrid: Pirámide.
- Mutwa, V. C. (1969). *My people, my Africa*. New York, NY: John Day.
- M'Uzan, M. de (1994). *La boca del inconsciente: Ensayos sobre la interpretación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Myers, F. W. H. (1903). *Human personality and its survival of bodily death, 2 vols*. London: Longmans, Green y Co.
- Nadon, R.; Laurence, J. y Perry, C. (1987). Multiple predictors of hypnotic susceptibility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 948-960.
- Nasio, J. D. (1987/2006). *Los ojos de Laura: El concepto de objeto en la teoría de J. Lacan*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Nayani, T. H. y David, A. S. (1996). The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine*, 26, 177-189.
- Neher, A. (1980). *The psychology of transcendence*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Neppe, V. M. (1982). Schizophrenia: A guide to clinical diagnosis. *South African Journal of Hospital Medicine*, 8, 88-92.
- (1988). Management of catatonic stupor with L-DOPA. *Clinical Neuropharmacology*, 11, 90-91.
- Ness, R. C. (1978). The Old Hag phenomenon as sleep paralysis: A biocultural interpretation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, 15-39.
- Nettle, D. y Craig, H. (2006). Schizotypy, creativity and mating success in humans. *Proceedings of the Royal Society B*, 273, 611-615.

- Neuchterlein, K. H. y Dawson, M. F. (1984). A heuristic vulnerability-stress model of schizophrenic episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 300-312.
- Nielsen, T. A. (1992). A self-observational study of spontaneous hypnagogic imagery using the upright napping procedure. *Imagination, Cognition and Personality*, 11, 353-366.
- Nijenhuis, E. R. S. y van der Hart, O. (1999). Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective. En J. M. Goodwin y R. Attias (Eds.), *Splintered reflections* (pp. 89-127). New York: Basic Books.
- Noyes, R. y Kletti, R. (1972). The experience of dying from falls. *Omega*, 3, 45-52.
- O'Mahony, M.; Shulman, K. and Silver, D. (1984). Roses in December: imaginary companions in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29, 151-154.
- O'Sullivan, K. (1994). Dimensions of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health*, 3, 351-361.
- Ohayon, M. M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97, 153-164.
- Ohayon, M. M.; Priest, R. G.; Caulet, M. y Guilleminault, C. (1996). Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: Pathological phenomena? *British Journal of Psychiatry*, 169, 459-467.
- Olson, P. R.; Suddeth, J. A.; Peterson, P. J. y Egelhoff, C. (1985). Hallucinations of widowhood. *Journal of the American Geriatric Society*, 33, 543-547.
- Ong, Y. W. y Milech, D. (2001). The style of processing scale: Normative and reliability data. *Perceptual and Motor Skills*, 93, 595-598.

- Orne, M. T. (1962). Hypnotically induced hallucinations. En L. J. West (Ed.), *Hallucinations*. New York: Grune and Stratton.
- Oswald, I. (1959). Sudden bodily jerks on falling asleep. *Brain*, 82, 92-103.
- Otis, L. P. y Alcock, J. E. (1982). Factors affecting extraordinary belief. *Journal of Social Psychology*, 118, 77-85.
- Otto, R. (1923/1975). *Lo santo, lo racional y lo irracional en la idea de Dios*. Madrid: Alianza.
- Oulis, P. G.; Mavreas, V. G.; Mamounas, J. M. y Stefanis, C. N. (1995). Clinical characteristics of auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 92, 97-102.
- Oxman, T. E.; Rosenberg, S. D.; Schnurr, P. P.; Tucker, G. J. y Gala, G. (1988). The Language of Altered States. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 401-408.
- Paivio, A. (1971). Imagery and verbal processes. New York, NY: Holt, Rinehart y Winston.
- Parkes, C. M. (1970). "Seeking" and "finding" a lost object: evidence from recent studies of the reaction to bereavement. *Society for Scientific Medicine*, 4, 187-201.
- Parker, A. (1975). *States of mind: ESP and altered states of consciousness*. New York: Taplinger.
- (2000). Introduction. En C. S. Alvarado (Ed.), *Clinical Psychology and Parapsychology*. New York: Parapsychology Foundation.
- Parra, A. (2005a). *Sueños: Cómo interpretar sus mensajes*. Buenos Aires: Kier.
- Parra, A.; Adróver, F. y 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.
- Pearson, D.; Burrow, A.; Fitz-Gerald, C.; Green, K.; Lee, G. y Wise, N. (2001). Auditory hallucinations in normal child populations. *Personality and Individual Differences*, 31, 401-407.
- Perky, C. W. (1910). An experimental study of imagination. *American Journal of Psychology*, 21, 422-452.
- Perona Garcelán, S. (2004). A psychological model for verbal auditory hallucinations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 129-153.
- Persinger, M. A. (1983). Religious and mystical experiences as artifacts of temporal lobe function: A general hypothesis. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 1255-1262.
- (1984). Propensity to report paranormal experiences is correlated with temporal lobe signs. *Perceptual and Motor Skills*, 59, 583-586.
- Persinger, M. A. y Valliant, P. M. (1985). Temporal lobe signs and reports of subjective paranormal experiences in a normal population: A replication. *Perceptual and Motor Skills*, 60, 903-909.
- Persinger, M. A. y de Sano, C. F. (1986). Temporal lobe signs: Positive correlations with imaginings and hypnotic induction profiles. *Psychological Reports*, 58, 347-350.
- Persinger, M. A. y Makarec, K. (1987). Temporal lobe epileptic signs and correlative behaviors displayed by normal populations. *Journal of General Psychology*, 114, 179-195.
- (1992). The feeling of a presence and verbal meaningfulness in context of temporal lobe function:

- factor analytic verification of the muses? *Brain and Cognition*, 20, 217-226.
- Peters, E. R., Pickering, A. y Hemsley, D. R. (1994). "Cognitive inhibition" and positive symptomatology in schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 33-48.
- Peters, E. R.; Joseph, S. y Garety, P. A. (1996). The assessment of delusions in normal and psychotic populations: Introducing the PDI (*Peters Delusions Inventory*). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553-576.
- Peters, E.; Day, S.; McKenna, J. y Orbach, G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83-96.
- Piaget, J. (1984). *Lenguaje y pensamiento en el niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Pilowski, D. (1986). *Hallucinations in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Persinger, M. A. (1987). *Neuropsychological bases of God beliefs*. Praeger.
- (1993), Vectorial cerebral hemisphericity as differential sources for the sensed presence, mystical experiences and religious conversions. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 915-930.
- Peters, E.; Day, S.; McKenna, J. y Orbach, G. (1999). Delirio in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 83-96.
- Pines, M. (1978). Invisible playmates. *Psychology Today*, 12, 38-42.
- Piñeiro, J. J. (2000). *El despertar del hongo. Chamanes y plantas de poder*. México, DF: Grijalbo.

- Posey, T. B. y Losch, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99-113.
- Poulton, R.; Caspi, A.; Moffitt, T. E.; Cannon, M.; Murray, R. y Harrington, H. (2000). Children's self-reported psychotic symptoms predict adult schizophreniform disorders: A 15-year longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1053-1058.
- Pratt, J. B. (1920). *The religious consciousness: A psychological study*. New York, NY: Macmillan.
- Press, R.; Brown, D. y Sheldrake, R. (2001). The anticipation of telephone calls: A survey in California. *Journal of Parapsychology*, 65, 145-56.
- Preuss, J. (1975). Mental disorders in the Bible and Talmud. *Israeli Annals of Psychiatry and Related Disciplines*, 13, 221-238.
- Prince, W. (1931). Human experiences. *Bulletin of the Boston Society for Psychic Research*, 14, 5-328.
- Prince, R. H. (1992). Religious experience and psychopathology: Cross-cultural perspectives. En J.F. Schumaker (Ed.), *Religion and mental health*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pronin, E.; Lin, D. Y. y Ross, L. (2002). The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 369-381.
- Putnam, E. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Putnam, E. W. y Peterson, G. (1994). Further validation of the child dissociative checklist. *Dissociation*, 7, 204-220.
- Putnam, E. W. y Carlson, E. B. (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. En J. D. Bremner y C. R. Marmar (Eds.),

- Trauma, memory and dissociation* (pp. 27-56). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pylyshyn, Z. (1973). What the mind's eye tells the mind's brain: A critique of mental imagery. *Psychological Bulletin*, 80, 1-24.
- Rader, C. M.; Kunzendorf, R. G. y Cerrabino, C. (1996). The relation of imagery vividness, absorption, reality boundaries and synesthesia to hypnotic states and traits. En R. G. Kunzendorf, N. P. Spanos, y B. Wallace (Eds.), *Hypnosis and imagination* (99-121). Amityville, NY: Baywood Publishing.
- Rader, C. M. y Tellegen, A. (1987). An investigation of synesthesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 981-987.
- Rado, S. (1953). Dynamics and classification of disordered behaviour. *American Journal of Psychiatry*, 110, 406-416.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypy personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 555-564.
- (1992). Sex differences in schizotypal personality in a non-clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 361-364.
- Raine, A. y Manders, D. (1988). Schizoid personality, inter-hemispheric transfer, and left-hemisphere overactivation. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 333-347.
- Raine, A. y Baker, L. (1992). *The Schizotypal Personality Questionnaire: Genetics, Psychophysiology. Neuropsychology and Gender Differences*. Western Psychological Association, Portland, Oregon, Abril 30-Mayo 3.

- Raine, A.; Reynolds, C.; Lencz, T.; Scerbo, A.; Triphon, N. y Kim, D. (1994). Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of esquizotípica personality. *Schizophrenia Bulletin*, 20, 191-201.
- Raine, A. y Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Raine, A.; Lencz, T. y Mednick, S. A. (Eds.). (1995). *Schizotypal Personality*. New York: Cambridge University Press.
- Ramachandran, V. S. y Blakeslee, S. (1998). *Phantoms in the brain: Probing the mysteries of the human mind*. New York: William Morrow.
- 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.
- Rankin, P. y O'Carroll, P. (1995). Reality monitoring and signal detection in individuals prone to hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 517-528.
- Ratner, R. C. (1975). Animals defenses: Fighting in predator-prey relations. En P. Pliner, L. Krames y T. Alloway (Eds.), *Advances in the Study of Communication and Affect, Vol. 1: Non verbal Communication of Aggression*. New York, NY: Plenum.
- Rawcliffe, D. H. (1959). *Illusions and delusions of the supernatural and the occult*. New York: Dover.
- Rawlings, D. y Freeman, J. L. (1996). A questionnaire for the measurement of paranoia/suspiciousness. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 451-461.
- Read, J. y Argyle, N. (1999). Hallucinations, delusions, and thought disorder among adult psychiatric inpatients

- with a history of child abuse. *Psychiatric Services*, 50, 1467-1472.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Real Academia Española*, 22ª edición. Madrid: RAE.
- Rechtschaffen, A. (1994). Sleep onset: Conceptual issues. En R. D. Ogilvie y J. R Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rees, W. D. (1971). The hallucinations of widowhood. *British Medical Journal*, 4, 37-41.
- Rhue, J. W. y Lynn, S. J. (1987). Fantasy proneness: Developmental antecedents. *Journal of Personality*, 55, 121-137.
- Richardson, A. (1969). *Mental imagery*. New York, NY: Springer.
- (1994). *Individual differences in imaging: Their measurement, origins and consequences*. NY: Baywood.
- Richardson, A. y Divyo, P. (1980). The predisposition to hallucinate. *Psychological Medicine*, 10, 715-722.
- Richardson, J. T. E. ; Mavromatis, N.; Mindel, T. y Owens, A. C. (1981). Individual differences in hypnagogic and hypnopompic imagery. *Journal of Mental Imagery*, 5, 91-96.
- Roberts, G. W. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: A preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159, 19-28.
- Roche, S. M. y McConkey, K.M. (1990). Absorption: nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 91-101.
- Rodrigo, A. M. L.; Piñeiro, M. M. P.; Suarez, P. C. M.; Caro, M. I. y Giraldez, L. (1997). Hallucinations in a normal population: Imagery and personality influences. *Psychology in Spain*, 1, 10-16.

- Rojcewicz, S. y Rojcewicz, R. (1997). The "human" voices in hallucinations. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28, 1-41.
- Romme, M. y Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- (2005). *Dando sentido a las voces. Guía para los profesionales de la salud mental que trabajan con personas que escuchan voces*. Madrid: Paradox.
- Romme, M. A.; Honig, A.; Noorthoorn, E. O. y Escher, A. D. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Rose, G. y Barker, D. J. P. (1978). What is a case? Dicotomías or continuum. *British Medical Journal*, 11, 873-874.
- Rose, N. y Blackmore, S. (1996). Two pilot surveys of unusual personal experiences. Paper presented at the 20th International Conference of the Society for Psychical Research, Cirencester, England.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features, and treatment*. New York: Wiley.
- Roszak, T. (1969). *El nacimiento de una contracultura*. Barcelona: Kairós.
- Rothstein, A. (1981). Hallucinatory phenomena in children: A critique of the literature. *Journal of the American Academy Child Psychiatry*, 20, 623-635.
- Sackeim, H. A. (1998). The meaning of insight. En X.F. Amador y A.S. David (Eds). *Insight and Psychosis* (pp. 1-12). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Salter, W. (1938). *Ghosts and apparitions*. London, UK: Bell.

- Samorini, G. (2001). *Los alucinógenos en el mito. Relatos sobre el origen de las plantas psicoactivas*. Barcelona. Liebre de Marzo.
- (2003). *Animales que se drogan*. Barcelona: Cáñamo Ensayo.
- Sanjuan, J.; González, J.C.; Aguilar, E. J.; Leal, C. y van Os, J. (2004). Pleasurable auditory hallucinations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 273-278.
- Santhouse, A. M. (2000). Visual hallucinatory syndromes and the anatomy of the visual brain. *Brain*, 123, 2055-2064.
- Sarbin, T. R. (1967). The concept of hallucination. *Journal of Personality*, 35, 359-380.
- Sarbin, T. R. (1956). Physiological effects of hypnotic stimulation. En R. M. Dorous (Ed.), *Hypnosis and its therapeutic applications*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Sarbin, T. R. y Juhasz, J. B. (1967). The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 3, 339-358.
- (1970). Toward a theory of imagination. *Journal of Personality*, 38, 52-76.
- Sarbin, T. R. y Allen, V. L. (1968). Role theory. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Sartorius, N.; Shapiro, R. y Jablensky, A. (1974). The international pilot study of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 21-25.
- Sato, A. y Yasuda, A. (2005). Illusion of sense of auto-agency: Discrepancy between the predicted and actual sensory consequences of actions modulates the sense of auto-agency, but not the sense of auto-ownership. *Cognition*, 94, 241-255.

- Saver, J. L. y Rabin, J. (1997). The neural substrates of religious experience. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 9, 498-510.
- Schacter, D. L. (1976). The hypnagogic state: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 83, 452-481.
- Scheff, T. J. (1966). Typification in the diagnostic practices of rehabilitation agencies. En M. B. Sussman (Ed.), *Sociology and rehabilitation*. Washington, D.C.: American Sociological Association.
- Schick, T. y Lewis, V. (2001). *How to think about weird things: Critical thinking for a new age*. McGraw-Hill.
- Schneider, K. (1951). *Patopsicología clínica*. Madrid: Paz Montalbo.
- Schredl, M. y Doll, E. (1998). Emotions in diary dreams. *Consciousness and Cognition*, 7, 634-646.
- Schreier, H. A. y Libow, J. A. (1986). Acute phobic hallucinations in very young children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 574-578.
- Schumaker, J. (1990). *Wings of Illusion*. Cambridge: Polity Press.
- Schwartz, J. (1980). *Human Energy Systems*. New York. E. P. Dutton.
- Schwartz, S. (1986). Hallucinations, rationalizations and response set. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 532-533.
- Seal, M. L.; Aleman, A. y McGuire, P. K. (2004). Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 9, 43-72.

- Seashore, C. (1895). Measurements of illusions and hallucinations in normal life. *Studies from the Yale Psychological Laboratory*, 3, 1-67.
- Sedman, G. (1966). A comparative study of pseudohallucinations, imagery and true hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 112, 9-17.
- Seal, M. L.; Crowe, S. F. y Cheung, P. (1997). Deficits in source monitoring in subjects with auditory hallucinations may be due to differences in verbal intelligence and verbal memory. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2, 273-290.
- Segal, S. J. (1970). Imagery and reality: Can they be distinguished? En W. Keup (Ed.), *Origins and mechanisms of hallucinations* (pp. 103-113). New York, NY: Plenum Press.
- Segal, S. J. y Glicksman, M. (1967). Relaxation and the Perky effect: The influence of body position on judgements of imagery. *American Journal of Psychology*, 80, 257-262.
- Segal, S. J., y Nathan, S. (1964). The Perky effect: Incorporation of an external stimulus into an imagery experience under placebo and control conditions. *Perceptual and Motor Skills*, 18, 385-395.
- Seligman, M. E. P. y Yellen, A. (1987). What is a dream? *Behavior Research and Therapy*, 25, 1-24.
- Serper, M.; Dill, C. A.; Chang, N.; Kot, T. y Elliot, J. (2005). Factorial structure of the hallucinatory experience: Continuity of experience in psychotic and normal individuals. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 193, 265-272.
- Sharpley, M. S. y Peters, E. R. (1999). Ethnicity, class and schizotypy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 507-512.

- Sheehan, P. W. (1967). A shortened forms of Betts' Questionnaire upon Mental Imagery. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 386-389.
- Sherwood, S. J. (1998). Relationship between the hypnagogic/hypnopompic states and reports of anomalous experiences. *Proceedings of Presented Papers: The Parapsychological Association Annual Convention* (pp. 210-225).
- Sherwood, S. J. (1999). Relationship between childhood hypnagogic/hypnopompic and sleep experiences, childhood fantasy proneness, and anomalous experiences and beliefs: An exploratory WWW survey. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 93, 167-197.
- (2001). Survey of the content, sensory modalities and interpretation of hypnagogic and hypnopompic experiences. *Proceedings of Presented Papers: The Parapsychological Association 44th Annual Convention*, 301-319.
- Shira, I. y Price, H. (1936). The ghost of Raynham. Hall: An astonishing photograph. *Country Life*, 26, 673-675.
- Shor, R. E.; Orne, M. T. y O'Connell, D. N. (1962). Validation and cross validation of a scale of self-reported personal experiences which predicts hypnotizability. *Journal of Psychology*, 53, 55-75.
- Sidgwick, H.; Johnson, A. y Myers, F. W. H. (1894). Report of the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 26, 259-394.
- Sidgwick, H.; Johnson, A.; Myers, F. W. H.; Podmore, F. y Sidgwick, E. M. (1894). Report on the Census of Hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 10, 25-422.

- Siegel, R. K. (1984). Hostage hallucinations: Visual imagery induced by isolation and life-threatening stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172, 264-272.
- Siegel, R. K. y Jarvik, M. (1975). Drug-induced hallucinations in animals and man. En R.K. Siegel y L. West (Eds), *Hallucinations: Behavior, experience, and theory* (81-161). New York, NY: John Wiley.
- Sietz, E. E. y Malholm, H. B. (1947). Relation of mental imagery to hallucinations. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 57, 469-480.
- Sims, A. (1988). *Symptoms in the Mind*. London: Ballière Tindall.
- Singer, B. y Benassi, V. A. (1981). Occult beliefs. *American Scientist*, 69, 49-55.
- Singh, G.; Sharan, P. y Kulhara, P. (2003) Phenomenology of hallucinations: A factor analytic approach. *Psychiatry Clinical and Neuroscientist*, 57, 333-336.
- Slade, P. D. (1972). The effects of systematic desensitisation on auditory hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 85-91.
- (1973). The psychological investigation and treatment of auditory hallucinations: A second case report. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 293-296.
- (1974). The external control of auditory hallucinations: An information processing analysis. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 13, 73-79.
- (1976a). Towards a theory of auditory hallucinations: Outline of an hypothetical four-factor model. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 415-423.
- (1976b). An investigation of psychological factors involved in the predisposition to auditory hallucinations. *Psychological Medicine*, 6, 123-132.

- Slade, P. D. y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smith, D. B. (2007). *Muses, madmen and prophet: Rethinking the history, science, and meaning, of auditory hallucination*. New York, NY: Penguin Books.
- Smith, B. D.; Foster, C. L. y Stovin, G. (1998). Intelligence and paranormal belief. Examining the role of context. *Journal of Parapsychology*, 67, 65-77.
- Smythies, J. (1956). A logical and cultural analysis of hallucinatory sense-experience. *Journal of Mental Science*, 102, 336-342.
- Sokolov, A. N. (1972). *Inner speech and thought*. New York: Plenum Press.
- Spanos, N. y Barber, T. (1968). Hypnotic experiences as inferred from subjective reports: auditory and visual hallucinations. *Journal of Experimental Research in Personality*, 3, 136-150.
- Spanos, N. P. y Moretti, P. (1988). Correlates of mystical and diabolical experiences in a sample of female university students. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27, 105-116.
- Spanos, N. P.; Cross, P. A.; Dickson, K. y DuBreuil, S. C. (1993). Close encounters: An examination of UFO experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 624-632.
- Spanos, N. P.; McNulty, S. A.; Dubreuil, S. C.; Pires, M. y Burgess, M. F. (1995). The frequency and correlates of sleep paralysis in a university sample. *Journal of Research in Personality*, 29, 285-305.
- Spitzer, R. L. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry*, 55, 120.

- Spivak, B.; Trortem, S. F.; Mark, M. y Bleich, A. (1992). Acute transient stress-induced hallucinations in soldiers. *British Journal of Psychiatry*, 160, 412-414.
- Spraggett, A. (1974). *The case for immortality*. New York, NY: Signet.
- Sprenger, J. y Kramer, H. (1669/1975). *Malleus Maleficarum* (traducción del latín original de Josefina Bahamonde). Buenos Aires: Orión.
- Stagnaro, J. C. (1998). *Alucinar y delirar. Vols. 1 y 2*. Buenos Aires: Pólemos.
- Starker, S. y Jolin, A. (1982). Imagery and hallucinations in schizophrenic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 448-451.
- Stefanis, N. C.; Hanssen, M.; Smirnis, N. K.; Avramopoulos, D. A.; Evdokimidis, I. K.; Stefanis, C. N.; Verdoux, H. y van Os, J. (2002) Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 347-358.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stern, E. R. y Rotello, C. M. (2000). Memory characteristics of recently imagined events and real events experienced previously. *American Journal of Psychology*, 113, 569-590.
- Stevens, J. R. y Livermore, A. (1982). Telemetered EEG in schizophrenia: Spectral analysis during abnormal behavior episodes. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 45, 385-395.
- Stevenson, I. (1983). Do we need a new word to supplement "hallucinations"? *American Journal of Psychiatry*, 140, 1609-1611.

- Stillings, D. (1990). *Lo imaginario en el contacto OVNI*. Madrid: Heptada.
- Strauch, I. y Meier, B. (1996). *Search of dreams: Results of experimental dream research*. Albany. NY: State University of New York Press.
- Suedfeld, P. (1987). Extreme and unusual environments. En I. Altman y D. Stokols (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology*. New York, NY: John Wiley.
- Suedfeld, P. y Mocellin, J. S. P. (1987). The "sensed presence" in unusual environments. *Environment and Behavior*, 19, 33-52,
- Sullivan, H. S. (1947). *Concepciones de la psiquiatría moderna*. Buenos Aires: Psiqué.
- Szasz, T. S. (1970). *The manufacture of madness*. New York, NY: Harper y Row.
- Szechrman, H.; Woody, E.; Bowers, K. S. y Nahmias, C. (1998). Where the imaginal appears real: A positron emission tomography study of auditory hallucinations. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 1956-1960.
- Symons, D. (1995). Tire stuff the dreams aren't made of: Wake-state and dream-state sensory experiences differ. *Cognition*. 47, 181-217.
- Tart, C. T. (Ed.) (1969). *Altered states of consciousness*. New York: Wiley.
- Tellegen, A. y Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268-277.
- Tellegen, A. (1982). *The Multidimensional Personality Questionnaire*. Minneapolis. University of Minnesota.

- Terhune, D. B. y Smith, M. D. (2006). The induction of anomalous experiences in a mirror-gazing facility suggestion, cognitive perceptual personality traits and phenomenological state effects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 415-420.
- Thalbourne, M. A. y Houran, J. (2000). Transliminality, the mental experience inventory, and tolerance of ambiguity. *Personality and Individual Differences*, 28, 853-863.
- Thomas, P. (1997). *The dialectics of schizophrenia*. Bristol: Free Association Books.
- Tien, A. Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-292.
- Tien, A. Y.; Costa, P. T. y Eaton, W. W. (1992). Covariance of personality, neurocognition, and schizophrenia spectrum traits in the community. *Schizophrenia Research*, 7, 149-158.
- Totterdell, P.; Reynolds, S.; Parkinson, I. y Briner, R. B. (1994). Associations of sleep with everyday mood, MOR symptoms, and social interaction experience. *Sleep*, 17, 466-475.
- Turner, R. P.; Lukoff, D.; Barnhouse, R. T. y Lu, F. G. (1995). Religious or spiritual problem: A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183, 435-444.
- Turvey, C. L.; Schultz, S. K.; Arndt, S.; Ellingrod, V.; Wallace, R. y Herzog, R. (2001). Caregiver report of hallucinations and paranoid delusions in elders aged 70 or older. *International Psychogeriatrics*, 13, 241-249.
- Trull, T. J. (1992). DSM-III-R personality disorders and the five-factor model of personality: An empirical

- comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 553-560.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive Psychology*, 5, 207-232.
- van Dusen, W. (1972). *The natural depth in man*. New York, NY: Harper y Row.
- van Os, J.; Jones, P.; Sham, P.; Bebbington, P. y Murray, R. M. (1998). Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 596-605.
- van Os, J.; Hanssen, M.; Bijl, R. V. y Ravelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in the general population? *Schizophrenia Research*, 45, 11-20.
- van Os, J.; Hanssen, M.; Bijl, R. V. y Vollebergh, W. (2001). Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Archives of General Psychiatry*, 58, 663-668.
- van Zendoorn, X. y Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale. *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Varghese, R. A. (2001). *Enviada de Dios: Una historia de las apariciones acreditadas de Maria*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Venables, P. H. y Bailes, K. (1994). The structure of esquizotipia, its relation to subdiagnoses of schizophrenia and to sex and age. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 277-294.

- Venables, P. H. y Rector, N. A. (2000). The content and structure of esquizotipia: A study using confirmatory factor analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 587-602.
- Vollema, M. G. y van den Bosch, R. J. (1995). The multidimensionality of schizotypy. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 19-31.
- Vollema, M. G. y Hoijsink, H. (2000). The multidimensionality of self-report schizotypy in a psychiatric population: an analysis using multidimensional Rasch models. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 565-575.
- Vygotsky, L. S. V. (1962/1977). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: Pléyade.
- Wackerman, J.; Putz, P.; Buchi, S.; Strauch, I. y Lehmann, D. (2002). Brain electrical activity and subjective experience during altered states of consciousness: Ganzfeld and hypnagogic states. *International Journal of Psychophysiology*, 46, 123-146.
- Wallace, A. F. C. (1959). Cultural determinants of response to hallucinatory experience. *Archives General of Psychiatry*, 1, 58-59.
- Wallace, B. y Fisher, L. E. (1999). *Consciousness and Behavior, Fourth Edition*. Needham Heights, MA: Allyn y Bacon.
- Wallas, G. (1926). *The art of thought*. New York, NY: Harcourt.
- Wapnick, K. (1969). Mysticism and schizophrenia. *Journal of Transpersonal Psychology*, 1, 49-68.
- Wason, P. C. (1960). On the failure to eliminate hypotheses in a conceptual task. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 12, 129-140.
- Waters, F. A.; Badcock, J. C. y Maybery, M. T. (2003). Revision of the factor structure of the Launay-Slade

- Hallucinations Scale (LSHS-R). *Personality and Individual Differences*, 35, 1351-1357.
- Watkins, J. (2003). *Oír voces: Una experiencia habitual*. Buenos Aires: Deva's.
- Watson, J. P. (1982). Aspects of Personal Meaning in Schizophrenia. En E. Sheperd y J. P. Watson (Eds), *Personal meanings*. London, UK: Wiley.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 526-535.
- Weich, S. (1997). Prevention of the common mental disorders: A public health perspective. *Psychological Medicine*, 27, 757-764.
- Wegner, D. M. (2003). The mind's best trick: How we experience conscious will. *Trends of Cognitive Science*, 7, 65-69.
- Weiskrantz, L. (1980). Varieties of residual experience. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 32, 365-386.
- West, D. J. (1948). A mass observation questionnaire on hallucinations. *Journal of the Society for Psychical Research*, 34, 187-196.
- (1952). ESP tests with psychotics. *Journal of the Society for Psychical Research*, 36, 619-623.
- (1959). Visionary and hallucinatory experiences: A comparative appraisal. *International Journal of Parapsychology*, 2, 89-97.
- West, L. J. (1962). *Hallucinations*. New York: Grune and Stratton.
- West, L. J. (1975). A Clinical and theoretical overview of hallucinatory phenomena. En R.K. Siegel y L.J.

- West (Eds.), *Hallucinations: Behavior, experience, and theory*. New York: John Wiley and Sons.
- Whalen, P. S. (1998). Temor, vigilance, and ambiguity: Initial neuroimaging studies of the human amygdale. *Current Directions in Psychological Science*, 7, 177-188.
- White, R. A. (1995). EHE counseling: II. An ongoing annotated bibliography. *EHE News*, 2, 26-30.
- Whittington, J. E. y Huppert, F. A. (1996). Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. *Psychological Medicine*, 26, 1253-1260.
- Wilber, K. (1980). The pre/trans fallacy. *Re-Vision*, 2, 51-72.
- Winnicott, D. W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Wilkins, B.; Malitz, S. y Esecover, H. (1962). Clinical observations of simultaneous hallucinogen administration in identical twins. *American Journal of Psychiatry*, 118, 815-818.
- Wilking, V. y Paoli, C. (1966). The hallucinatory experience. *Journal of the American Academy Child Psychiatry*, 5, 431-440.
- Williams, L. M. y Irwin, H. J. (1991). A study of paranormal belief, magical ideation as an index of schizotypy, and cognitive style. *Personality and Individual Differences*, 12, 1339-1348.
- Wilson, S. C. y 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.
- Wilson, S. C. y Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. En A. A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (pp. 340-390). New York: Wiley.
- Wittgenstein, L. (1988). *Investigaciones filosóficas*. México, DF: Crítica.
- Wolfradt, U.; Oubaid, V.; Straube, E. R.; Bischoff, X. y Mischo, J. (1999). Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Personality and Individual Differences*, 27(55), 821-830.
- Wollen, K. A. y Ruggiero, F. T. (1983). Colored-letter synesthesia. *Journal of Mental Imagery*, 72, 83-86.
- Wootton, R. J. y Allen, D. F. (1983). Dramatic Religious Conversion and Schizophrenic Decompensation. *Journal of Religion and Health*, 22, 212-320.
- Wulff, D. M. (2000). Mystical experience. En E. Cardeña, S.J. Lynn, y S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific experience* (pp. 397-440). Washington, DC: American Psychological Association.
- Yamamoto, J.; Okonogi, K.; Iwasaki, T. y Yosimura, S. (1969). Mourning in Japan. *American Journal of Psychiatry*, 125, 1660-1605.
- Yates, T. T. y Bannard, J. R. (1988). The "haunted" child: grief, hallucinations, and family dynamics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 573-581.
- Yates, J. L. y Nasby, W. (1993). Dissociation, affect, and network models of memory: An integrative proposal. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 305-326.

- Young, H. F.; Bentall, R. P.; Slade, P. D. y Dewey, M. E. (1986). Disposition towards hallucination, gender and EPQ scores: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 7, 247-249.
- (1987). The role of brief instructions and suggestibility in the elicitation of auditory and visual hallucinations in normal and psychiatric subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 41-48.
- Yung, A. R.; Buckby, J. A.; Cotton, S. M.; Cosgrave, E. M.; Killackey, E. L. y Stanford, G. (2006). Psychotic-like experiences in non-psychotic help-seekers: Associations with distress, depression and disability. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 352-359.
- Zangari, W. y Machado, F. R. (1996). Incidencia e importancia social de las experiencias psíquicas en los estudiantes universitarios brasileiros. *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, 7, 19-35.
- Zarroug, E. T. (1975). The frequency of visual hallucinations in schizophrenic patients in Saudi Arabia. *British Journal of Psychiatry*, 127, 553-555.
- Zigler, E. y Levine, J. (1983). Hallucinations vs. delusions: A developmental approach. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 141-146.
- Zimbardo, P. G.; LaBerge, S. y Butler, L. D. (1993). Psychophysiological consequences of unexplained arousal: A posthypnotic suggestion paradigm. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 466-473.
- Zingrone N. L. y Alvarado, C. S. (1994). *Psychic and dissociative experiences: A preliminary report*. Paper presented at the 37th Annual Convention of the Parapsychological Association, Amsterdam. The Netherlands: Parapsychological Association.

- Zorab, G. (1957). ESP experiments with psychotics. *Journal of the Society for Psychological Research*, 39, 162-164.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zuckerman, M. (1999a). Variables affecting deprivation results. En J. P. Zubek (Ed.), *Sensory deprivation: Fifteen years of research* (pp. 47-84). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Zuckerman, M. (1999b). *Vulnerability to Psychopathology: A Biosocial Model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zusne, L. y Jones, W. H. (1982). *Anomalistic psychology: A study of extraordinary phenomena of behavior and experience*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Artículos publicados por el autor³

- (2013). Mauvais sommeil et perceptions inhabituelles: Une relation de cause à effet? *Bulletin Métapsychique*, 14, 10-15.
- (2012). Relación entre las experiencias paranormales y esquizotipia positiva/negativa. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 58(4), 246-255.
- (2012). Experiencias perceptuales inusuales, experiencias anómalo/paranormales y propensión a la esquizotipia. *Universitas Psychologica*, 11, 1, 657-666.
- (2011). Indicadores de propensión a la esquizotipia en individuos creyentes en lo paranormal: Examinando

³ Estos artículos y capítulos pueden ser bajados del sitio web del autor: <http://www.alipsi.com.ar/investigaciones.asp>

- la intensidad de la imagería y las experiencias alucinatorias. *Psicología: Teoría e Práctica*, 12(3), 78-94.
- (2010). Aura vision as a hallucinatory experience: Its relation to fantasy proneness, absorption, and other perceptual maladjustments *Journal of Mental Imagery*, 34(3&4), 49-64.
- (2010). Experiencias extrasensoriales y experiencias alucinatorias: Examinando la hipótesis del continuo de experiencias esquizotípicas. *Liberabit*, 16(1), 1-10.
- (2010). Out-of-body experiences and hallucinatory experiences: A psychological approach. *Imagination, Cognition and Personality*, 29(3), 211-224.
- [con Luis Espinoza Paul] (2010). Extrasensory experiences and hallucinatory experience: Comparision between two nin-clinical samples linked with psychological measures. *Journal of the Society for Psychical Research*, 74.3 (900), 1-11.
- [con Luis Espinoza Paul] (2009). Exploring the links between nocturnal hallucinatory experiences and personality characteristics. *European Journal of Parapsychology*, 24.2, 139-154.
- [con Luis Espinoza Paul] (2009). Alucinaciones y apariciones: Exploración intercultural de mediciones perceptuales entre estudiantes limeños y pucallpinos. *Persona*, 12, 187-206.
- [con Luis Espinoza Paul] (2009). Predisposición hacia las experiencias alucinatorias en Perú: Examinando la continuidad normalidad-patología en individuos clínicos y no clínicos. *Revista Investigación en Psicología (UNMSM)*, 12(2), 133-146.
- [con Luis Espinosa Paul] (2009). Experiencias extracorpóreas en relación a la propensidad a alucinar, esquizotipia y disociación en estudiantes argentinos

- y peruanos. *Límite: Revista de Filosofía y Psicología*, 4(20), 95-121.
- (2009). Variables cognitivas y perceptuales en la experiencia del déjà vu. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(4), 29-36.
- (2009). Testeando el modelo disociacional de las experiencias alucinatorias en individuos saludables: Relación con la personalidad y la propensión a la fantasía. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 571-586.
- (2009). ¿Las experiencias extracorporales son una forma de alucinación corporal? *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 13, 164-173.
- (2009). Experiencias alucinatorias nocturnas: Relación con la esquizotipia, tendencias disociativas y propensión a la fantasía. *Revista Internacional de Psicología*, 43(1), 134-143.
- (2008). Medidas psicológicas en relación con experiencias alucinatorias y experiencias aparicionales. *Persona*, 11, 109-128.
- (2008). La “visión del aura” como experiencia alucinatoria en individuos no-clínicos. *Revista Psico-USF*, 13(2), 277-286.
- (2008). Esperienze fuori del corpo ed esperienze allucinatorie: Un approccio psicologico. *Quaderni di Parapsicologia*, 39, 9, 32-51.
- (2008). Las experiencias extracorpóreas y las experiencias alucinatorias: Relación con variables cognitivas y perceptuales. *Liberabit*, 14, 5-14.
- (2008). Alucinaciones “negativas”: ¿Falla en la percepción o disociación amnésica? *Actualidad Psicológica*, 33(366), 29-31.

- (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencia alucinatorias en poblaciones no-psicóticas. *Persona*, 10, 213-231.
- (2007). La experiencia alucinatoria: El continuo de experiencias en individuos normales y psicóticos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 53(4), 244-256.
- (2007). ¿Es la alucinación una experiencia normal?: Una evaluación dimensional de la experiencia alucinatoria en individuos no-psicóticos. *Actualidad Psicológica*, 32(359), 20-24.
- (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica. *Alcmeón: Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 16(1), 61-71.
- (2006). "Seeing and feeling ghosts": Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *Journal of Parapsychology*, 70, 357-372.
- [con Adróver, F. y 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* (258-267). Buenos Aires: Akadia.
- ALUCINACIONES: ¿EXPERIENCIA O TRASTORNO?

Las alucinaciones son percepciones que, aunque ocurran en ausencia de estímulos sensoriales correspondientes, son indistinguibles de la percepción normal. La alucinación presenta tres características: la convicción de que el fenómeno tiene su origen fuera de uno mismo, una falta de control para distinguir entre alucinaciones e imaginación y una imposibilidad de alterar la experiencia en forma voluntaria.

El autor sostiene que las alucinaciones también pueden ser observadas en personas que no presentan ningún tipo de trastorno psicopatológico. El modelo de continuidad de la experiencia alucinatoria en esta obra se basa en estudios epidemiológicos, esto es, cómo varía su distribución en la población general.

Finalmente, se examina si resulta necesario una nueva palabra para suplir el término “alucinación” a causa de la clara connotación patológica de la experiencia.

Alejandro Parra es Psicólogo (UAI) y Doctor en Psicología (UCES). Se desempeña como psicoterapeuta en la práctica privada y como profesor e investigador en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires. Es autor de varios libros y numerosos artículos en revistas académicas nacionales y extranjeras. Ha sido conferencista invitado por diferentes universidades e instituciones europeas y americanas, además de participar como ponente en los principales congresos internacionales de su especialidad.