

## ESTUDIO EXPLORATORIO DE LA EXPERIENCIA ALUCINATORIA: COMPARACIÓN ENTRE EN POBLACIÓN CLÍNICA Y NO-CLÍNICA

Alejandro Parra<sup>1</sup>,  
Fernando Adróver<sup>2</sup>  
Gustavo González<sup>3</sup>  
[rapp@fibertel.com.ar](mailto:rapp@fibertel.com.ar)

Resumen.- Las alucinaciones –percepciones que ocurren sin estímulo externo– han sido consideradas tradicionalmente como uno de los mayores síntomas de enfermedad psiquiátrica. La presencia de alucinaciones en la población normal, y no sólo en esquizofrénicos, ha despertado el interés en algunos autores por investigar variables que pudieran estar ayudando a la aparición de la alucinación. Algunos sostienen que estos fenómenos tienen un origen común tanto en las personas normales como en los pacientes psiquiátricos. Basado en los cuestionarios de experiencias alucinatorias creados por Barrett y Launay y Slade, administramos un cuestionario sobre una muestra de 563 (17-57 años; Media= 25,53; SD= 7,27) y 26 pacientes bajo tratamiento, de ambos sexos (23–55 años; Media= 38,46, SD= 10,57). El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach del cuestionario indicó que éste produce datos consistentes internamente ( $\alpha$  de Cronbach= .93). Los resultados muestran que entre el 16–43% de los estudiantes indican haber tenido experiencias alucinatorias, al menos ocasionalmente. La modalidad visual fue baja (16%) e indicó que la muestra de individuos saludables experimentan escasas visiones respecto a las auditivas, lo cual representa la mayor diferencia (estudiantes: 20.7% vs. pacientes: 87.99%,  $X^2= 75.39$   $p < .001$ ). Además, las experiencias alucinatorias disminuyen respecto a la edad, así como también se observó una proporción mayor de experiencias alucinatorias en mujeres en comparación con varones ( $z= -2.70$ ;  $p= .007$ ). Claramente, muchas más personas experimentan alucinaciones que las que entran en contacto con los servicios médicos o psiquiátricos; la mayoría de esta línea de investigación ha producido hallazgos consistentes de que las experiencias alucinatorias han ocurrido en algún momento de sus vidas. Varias fuentes independientes indican que la psicosis existe como un continuo de experiencias con una distribución en la población general. Nuestros resultados sugieren que es posible la noción de un continuo de la psicosis en la investigación y la práctica clínica.

### INTRODUCCIÓN

Las alucinaciones han sido consideradas como uno de los mayores síntomas de enfermedad psiquiátrica. Sin embargo, algunos estudios indican que las personas claramente normales tienen experiencias alucinatorias subjetivas. Las alucinaciones –percepciones que ocurren sin estímulo externo– han sido consideradas tradicionalmente como uno de los mayores síntomas de enfermedad psiquiátrica. Una gran parte de la literatura que incluye estudios en al menos seis países indican que una significativa minoría de personas claramente normales tienen experiencias alucinatorias subjetivas (Lanteri, 1994; Assad, 1990).

En efecto, son numerosas las investigaciones que parecen apoyar la existencia de una continuidad entre los trastornos psicopatológicos y la personalidad normal, demostrando que los trastornos de la personalidad representarían el extremo en el continuo de rasgos de la personalidad normal. La principal característica que diferencia lo "normal" de lo "anormal" no está relacionada con las alucinaciones o cualquier otra característica del estado mental.

Podemos esperar, no obstante, que determinados fenómenos, como las alucinaciones, se puedan dar no sólo en los individuos con trastornos ligados a la psicopatología como experiencias perceptuales disfuncionales, sino también en la población general (Castilla del Pino, 1984; Keup, 1970). La presencia de alucinaciones en la población normal, y no sólo en esquizofrénicos, ha despertado el interés en algunos investigadores en salud mental por investigar variables que pudieran estar educiendo alucinaciones.

Las alucinaciones no pueden ser observadas en forma totalmente aislada, por el contrario, deben ser conceptualizadas en el contexto del estado actual de la neuropsiquiatría. Este contexto implica una evaluación detallada de ideas básicas tales como el nivel de consciencia del sujeto, la calidad de su pensamiento, su estado emocional, su actividad motora, su conducta impulsiva y motivacional, sus interacciones con el medio ambiente, la introspección de su experiencia y su condición en general, su juicio, su contacto con la realidad, su propensidad a ser peligroso y su apariencia y condiciones físicas. A menos que estas características estén incluidas en el actual estado de evaluación del sujeto así como también en el intento retrospectivo de evaluar el episodio alucinatorio, los datos principales no solamente no se perderán, sino también los psiquiatras podrán estar mejor posicionados para evaluar estas experiencias, el cual coincide con el modelo médico tradicional. De este modo, mucho del trabajo citado por personas no formadas psicológica ni psiquiátricamente debe ser visto en el contexto de las limitaciones de su entrenamiento (para mayor información ver Leudar, Ivan y Phillips, 2000; Siegel y West, 1975).

La presencia de alucinaciones en la población normal, no sólo en esquizofrénicos, ha despertado el interés en algunos autores por investigar variables que pudieran estar ayudando a la aparición de la alucinación. Algunos estudios recientes sobre la incidencia de las alucinaciones en población no clínica han sido llevados a cabo por Barrett (1992) y Barrett y Etheridge (1994); quienes encontraron que casi la mitad de su muestra tenía experiencias alucinatorias una vez al mes. Por otro lado también llegaron a la conclusión de que los "alucinadores" tienen mayor imaginación vívida que los "no-alucinadores", pero no mejor control de sus imágenes. Barrett y Etheridge (1994) relacionaron las alucinaciones con distintos tipos de personalidades disfuncionales y sus resultados indicaban que los "alucinadores" diferían de los "no-alucinadores" en las dimensiones emocional y social, aunque no encontraron relación entre las experiencias alucinatorias y una patología subyacente.

Con respecto al mecanismo responsable de la aparición de las alucinaciones, Slade y Bentall (1989) y Bentall (1990) han concluido que estos fenómenos tienen un origen común tanto en las personas normales como en los pacientes psiquiátricos (Stagnaro, 1998; Valiente Ost, 2002). Su hipótesis es que el fenómeno alucinatorio representa un fallo en el proceso de discriminación de la realidad, lo que implicaría que una experiencia generada internamente es atribuida a una fuente externa. Existe otra tendencia para explicar este tipo de fenómenos alucinatorios, la de aquellos autores que sostienen la idea de que las alucinaciones guardan estrecha relación con alteraciones funcionales de la personalidad, esto es, dentro de un continuo de normalidad-anormalidad.

Basado 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 (LSHS-R) (Launay y Slade, 1981, modificado por Bentall y Slade, 1985) nuestra versión es una escala diseñada para medir la predisposición a las alucinaciones, particularmente sobre individuos no-psicóticos. Los ítems de ambas escalas, incluyendo los de nuestro estudio, se han creado en base a experiencias alucinatorias que ocurren en un continuo con los estados mentales normales (Launay & Slade, 1981). Tales estados sugieren que un número de individuos dentro de la población normal tiene experiencias psicóticas, esto es, la observación de que un pequeño, pero sustancial número de sujetos en la población normal tiene experiencias alucinatorias (Slade & Bentall, 1988; Aleman & de Hann, 1998).

Los objetivos de este estudio son examinar (a) en qué medida se presentan las experiencias alucinatorias y con qué frecuencia tanto en población de estudiantes saludables como en pacientes psicóticos, (b) poner a prueba la confiabilidad del cuestionario de experiencias alucinatorias y (c) determinar diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras mediante el empleo de este cuestionario, y (d) sostener la idea de que sugiere que las alucinaciones existen en un continuo (normal-patológico) de estados mentales.

## MÉTODO

### *Participantes*

La muestra se compone por dos muestras. Un grupo compuesto por 650 estudiantes universitarios de ambos sexos, 156 varones (24%) y 494 mujeres (76%), cuyo rango etario es de 17 a 57 años (Media= 25,57; SD= 7,23; Media varones= 26,07; SD= 6,59; Media mujeres= 25,39, SD= 7,42) de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. El segundo grupo está integrado por 26 pacientes con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicopatologías no-especificadas internados en el Hospital Braulio Moyano (mujeres) y Hospital Jose T. Borda (varones), de ambos sexos, 13 varones y 13 mujeres, cuyo rango etario es de 23 a 55 años (Media= 38,46, SD= 10,57; Media varones= 38,46, SD= 10,57; Media mujeres= 40,42, SD= 14,90).

### *Instrumento*

Basado 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 (LSHS-R) (Launay y Slade, 1981, modificado por Bentall y Slade, 1985) la versión es una escala autoadministrada de 38 ítems diseñada para medir la predisposición a las alucinaciones, particularmente sobre individuos no-psicóticos, en siete modalidades sensoriales: auditiva (ítems 1 a 16), visual (ítems 17 a 25), gustativa (ítems 26 a 28), táctiles (ítems 29 a 33), olfativas (ítems 34 a 38) e hipnagógico/hipnopómpicas (H/H) (ítems 12, 25, 28, 30, 31, 33 y 38). La H/H es una subescala que representa la suma de los ítems correspondientes a cada modalidad sensorial, pero que no distingue entre hipnagógica (pasaje de la vigilia al sueño) e hipnopómpica (pasaje del sueño a la vigilia). Cada ítem se responde mediante una escala Likert de cinco puntos, siendo 0 (nunca) y 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo).

La confiabilidad de la escala con el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach indicó que produce datos consistentes internamente ( $\alpha$  de Cronbach= .93); la confiabilidad estimada para las subescalas también fue alta (auditivas= .90, visuales= .90, gustativas= .72, táctiles= .76, olfativas= .74 e H/H= .75). En general, un valor  $\alpha$  de Cronbach de .60 es una medida aceptable de confiabilidad (Grady y Wallston, 1988; Kim y Mueller, 1978). Dividimos el puntaje total de cada modalidad sensorial por el número de ítems de cada subescala. Este valor se dividió por seis (el número de modalidades sensoriales de alucinación). De esta manera se obtuvo una variable cuyos valores se extienden entre 0 y 4 y en la cual cada modalidad tiene el mismo peso. Los análisis fueron procesados mediante el *SPSS 11.5* (en español).

### *Procedimiento*

Aplicamos una técnica de muestreo no-probabilística para obtener el mayor número de casos. El cuestionario se distribuyó a cada estudiante durante una clase de cursada teórica, presentado bajo el pseudo-título *Cuestionario de Experiencias Psicológicas* para evitar distorsiones en las respuestas. El tiempo promedio para completar el cuestionario fue de 10 minutos. Los estudiantes recibieron una vaga información del objeto de estudio y se les invitó a participar voluntaria y anónimamente, en una única sesión, en días y horarios previamente pactados con los docentes.

Para el caso de la muestra clínica, administramos el mismo cuestionario a un número de pacientes previamente seleccionados por enfermeros o directores de pabellón quienes nos permitieron entrevistar a individuos con diagnóstico de esquizofrenia, en su mayor parte con habilidades cognitivas (p. ej. atención, memoria) suficientemente aptas como para responder el cuestionario sin dificultad. La muestra comprende pacientes internados de ambos sexos, a partir de los 21 años sin límite de edad. Algunos cuestionarios fueron completados por el entrevistador en forma oral, en otros casos, los pacientes aceptaron la condición autoadministrables. El tiempo promedio para completar los

cuestionarios fue de 20 minutos. Algunos cuestionarios quedaron incompletos, por lo cual se presentan aquellos que se respondieron los 38 ítems en su totalidad. Los pacientes recibieron una vaga información del objeto de estudio y se les invitó a participar voluntaria y anónimamente en una única sesión. De los 680 cuestionarios recibidos, sólo 654 (96.17%) fueron útiles para este estudio.

### Análisis de los datos

El análisis estadístico de los puntajes de los cuestionarios fue procesado y evaluado por uno de nosotros<sup>4</sup>. La matriz de datos del programa estadístico (*SSPS 11.5*) también fue diseñada por uno de nosotros.

## RESULTADOS

**TABLA 1: MODALIDAD SENSORIAL Y FRECUENCIA DE EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS EN ESTUDIANTES Y PACIENTES\***

Experiencia Alucinatoria	Estudiantes (N= 650)			Pacientes (N= 92)		
	VARONES	MUJERES	TOTAL	VARONES	MUJERES	TOTAL
<b>Auditiva</b>						
Nunca	77,22	80,20	79,30	12,21	11,89	12,01
Si (total)	22,76	22,64	20,70	87,79	88,11	87,99
Si, rara vez	13,18	13,65	12,01	23,12	22,67	23,55
Si, ocasionalmente	7,54	7,11	6,55	21,69	22,63	22,62
Si, a menudo	1,61	1,23	1,59	21,56	21,65	21,15
Si, muy a menudo	.43	.65	.55	21,42	21,16	20,67
<b>Visual</b>						
Nunca	82,11	83,76	83,18	55,67	56,01	55,98
Si (total)	18,21	17,87	16,52	44,33	43,99	44,02
Si, rara vez	12,11	11,45	10,26	24,47	23,01	23,55
Si, ocasionalmente	4,80	5,02	4,90	14,12	14,87	14,52
Si, a menudo	.88	.93	.91	2,87	3,06	2,99
Si, muy a menudo	.42	.47	.45	2,87	3,05	2,96
<b>Táctil</b>						
Nunca	75,09	75,54	75,10	31,98	31,43	31,53
Si (total)	23,74	24,54	24,90	68,57	68,57	68,47
Si, rara vez	17,2	17,87	17,74	9,455	10,56	10,00
Si, ocasionalmente	4,23	4,12	4,82	21,56	20,82	21,40
Si, a menudo	1,53	1,65	1,46	19,12	19,54	19,38
Si, muy a menudo	.76	.90	.88	17,89	17,65	17,69
<b>Gustativa</b>						
Nunca	57,12	56,98	56,94	34,76	34,65	34,61
Si (total)	45,21	43,63	43,06	65,24	65,35	65,39
Si, rara vez	27,11	26,86	26,61	23,61	23,65	23,07
Si, ocasionalmente	13,89	12,54	12,14	24,97	22,92	24,38
Si, a menudo	2,56	2,91	2,84	13,06	14,87	14,10
Si, muy a menudo	1,65	1,32	1,47	3,34	3,91	3,84
<b>Olfativa</b>						
Nunca	71,11	70,45	70,22	25,21	25,76	25,38
Si (total)	28,99	30,33	29,78	74,70	74,24	74,62
Si, rara vez	21,01	20,97	20,82	21,45	21,65	21,53
Si, ocasionalmente	5,54	5,87	5,89	38,04	36,69	37,33
Si, a menudo	1,12	2,06	1,95	13,07	13,12	13,07
Si, muy a menudo	1,32	1,43	1,12	2,23	2,78	2,69

**Hipnagógica/Hipnopómpica**

Nunca	<b>76,78</b>	<b>76,23</b>	<b>76,35</b>	<b>33,81</b>	<b>34,06</b>	<b>33,97</b>
Si (total)	<b>22,33</b>	<b>22,66</b>	<b>22,85</b>	<b>66,19</b>	<b>65,94</b>	<b>66,03</b>
Si, rara vez	16,32	16,65	16,70	19,14	19,34	19,23
Si, ocasionalmente	4,89	4,45	4,67	25,50	24,47	25,01
Si, a menudo	1,12	1,56	1,48	14,02	14,26	14,10
Si, muy a menudo	.65	.97	.80	7,53	7,87	7,69

**TOTAL**

Nunca	<b>78,89</b>	<b>78,56</b>	<b>78,36</b>	<b>28,12</b>	<b>28,67</b>	<b>28,54</b>
Si (total)	<b>21,04</b>	<b>22,25</b>	<b>21,64</b>	<b>71,88</b>	<b>71,24</b>	<b>71,46</b>
Si, rara vez	14,11	14,78	14,66	20,22	20,34	20,44
Si, ocasionalmente	4,56	4,81	4,70	24,95	23,11	23,90
Si, a menudo	1,67	1,89	1,56	14,21	14,89	14,37
Si, muy a menudo	.70	.77	.72	12,50	12,99	12,75

\* Se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo) en un valor único (1), esto es, ausencia/presencia de la experiencia alucinatoria. Los valores aquí presentados (porcentajes) fueron obtenidos de los 38 ítems para los 655 sujetos que completaron el cuestionario.

A causa de la asimetría en la distribución de frecuencias de las tres muestras (psicología, abogacía, y pacientes), se aplicó el Análisis de la Varianza de Kruskal-Wallis para el análisis de las siete modalidades sensoriales de alucinación y el puntaje total (ver Tabla 2).

**TABLA 2: MODALIDAD SENSORIAL DE EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS: DIFERENCIAS ENTRE MUESTRAS**

Modalidad	Muestra	N	Promedio	$\chi^2_{***}$
<b>Auditiva</b>	Estudiantes	650	323.47	75.39
	Pacientes	26	649.96	
<b>Visual</b>	Estudiantes	650	323.86	52.95
	Pacientes	26	317.61	
<b>Gustativa</b>	Estudiantes	650	332.02	22.83
	Pacientes	26	293.33	
<b>Táctil</b>	Estudiantes	650	327.58	71.834
	Pacientes	26	281.33	
<b>Olfativa</b>	Estudiantes	650	328.10	58.99
	Pacientes	26	285.47	
<b>Hipnagógica -Hipnopómpica<sup>(a)</sup></b>	Estudiantes	650	325.30	74.83
	Pacientes	26	292.85	
<b>Total</b>	Estudiantes	650	326.65	74.83
	Pacientes	26	279.80	

\*\*\*  $gl= 2$ ;  $p= < .001$  ( $p$  ajustada= .008).

(a) Resulta de la suma de los puntajes de cada modalidad sensorial.

Los resultados mostraron diferencias en todas las modalidades entre la muestra de pacientes respecto a las de estudiantes de psicología y abogacía. Como muestra, los estudiantes obtuvieron claramente el menor promedio respecto a los pacientes, quienes obtienen promedios mayores.

**TABLA 3: MODALIDAD SENSORIAL DE EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS: DIFERENCIAS ENTRE MUESTRAS DE ESTUDIANTES Y PACIENTES**

Item	U de Mann-Whitney	z	p	Item	U de Mann-Whitney	z	p
1.	5534,500	-2,88	.003	20.	6452,500	-2,57	< .001
2.	1411,500	-8,82	< .001	21.	5523,000	-4,57	< .001
3.	439,500	-15,72	< .001	22.	6785,500	-3,89	n.s.
4.	1816,000	-8,92	< .001	23.	7022,000	-2,16	n.s.
5.	1900,000	-8,30	< .001	24.	7323,000	-1,70	< .001
6.	528,500	-14,76	< .001	25.	1147,500	-10,34	n.s.
7.	1807,500	-8,88	< .001	26.	7223,000	-1,31	n.s.
8.	603,000	-12,08	< .001	27.	7501,000	-,22	< .001
9.	456,000	-17,45	< .001	28.	2137,500	-7,42	< .001
10.	2536,500	-6,38	< .001	29.	1459,500	-8,13	< .001
11.	1481,500	-9,79	< .001	30.	1928,500	-8,73	< .001
12.	2197,000	-7,58	< .001	31.	7099,500	-1,67	n.s.
13.	3054,000	-10,63	< .001	32.	2148,000	-7,97	< .001
14.	1890,500	-11,64	< .001	33.	6147,000	-3,06	.001
15.	3368,500	-10,31	< .001	34.	1707,000	-8,15	< .001
16.	1281,000	-14,85	< .001	35.	2254,500	-8,56	< .001
17.	5952,000	-4,26	n.s.	36.	3773,500	-5,94	< .001
18.	6903,000	-1,06	< .001	37.	4960,000	-3,75	< .001
19.	4885,500	-8,15	.005	38.	6270,000	-3,04	.001

Un análisis de correlación adicional con el estadístico *r* de Pearson, también encontró diferencias significativas en las modalidades sensoriales de alucinación en relación con la edad de la muestra de estudiantes, tales como auditiva ( $r = .24$ ;  $< .001$ , a dos colas), visual ( $r = .11$ ;  $.003$ , a dos colas), gustativa ( $r = .10$ ;  $.009$ , a dos colas), olfativa ( $r = .21$ ;  $< .001$ , a dos colas), H/H ( $r = .14$ ;  $< .001$ , a dos colas) y alucinación total ( $r = .18$ ;  $< .001$ , a dos colas), excepto táctil, las cuales mostraron que la experiencias alucinatoria disminuyen respecto a la edad elevada, aunque en general estas correlaciones son pequeñas. Además, se encontró una diferencia significativa de experiencias alucinatorias en el género ( $z = -2.70$ ;  $.007$ ), donde las mujeres puntuaban más que los varones. Se encontraron diferencias significativas entre pacientes y estudiantes en todos los ítemes, excepto 18, 20, 23, 24, 26, 27, y 31.

## CONCLUSIONES

Hay individuos normales que no experimentan alucinaciones bajo ninguna circunstancia en especial, y los estudios han mostrado que muchas más personas experimentan alucinaciones que las que entran en contacto con los servicios médicos o psiquiátricos. Por ejemplo, En nuestros estudios obtuvimos un rango entre 20 a 25% de experiencias alucinatorias en la muestra de estudiantes, excepto la modalidad sensorial gustativa (43%). La modalidad visual fue baja (16%) e indicó que la muestra de individuos saludables experimentan escasas visiones respecto a las auditivas, que representaron la mayor diferencia entre ambas muestras (estudiantes: 20.7% vs. pacientes: 87.99%,  $X^2 = 75.39$   $p < .001$ ). Romme, Honig, Noorthoorn, y Escher (1992) dirigieron un estudio de alucinaciones auditivas en 450 personas que habían respondido a una convocatoria por televisión. Setenta y seis de los 173 sujetos que respondieron a la encuesta no estaban en cuidado psiquiátrico.

Varios estudios han evaluado experiencias alucinatorias en muestras de estudiantes universitarios saludables que usaron cuestionarios de medición. Estos estudios han producido hallazgos consistentes y han mostrado una proporción considerable de experiencias de alucinaciones en individuos en algún momento de sus vidas. Posey y Losch interrogaron a una muestra de 375

estudiantes. El 71% indicó una experiencia, al menos breve, voces alucinatorias ocasionales durante periodos de vigilia y el 39% oír sus pensamientos pronunciados en voz alta (Posey & Losch, 1983). Barrett y Etheridge encontraron que entre el 30-40% de una muestra de 586 estudiantes universitarios indicaron haber tenido la experiencia de oír voces y casi la mitad de éstos indicaron que la experiencia ocurrió por lo menos una vez al mes. Ambos estudios encontraron que una proporción considerable de sujetos presentaron incluso algunos de los ítems, más "patológicos" como rango Schneideriano de "oír una voz que pronuncia en voz alta sus pensamientos."

Algunos estudios han intentado estimar el prevalencia de experiencias alucinatorias en la población adulta general. El estudio inicial fue llevado a cabo por Sidgwick y colegas de la Society for Psychical Research británica. Se entrevistaron a 17.000 adultos y se excluyeron a las personas con enfermedad psiquiátrica o física obvia, usando un programa de entrevista estándar. Casi el 8% de los hombres y el 12% de las mujeres en la muestra indicaron una experiencia alucinatoria por lo menos una vez en su vida (Sidgwick, Johnson, y Myers et al., 1894). West distribuyó una encuesta que cubre las mismas áreas inspeccionadas en el estudio de Sidgwick. De los 1519 sujetos que respondieron, 217 (14.3%) informaron haber experimentado alucinaciones (West, 1948). En el primer estudio moderno de alucinaciones, McKellar interrogó a un grupo de 500 personas "normales", y 125 (25%) de éstos informaron por lo menos de una experiencia alucinatoria (McKellar, 1968). Tien mostró datos del Programa de Captación del Área Epidemiológica que se llevó a cabo en los Estados Unidos entre 1980-1984. El programa entrevistó a 18,572 residentes de la comunidad usando el Diagnostic Interview Schedule (Programa de Entrevista Diagnóstica, o DIS). La prevalencia de alucinaciones (no relacionada a drogas o problemas médicos) fue del 10% para los hombres y del 15% para las mujeres, y las proporciones globales fueron similares para las alucinaciones visuales, auditivas, y las táctiles. Además, las proporciones de alucinaciones que no causan algún dolor o deterioro de función eran mucho más altas que las asociadas con el dolor o deterioro (Tien, 1991). Johns analizó las respuestas en el Cuestionario de Monitoreo de Psicosis (PSQ), recolectadas como parte del Cuarto Estudio Nacional de Minorías Étnicas. La prevalencia anual de experiencias alucinatorias (oyendo o viendo cosas que otras personas no pudieron) era del 4% en una muestra de 2,800 blancos entrevistados (Johns, Nazroo, Bebbington, & Kuipers, 1998). La tasa de prevalencia de experiencias alucinatorias informadas en estos estudios proveyó estimaciones de las poblaciones generales inspeccionadas.

Varias fuentes independientes de evidencia indican que esa psicosis existe como un continuo de experiencias con una distribución en la población general. Las implicaciones de esta evidencia para el diagnóstico, etiología y tratamiento de estados psicóticos que son asociados con la necesidad por el cuidado van claramente en aumento. Los resultados alentadores (Jones, Cormac, Mota, & Campbell, 2000) de nuevos acercamientos de las terapéuticas que son caracterizadas por una visión dimensional y una normalización racional, sugieren que puede ser recomendada una posterior incorporación de la noción de un continuo de la psicosis en la investigación científica y la práctica clínica.

## REFERENCIAS

- Aleman, A., Böcker, K.B.E. & De Haan, E.H.F. (1999). Disposition towards hallucination and subjective versus objective vividness of imagery in normal subjects. *Personality and Individual Differences*, 27, 707-714.
- Assad, G. (1990). *Hallucinations in clinical psychiatry: A guide for mental health professionals*. New York, NY: Brunner Mazel.
- Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normal I: People who hear «voices». *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.
- Barrett, T. R., & Etheridge, J. B. (1994). Verbal hallucinations in normals III: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.

- Castilla Del Pino, C. (1984). *Teoría de la alucinación: Una investigación de teoría psico(pato)lógica*. Madrid: Alianza.
- Grady, K.E. y Wallston, B.S. (1988). *Research in health care setting*. Newbury Park: Sage.
- Johns, L. C., Nazroo, J. Y., Bebbington, P., & Kuipers, E. (1998). Occurrence of hallucinations in a community sample. *Schizophrenia Research*, 29, 23.
- Jones, C., Cormac, I., Mota, J., & Campbell, C. (2000). Cognitive comportamiento therapy for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, 2.
- Keup, W. (1970). *Origin and mechanisms of hallucinations*. New York: Plenum Press.
- Kim, J. y Mueller, C.W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Newbury Park: Sage.
- Lanteri, G. (1994). *Las alucinaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Launay, G. y Slade, P.D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234.
- Leudar, I. y Phillips, T. (2000). *Voices of reason, voices of insanity: Studies of verbal hallucinations*. London, UK: Routledge.
- McKellar, P. (1968). *Experience and comportamiento*. Harmondsworth: Penguin Press.
- Posey, T. B., & Losch, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99-113.
- Romme, M. A., Honig, A., Noorthoorn, E. O., & Escher, A. D. (1992). Coping with hearing voices: an emancipatory approach. *British Journal of Psychiatry*, 161, 99-103.
- Siegel, R.K. y West, L.J. (1975). *Hallucinations: Behavior, experience, and theory*. New York, NY: Wiley.
- Slade, P.D., & Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception; a scientific analysis of hallucination*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Stagnaro, J.C. (Ed.) (1998). *Alucinar y delirar, Tomo 1*. Buenos Aires: Polemos.
- Tien, A. Y. (1991). Distributions of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287- 292.
- Tien, A. Y., & Eaton, W. W. (1992). Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. *Archives of General Psychiatry*, 49, 37-46.
- Valiente Ost, C. (2002). *Alucinaciones y delirios*. Madrid: Síntesis.
- West, D. J. (1948). A mass-observation questionnaire on hallucinations. *Journal of the Society for Psychological Research*, 34, 187- 196.

## APÉNDICE CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS

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

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, el demonio o cualquier otra entidad espiritual, y escuchar claramente su voz como si estuvieran hablándome al oído.
17. Mientras viajaba por la ruta, estando en compañía de otras personas, he visto claramente a una persona parada, vestida y de buen aspecto. Pero yo fui el único que 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 como actúan.
23. Espontáneamente he visto a una persona a pesar 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.<sup>26</sup> 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.
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 soplaban en mi cara. Era muy claro y de ninguna manera estaba dormido. Nadie estaba en la habitación salvo la persona que comparte mi cuarto, que estaba dormida. No sé de dónde pudo venir aquel aire frío.
31. He tenido la experiencia de despertarme porque alguien me sacudía el pie. Lo sentí como si ocurriera realmente. Me levanté para ver si había alguien, pero estaba yo solo en casa.
32. He tenido la experiencia de sentirme como 'fuera de mi cuerpo físico,' esto es, la sensación de que mi yo (mente, o conciencia o espíritu) estaba desplazada en un sitio diferente al de mi cuerpo.
33. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido las vívidas sensaciones de presencia, como si alguien o algo me tocara o presionara todo o alguna parte de mi cuerpo. Estas sensaciones me atemorizan.
34. He tenido la experiencia de oler algo que se quema, pero cuando trato de mirar qué puede ser, no encuentro nada en el fuego.
35. Olores nauseabundos y desagradables me invaden espontáneamente y a pesar de su intensidad, no puedo determinar de donde 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.

<sup>1</sup> Psicólogo. Docente de la Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires, Argentina

<sup>2</sup> Psicólogo. Secretario Académico de la Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires, Argentina.

<sup>3</sup> Psicólogo. Decano de la Facultad de Psicología. Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires, Argentina.

<sup>4</sup> Un agradecimiento particular para a psicóloga Romina Ileana Mielgo quien evaluó la mayoría de las pruebas y la entrada de datos en el *SPSS*.