

VARIEDADES DE LA EXPERIENCIA DE OIR VOCES: COMPARACION ENTRE PSIQUICOS Y PSICOTICOS

Alejandro Parra

Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina

Jorge Villanueva & Juan Carlos Argibay

Instituto de Psicología Paranormal, Buenos Aires, Argentina

RESUMEN. Escuchar voces que no están presentes es un síntoma de enfermedad mental sin embargo, estas experiencias pueden ser comunes en la población lo que lleva a algunos a proponer la existencia de un continuo de psicosis desde la salud hasta la enfermedad. El objetivo principal de este estudio fue comparar dos grupos: (i) individuos que oyen voces con y sin diagnóstico clínico (psicosis) e (ii) individuos que no oyen voces con y sin diagnóstico trastorno psicótico en puntuaciones de esquizotipia, alucinaciones, contenido de voces (negativo o positivo), multidimensionalidad del delirio y el compromiso religioso/espiritual. Se hipotetiza que (H1) los Grupos 1 y 2 (individuos que oyen voces con un trastorno psicótico e individuos que oyen voces sin trastorno psicótico) puntúan más alto en (1) contenido negativo y positivo de las voces (BVQ-R), (2) temporalidad del evento auditivo (BAVQ-R), (3) esquizotipia (O-LIFE), (4) compromiso religioso/espiritual (BMMRS), (5) predisposición a las alucinaciones (LSHS-R) y (6) multidimensionalidad del delirio (PDI) en comparación con los Grupos 3 y 4 (individuos que no oyen voces con trastorno psicótico e individuos que no oyen voces sin trastorno psicótico). Encontramos que las experiencias alucinatorias de los psíquicos de voces son muy similares a las de los pacientes. Los pacientes tenían experiencias de audición de voz mucho más negativas, era más probable que recibieran una reacción negativa cuando compartían sus voces con otros por primera vez y, posteriormente, esto era más perjudicial para sus relaciones sociales. Predecimos que esta submuestra de oyentes sanos de voces puede tener mucho que enseñarnos sobre la neurobiología, la psicología cognitiva y, en última instancia, el tratamiento de las voces perturbadoras.

Palabras Clave: *Psíquicos, Alucinaciones auditivas, Esquizotipia, Delirio, Psicosis.*

Enviado. 13-02-2020 | Aceptado. 15-10-20

Correspondencia al autor: Alejandro Parra rapp_ale@fibertel.com.ar

INTRODUCCION

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 (Lawrie et al., 2010; Johns et al., 2014)

Bentall (2014), 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”. De hecho, 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 (Corlett & Fletcher, 2012; Schmack et al., 2009; van Os et al, 1999, 2009)

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 (Johns et al., 2014; Corlett & Fletcher, 2012).

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 (Lawrie, Hall, McIntosh, Owens, & Johnstone, 2010).

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 (Peters, Joseph, & Garety, 1999).

En buena medida, lo disfuncional de una experiencia alucinatoria depende 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 (Bentall, 2014).

En este sentido, podemos sostener que las alucinaciones son fenómenos complejos que presentan una gran cantidad de implicaciones clínicas, teóricas y empíricas. Las investigaciones que examinan la existencia de una continuidad entre los trastornos psicopatológicos y la personalidad normal (Mason, Claridge, & Jackson, 1995) 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*, 2013) 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 (Peters, Williams, Cooke, & Kuipers, 2012). 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 (Bentall, 2014). Actualmente, en los sistemas clasificatorios como el DSM, las alucinaciones se incluyen entre los síntomas de las psicosis funcionales.

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. 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.

En síntesis, las alucinaciones y los delirios ("síntomas positivos" de la psicosis) pueden estar presentes en la población general que no requiere psicofármacos y/o psicoterapia (Strauss, 1969; van Os, Verdoux et al., 1999). Puede que no sean patognomónicamente severos, o posean otras patologías graves, pero podría haber un continuo desde formas atenuadas leves hasta más severas (Johns et al., 2014). Estas observaciones sugieren una "desestigmatización" de las percepciones y creencias, y su impacto en la investigación es muy importante (Corlett & Fletcher, 2012; Schmack et al., 2009; van Os et al., 1999, 2009). Sin embargo, estos estudios no han cambiado la práctica clínica, de hecho, algunos aún se muestran escépticos al respecto (Lawrie, Hall, McIntosh, Owens, & Johnstone, 2010). Por otra parte, existe una considerable superposición entre las experiencias clínicas y no clínicas cuasi-psicóticas, lo que dificulta discernir cuáles merecen intervención y cuáles no. Las personas con psicosis diagnosticada tienden a estar significativamente más angustiadas por sus experiencias que las que no, a pesar de su convicción y preocupación (Peters, Day, McKenna & Orbach, 1999).

Los médiums dicen haber recibido mensajes auditivos del mundo espiritual y trascendental. Así como no estamos interesados en las afirmaciones de muchos pacientes respecto a la procedencia de sus voces, tampoco estamos interesados en menospreciar las creencias espiritistas y a los médiums (Krippner & Friedman, 2010), sino que planeamos estudiar médiums, del mismo modo que Garety y Peters estudiaron a sacerdotes druidas para comprender mejor la distinción entre creencias y el delirio (Peters, Day, McKenna y Orbach, 1999).

Las experiencias auditivas (Romme & Escher, 1989) de las comunidades espiritistas de mediumnidad parlante dicen recibir mensajes auditivos de los espíritus (en oposición a modos más visuales), también conocida como clariaudiencia por mediumnidad (Klimo, 1998; Krippner & Friedman, 2010). La fenomenología de las voces en mediums clariaudientes se comparará con pacientes con enfermedades psicóticas que tienen alucinaciones auditivas. Esas experiencias podría ser motivo para concluir que los mediums no están "simulando" tener experiencias de oír voces, y evaluar estas diferencias nos permite comprender mejor la problemática de las personas que oyen voces (Houran, 2000).

Hay estudios que indican que las personas que oyen voces, y que no están bajo tratamiento psicoterapéutico tienen funciones verbales y ejecutivas relativamente intactas (Daalman et al. 2011a,b), aunque el circuito neuronal activo durante la experiencia de oír voces parece ser bastante similar (Diederer et al., 2012). Otros estudios han señalado grandes diferencias en la valencia emocional y el contenido de las experiencias de oír voces, así como su esquema explicativo (Daalman et al., 2011a,b). Algunas personas en estos estudios, sin duda, se describirían a sí mismos como médiums en contraste con un diagnóstico de psicosis.

Sin embargo, las personas con experiencias de oír voces que no psicoterapia evocan una serie de explicaciones (Diederer, Daalman, & de Weijer, 2012). En la psicopatología experimental de las alucinaciones, se cita un estudio clásico de Barber y Calverey (1964) sobre la prueba del “White Christmas” (por ejemplo, Bentall, 2014): En este estudio, se instruyó a voluntarios sanos a cerraran sus ojos e imaginar que escuchar una famosa canción de Bing Crosby. Mientras Barber y Calverey (1964) interpretaron este hallazgo como evidencia de la facilidad con que las personas normales aceptaban las alucinaciones por sugestión, estudios posteriores aplicaron la prueba como un paradigma para explicar una categoría más amplia de experiencias alucinatorias auditivas.

El objetivo principal de este estudio fue comparar dos grupos: (i) individuos que oyen voces con y sin diagnóstico clínico (psicosis) e (ii) individuos que no oyen voces con y sin diagnóstico trastorno psicótico en puntuaciones de esquizotipia, alucinaciones, contenido de voces (negativo o positivo), multidimensionalidad del delirio y el compromiso religioso/espiritual. Se hipotetiza que (H1) los Grupos 1 y 2 (individuos que oyen voces con un trastorno psicótico e individuos que oyen voces sin trastorno psicótico) puntúan más alto en (1) contenido negativo y positivo de las voces (BVQ-R), (2) temporalidad del evento auditivo (BAVQ-R), (3) esquizotipia (O-LIFE), (4) compromiso religioso/espiritual (BMMRS), (5) predisposición a las alucinaciones (LSHS-R) y (6) multidimensionalidad del delirio (PDI) en comparación con los Grupos 3 y 4 (individuos que no oyen voces con trastorno psicótico e individuos que no oyen voces sin trastorno psicótico).

Participantes

Mediante una breve explicación del procedimiento y una entrevista con nosotros para obtener más información sobre el tema, se reclutaron cuatro grupos de participantes (N = 200):

(1) Oyentes de voces con un trastorno psicótico (P+H+, $n = 50$): Este grupo fue reclutado a través de publicidad local y por derivación clínica, 26 (52%) varones y 24 (48%) mujeres, cuyo rango de edad era 24 a 71 años (Media = 46,20 años,

DT = 12,24). Algunos de ellos fueron recomendados para el estudio a través de sus médicos en la ciudad de Buenos Aires, Argentina.

(2) Oyentes de voces sin trastorno psicótico (P-H+, $n = 50$). Este grupo fue reclutado a través de un anuncio que se colocó en la internet y otros sitios (principalmente en círculos espiritistas y otros cultos espiritualistas) y por recomendación. Fueron 8 (16%) varones y 42 (84%) mujeres, cuyo rango de edad era de 21 a 58 años (Media = 44,24 años, DT = 9,89).

(3) No oyentes de voces con trastorno psicótico (P+H- $n = 50$): Este grupo fue reclutados a través de publicidad local, derivación a través de sus médicos en hospitales de Buenos Aires, Argentina. Fueron 27 (54%) hombres y 23 (46%) mujeres, cuyo rango de edad fue de 49 a 75 años (Media = 60,24 años, DT = 7,91).

(4) No oyentes de voces sin trastorno psicótico (P-H- $n = 50$). Este grupo estuvo integrado por estudiantes de pregrado de los cuales muchos eran también creyentes en lo paranormal. Fueron 12 (24%) hombres y 38 (76%) mujeres, cuyo rango de edad fue de 20 a 66 años (Media = 23,24 años, DE = 13,91).

Criterios de Exclusión/Inclusión

Para todos los participantes fue como sigue: quedaron excluidos de la muestra

(1) cualquier trastorno neurológico o traumatismo craneoencefálico que provoque pérdida del conocimiento o déficits sostenidos; (2) uso recreativo de drogas o alcohol que cumpla con los criterios de riesgo para beber; (3) audición o visión anormal; (4) participantes que escuchan voces deben informar sobre sus experiencias auditivas al menos una vez al día; (5) participantes que no escuchan voces no deben haber tenido experiencias con las voces voz durante al menos seis meses antes de la inscripción; y (6) los participantes que no oyen voces con trastorno psicótico no deben haber tenido experiencias previas de escuchar voces.

Procedimiento

Se invitó a todos los participantes a responder los instrumentos de forma voluntaria y anónima que fueron entregados en forma contrabalanceada bajo el pseudo-título "Cuestionario de Experiencias Psicológicas", lo que evitó sesgar las respuestas. Los participantes clínicos fueron derivados al estudio a través de sus médicos en el Hospital J.T. Borda (para hombres) y Hospital B. Moyano (para mujeres) en Buenos Aires, Argentina. Los psíquicos clariaudientes se identificaron a sí mismos como tales en sitios web y/o en reuniones psíquicas locales. Se firmó un formulario de consentimiento apropiado que indicaba que eran libres de negarse a participar y que la participación era voluntaria y no se

hizo ningún pago a nadie.

Instrumentos

Inventario de Sentimientos y Experiencias de Oxford-Liverpool (O-LIFE; Mason, Claridge & Jackson, 1995; Mason, Claridge & Williams, 1997) es un cuestionario de 150 elementos con una respuesta de sí/no en términos de cuatro dimensiones: Positivo Esquizotipia y esquizotipia negativa (Mason et al., 1995, 1997). La evaluación psicométrica de la O-LIFE ha demostrado una buena fiabilidad test-retest ($= 0.80$). Cronbach para la consistencia interna fue .91 en la versión argentina de O-LIFE (ver Parra, 2015).

Escala de Alucinaciones de Launay-Slade (LSHS-R; Bentall & Slade, 1985, Launay & Slade, 1981). Es una medida utilizada frecuentemente de predisposición a las alucinaciones en individuos normales. Los tres factores identificados son: (1) eventos mentales vívidos, (2) alucinaciones con un tema religioso y (3) experiencias auditivas y visuales alucinatorias (Levitan, Ward, Catts & Hemsley, 1996). La confiabilidad interna del LSHS-R es buena para la muestra hispano-argentina, con un Cronbach de .78 (Parra, 2009).

Cuestionario de Creencia en las Voces (BAVQ-R; Chandwich, Lees & Birchwood, 2000). Es una medida de 35 ítems de las creencias de las personas sobre las alucinaciones auditivas y sus reacciones emocionales y de comportamiento ante ellas: malevolencia, benevolencia y omnipotencia. Todas las respuestas se califican en una escala de 4 puntos: en desacuerdo (0); convenir firmemente (4). El BAVQ-R está disponible a partir del primer autor que lo solicite (Peters, Williams, Cooke, & Kuipers, 2012). No hay confiabilidad interna disponible para la muestra hispano-argentina.

Peters Delusions Inventory (PDI; Peters, Joseph, & Garety, 1999): El PDI-21 es un cuestionario diseñado para medir rasgos y síntomas esquizotípicos en la población general. El PDI-21 incorpora la multidimensionalidad de los delirios, incluidas las medidas de angustia, preocupación y convicción. Esta evaluación se da a participantes de 11 a 85 años de edad. No hay confiabilidad interna disponible para la muestra hispano-argentina.

Escala Multidimensional de la Religiosidad y Espiritualidad (BMMRS; Peters, Joseph y Garety, 1999) para cuantificar el compromiso religioso/espiritual. El BMMRS es una encuesta de 38 ítems en formato de escala Likert. Las puntuaciones más bajas son indicativas de un mayor grado de religiosidad o experiencia espiritual para todos los ítems de BMMRS. Las subescalas BMMRS se conceptualizarán como mediciones de experiencias espirituales (es decir, experiencia emocional de sentirse conectado a un poder superior), prácticas religiosas (es decir, actividades basadas en la cultura) y factores de apoyo

congregacional. Sin fiabilidad interna. Está disponible para la muestra hispano-argentina.

RESULTADOS

Se realizó una prueba de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov (KS) y un calibre de confiabilidad de las medidas administradas por el alfa de Cronbach. Se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de los cinco instrumentos (todas $<.001$). En consecuencia, se decidió utilizar el *H* de Kruskal-Wallis para comparar cuatro grupos y el *Rho* de Spearman para correlacionar las puntuaciones de los análisis estadísticos. Además, se aplicó la corrección de Bonferroni para análisis múltiples cuando fue apropiado, así como una estimación del efecto de magnitud usando Eta-cuadrado.

Llevamos a cabo una entrevista semiestructurada integral en persona para comparar los cuatro grupos en una variedad de experiencias de audición de voces y la entrevista arrojó veintinueve experiencias auditivas. Las características de la voz se agruparon en temas y elementos que evalúan las características de la voz, su contenido (benevolente o perturbador), su frecuencia (0 = Nunca a 4= Múltiples veces), la respuesta afectiva y las creencias sobre la naturaleza de sus voces. Los dos grupos (grupos psicóticos y paranormales) no difirieron en casi ninguna característica acústica de sus voces, incluido el respaldo de voces que sonaban claras ("como habla externa"), aunque el grupo P-H + difirió en su probabilidad de apoyar también voces profundas ("como pensar en palabras").

De manera similar, el contenido y la frecuencia de las voces no difirieron entre los grupos de audición de voz. Por el contrario, los dos grupos de audición de voz interactuaron de manera diferente con sus voces, infirieron diferentes orígenes para sus voces y tuvieron diferentes respuestas afectivas hacia ellos. Los grupos psicóticos y paranormales respaldaron de manera similar las voces que ocurrieron espontáneamente (en situaciones tanto dentro como fuera de su práctica espiritual), pero era más probable que el grupo P-H + informara que podían hacer que las voces ocurrieran por voluntad y evitar que ocurrieran (ver Tabla 1).

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS DE LAS VOCES EN GRUPOS CLÍNICOS Y PARANORMALES

	<i>Grupo Psicótico (N = 100)</i>	<i>Grupo Paranormal (N= 100)</i>

1. He oído que alguien decía mi nombre.	65	76
2. Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez. Por ejemplo: "Carmen".	38	65
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.	58	56
4. ¿Le ha ocurrido una experiencia similar a esta?: "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."	56	47
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.	61	44
6. He tenido la experiencia de oír la voz de Dios; pero no como si se comunicara en mi corazón, sino como una voz que realmente viene desde fuera de mi cabeza.	56	39
7. He oído mi propia voz procedente de atrás mio, en forma de frases cortas, normalmente tranquilizadoras, como "todo va bien" o "calmate."	44	40
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 ésto sucede en ocasiones llego a contestarle.	46	49
9. Cuando estoy solo, oigo voces de niños angustiados.	22	28
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.	30	63
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.	18	47
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.	38	52
13. Algunas de mis creaciones (dibujos, canciones, poesías, cuentos, etc.) o mis principales inspiraciones son en realidad producto de alguien externo, no presente, que me las dicta.	39	38
14. Me ha ocurrido oír nítidamente el diálogo de dos o más voces de personas como si estuvieran a mi lado. Estaban	40	39

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.	26	44
16. Si lo deseo, puedo mantener conversaciones con ángeles, el demonio o cualquier otra entidad, y escuchar claramente su voz como si estuvieran hablándome al oído.	30	31
17. Cuando era niño, solía mantener una agradable conversación en voz alta con un amigo imaginario y prácticamente siempre oía lo que me decía.	34	33
18. He tenido sueños en donde he oído nítidamente conversaciones, voces, música, cantos, o melodías.	51	80
19. Una voz (o voces) me advirtieron de un peligro que luego efectivamente ocurrió, y que no podía saber o deducir de ningún modo.	24	58
20. A a voz nítida me susurra al oído exactamente lo mismo que otra persona iba a responderme.	22	48

Se predijo que (H1) los Grupos 1 y 2 (individuos que oyen voces con un trastorno psicótico e individuos que oyen voces sin trastorno psicótico puntúan más alto en comparación con los Grupos 3 y 4 (individuos que no oyen voces con trastorno psicótico e individuos que no oyen voces sin trastorno psicótico) en (H1) contenido de voces (negativo confirmada, $p < .001$; $e_s = .42$; y positivo confirmado, $p < .01$; $e_s = .24$), (2) eventos auditivos (no confirmado), (3) esquizotipia (confirmado, $p < .001$; $e_s = .30$), (4) Compromiso religioso/espiritual (no confirmado), (5) predisposición a las alucinaciones (confirmada, $p < .001$; $e_s = .40$), y (6) multidimensionalidad de los delirios (confirmada, $p < .001$; $e_s = .25$) (ver Tabla 2).

TABLA 2: COMPARACIÓN ENTRE CUATRO GRUPOS SOBRE CREENCIAS DE VOCES, CONTENIDO DE VOCES, ESQUIZOTIPIA, EXPERIENCIAS RELIGIOSAS / ESPIRITUALES, ALUCINACIONES Y DELIRIOS

Variables	Grupo	Media	DT	X^2*	p	e_s
1. Voces negativas (contenido)	P+H+	8,68	4,58	25,88	< ,001	.42
	P-H+	3,17	2,88			
	P+H-	3,48	4,26			
	P-H-	2,17	3,61			
2. Voces positivas (contenido)	P+H+	5,52	4,22	3,64	,01	.24
	P-H+	8,57	3,97			
	P+H-	6,96	5,15			
	P-H-	6,33	5,16			
	P+H+	3,12	1,52			

Oír eventos presentes (BAVQ-R)	P-H+	2,74	2,00	3,74	,01	.24
	P+H-	2,78	1,83			
	P-H-	1,83	1,82			
Oír eventos pasados (BAVQ-R)	P+H+	2,40	0,99			
	P-H+	1,96	1,66	14,02	< ,001	.32
	P+H-	2,11	1,08			
Oír eventos futuros (BAVQ-R)	P-H-	0,72	1,11			
	P+H+	1,88	1,43			
	P-H+	1,91	1,22	5,97	,001	.20
F1. Esquizotípia benigna	P+H-	2,00	1,32			
	P-H-	,89	1,08			
	P+H+	11,00	3,30			
F2. Esquizotípia negativa	P-H+	11,00	3,51	15,61	< ,001	.35
	P+H-	6,50	4,02			
	P-H-	9,25	3,96			
Esquizotípia (O-LIFE)	P+H+	9,65	1,99			
	P-H+	7,76	2,21	10,70	< ,001	.27
	P+H-	6,67	3,35			
1. Experiencias espirituales	P-H-	8,04	2,49			
	P+H+	20,65	4,62			
	P-H+	18,76	4,46	17,85	< ,001	.30
2. Valores / Creencias	P+H-	13,17	6,15			
	P-H-	17,29	5,33			
	P+H+	16,20	6,29			
3. Perdón	P-H+	15,43	5,84	1,94	n.s.	.08
	P+H-	15,25	6,24			
	P-H-	13,40	5,77			
4. Afrontamiento religioso	P+H+	4,24	1,91			
	P-H+	3,87	1,16	14,44	< ,001	.30
	P+H-	5,33	1,39			
5. Practicas religiosas privadas	P-H-	3,28	1,70			
	P+H+	5,64	2,78			
	P-H+	5,30	2,98	1,98	n.s.	.07
5. Practicas religiosas privadas	P+H-	6,58	2,70			
	P-H-	6,12	2,59			
	P+H+	12,92	9,53			
5. Practicas religiosas privadas	P-H+	15,17	8,98	2,79	,04	.12
	P+H-	15,08	10,08			
	P-H-	10,56	7,92			
5. Practicas religiosas privadas	P+H+	10,20	5,82			
	P-H+	8,54	3,78	5,79	,001	.20
	P+H-	7,00	4,76			
5. Practicas religiosas privadas	P-H-	7,24	3,98			
	P+H+	5,20	3,45			

6. Apoyo religioso	P-H+	4,18	3,60	3,80	,01	.20
	P+H-	4,00	2,37			
	P-H-	3,13	3,60			
7. Historia religiosa/espiritual	P+H+	1,96	1,49			
	P-H+	2,52	2,56	8,40	< ,001	.28
	P+H-	1,08	1,48			
8. Compromiso religioso	P-H-	1,46	0,84			
	P+H+	5,68	4,29			
	P-H+	5,70	4,10	0,46	n.s.	.07
9. Religiosidad (General)	P+H-	6,00	3,42			
	P-H-	5,04	4,52			
	P+H+	8,64	2,52			
<i>Religiosidad y Espiritualidad (BMMRS)</i>	P-H+	8,26	2,67	1,04	n.s.	.02
	P+H-	9,08	2,12			
	P-H-	8,46	1,89			
1. Pensamiento intrusivos	P+H+	70,68	30,08			
	P-H+	66,92	24,52	2,24	n.s.	.02
	P+H-	69,42	28,69			
2. Ensoñación vívida	P-H-	57,96	24,14			
	P+H+	5,28	3,67			
	P-H+	4,73	2,46	2,71	,04	.10
3. Experiencias multisensorial	P+H-	4,25	3,03			
	P-H-	3,68	2,15			
	P+H+	5,36	3,36			
4. Experiencias auditivo-visual	P-H+	5,00	2,58	18,18	< ,001	.32
	P+H-	4,00	2,92			
	P-H-	1,56	2,25			
Alucinación (LSHS)	P+H+	7,08	4,07			
	P-H+	11,09	2,90	25,83	< ,001	.43
	P+H-	4,50	3,23			
Ideación delirante (PDI)	P-H-	8,60	4,27			
	P+H+	5,96	3,69			
	P-H+	8,00	2,45	42,56	< ,001	.60
<i>Alucinación (LSHS)</i>	P+H-	2,25	2,18			
	P-H-	3,04	2,44			
	P+H+	23,68	12,77			
<i>Ideación delirante (PDI)</i>	P-H+	28,82	6,97	22,14	< ,001	.40
	P+H-	14,67	8,36			
	P-H-	16,88	7,99			
<i>Ideación delirante (PDI)</i>	P+H+	9,04	4,85			
	P-H+	9,63	5,25	7,59	< ,001	.25
	P+H-	6,67	3,72			
<i>Ideación delirante (PDI)</i>	P-H-	6,00	3,70			

El grupo paranormal era más propenso a a identificar a un ser divino como

fuente de voz ($p = .01$). También eran más propensos a decir que sus voces eran protectoras ($p = .04$) y menos propensos a describirlas como molestas ($p = .01$). Se realizó un examen más detallado de las experiencias de audición de voz con el uso del BAVQ-R (Tabla 3). Mediante el coeficiente *Rho* de Spearman se realizaron correlaciones para Grupo Paranormal entre la frecuencia de escuchar voces y voces negativas ($r_s = .48, p < .001$) y voces positivas ($r_s = .42, p < .001$), oír eventos presentes ($r_s = .30, p < .007$), Escuchar eventos pasados ($r_s = .53, p < .001$), Escuchar eventos futuros ($r_s = .70, p < .001$), Esquizotipia ($r_s = .47, p < .001$), Alucinaciones ($r_s = .81, p < .001$) e Inventario de Delirios ($r_s = .37, p < .001$) y para el grupo Psicótico entre la frecuencia de escuchar voces y Voces Negativas ($r_s = .63, p < .001$), Esquizotipia ($r_s = .58, p < .001$), Alucinaciones ($r_s = .68, p < .001$) e Inventario de Delirios ($r_s = .41, p < .001$) (ver Tabla 3).

TABLA 3: CORRELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE AUDICIÓN DE VOCES Y ESQUIZOTIPIA, CREENCIAS DE VOCES, CONTENIDO DE VOCES, EXPERIENCIAS RELIGIOSAS / ESPIRITUALES, ALUCINACIONES Y DELIRIOS PARA GRUPOS PARANORMALES Y CLÍNICOS

<i>Variables</i>	<i>Grupo Psicótico</i> (N = 100)		<i>Grupo Paranormal</i> (N= 100)	
	r_s	p	r_s	p
1. Voces negativas (contenido)	.48	< .001	.63	< .001
2. Voces positivas (contenido)	.42	< .001	.005	n.s.
1. Oír eventos presentes (BAVQ-R)	.30	.007	-.13	n.s.
2. Oír eventos pasados (BAVQ-R)	.53	< .001	-.06	n.s.
3. Hearing Future events (BAVQ-R)	.70	< .001	-.12	n.s.
F1. Esquizotípia benigna	.53	< .001	.65	< .001
F2. Esquizotípia negativa	.04	n.s.	.34	< .001
Esquizotípia (O-LIFE)	.47	< .001	.58	< .001
<i>Religiosidad y Espiritualidad</i> (BMMRS)	.17	n.s.	-.02	n.s.
<i>Alucinación</i> (LSHS)	.81	< .001	.68	< .001
<i>Ideación delirante</i> (PDI)	.37	< .001	.41	< .001

Además, aunque los grupos se seleccionaron específicamente por haber tenido al menos experiencias alucinatorias diarias, la frecuencia difirió entre los grupos, y el grupo P-H+ informó que las voces se producían entre una y diez veces al día, mientras que los del grupo P+H+ sus voces ocurrían 3-6 veces por hora en promedio (corregido $p = .02$). Los participantes de P+H+ calificaron sus voces como que a veces producían miedo o ansiedad significativos, mientras que todos los participantes de P-H+ calificaron sus experiencias auditivas con la calificación de perturbación emocional más baja, "No angustiante, puede ser

agradable". De acuerdo con esta diferencia, los participantes P+H+ tenían puntuaciones de malevolencia más altas en el BAVQ (p corregido = .008) y eran más propensos que los participantes P-H+ a resistir sus voces (corregida $p < .001$). Para determinar cómo se comparó el grupo psíquico con el psicótico en términos de sintomatología general y convicción religiosa, comparamos: el Peters Delusion Inventory (PDI) y las puntuaciones de medición multidimensional breve de la religiosidad y espiritualidad (BMMRS) en los 4 grupos.

También examinamos la convicción espiritual/religiosa en todos los grupos. No se encontraron diferencias en la experiencia religiosa entre los grupos. Los efectos principales de alucinación se observaron en las experiencias diarias y el afrontamiento religioso. También se encontraron efectos de interacción en la tendencia a utilizar apoyo religioso para afrontar el estrés, con análisis *post hoc* que reveló una mayor tendencia de los participantes P+H+ a utilizar el apoyo religioso para afrontar el estrés que sus homólogos P-H+ que tenían menor tendencia a utilizar estos recursos.

Las medidas de esquizotipia también fueron diferentes entre los grupos con alucinaciones. Se observaron efectos principales significativos del estado de alucinación en la puntuación de ideación total y mágica. Curiosamente, los miembros del grupo P-H + tenían la ideación mágica más alta (más alta que cualquier grupo diagnosticado). Los psicóticos informaron tasas significativamente más altas de experiencias negativas y neutrales que inicialmente les decían a los demás sobre su audición de voz, y los psíquicos informaron experiencias más positivas.

Un ANOVA bidireccional (no paramétrico) con factores diagnóstico psicótico y valencia de experiencias tempranas hablando de sus voces confirmó un efecto principal significativo del diagnóstico psicótico (Media Edad P+ = 22,9, $p = 0,005$) e interacción significativa ($p = .04$); el efecto principal de la valencia mostró una tendencia hacia la significación ($p = .03$). Los análisis *pos hoc* z revelaron una diferencia significativa en la edad entre los dos grupos que declararon haber tenido experiencias iniciales negativas y que revelaron haber escuchado voces ($p = .02$); ninguna otra categoría de valencia demostró diferencias significativas entre los grupos.

CONCLUSIONES

Las experiencias de oír voces en los psíquicos clariaudientes exhiben similitudes y diferencias con los que escuchan la voz en busca de ayuda. Hubo diferencias clave en sus interpretaciones de estos eventos, su respuesta afectiva a ellos y su

capacidad percibida para controlarlos. Por último, la investigación sobre las primeras experiencias de audición de la voz de los participantes reveló una edad más temprana de inicio en los psíquicos en comparación con sus contrapartes que buscan tratamiento, con experiencias positivas acompañantes al contarles a los demás sobre su audición de voz.

Hasta donde sabemos, esta es la primera descripción de psíquicos como una población que escucha voces sin necesidad de atención psiquiátrica. Al igual que sus contrapartes que escuchan la voces en la población general, nuestro grupo de psíquicos exhibió características fenomenológicas muy similares a las de quienes escuchan la voz en busca de tratamiento. La frecuencia de oír voces fue ligeramente menor que la de los que buscaron tratamiento. Los psíquicos identificaron sus voces como benevolentes, pero la disminución de la angustia relacionada con la voz puede ser crucial para que los psíquicos eviten la necesidad de atención. La edad de inicio de los psíquicos fue menor, de nuevo de manera similar a los estudios que no buscaban tratamiento. Lo más notable es que, al igual que otros estudios, los psíquicos clariaudientes informaron que podían controlar el inicio y la compensación de la voz.

En el presente estudio, los psíquicos eran más propensos a involucrarse con sus voces y menos propensos a confiar en estrategias de afrontamiento basadas en la religión que aquellos en el grupo de búsqueda de tratamiento, lo que probablemente denota menor necesidad de afrontamiento en general. Mientras que los psíquicos eran más espirituales y menos religiosos, el grupo que buscaba ayuda era significativamente más religioso. Es posible el apoyo social para quienes buscan ayuda es la iglesia, en el que se puede depender para obtener apoyo y un conjunto de prácticas que brindan significado.

AGRADECIMIENTOS

A Ricardo Corral, Director de Investigaciones Hospital J.T. Borda, por iniciar la gestión. A la Fundación BIAL por el subsidio otorgado para el proyecto de investigación (Grant 08/18).

REFERENCIAS

- Barber, T. X., & Calverey, D. S. (1964). An experimental study of hypnotic (auditory and visual) hallucinations. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *68*, 13–20.
- Bentall, R. P., & Slade, P. D. (1985). Reality testing and auditory hallucinations: A signal detection analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, *24*, 159–169.
- Chandwick, P.; Lees, S., & Birchwood, M. (2000). The revised Beliefs About Voices Questionnaire

- (BAVQ-R). *British Journal of Psychiatry*, 177, 229–232.
- Corlett, P.R. & Fletcher, P.C. (2012). The neurobiology of schizotypy: Frontostriatal prediction error signal correlates with delusion-like beliefs in healthy people. *Neuropsychologia*, 50, 3612–3620.
- Daalman, K. (2011a). Auditory verbal hallucinations and cognitive functioning in healthy individuals. *Schizophrenia Research*, 132, 203–207.
- Daalman, K. (2011b) The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72, 320–325.
- Diederer, K.M., Daalman, K., & de Weijer, A.D. (2012). Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 38, 1074–1082.
- Houran, J. (2000). Toward a psychology of “entity encounter experiences.” *Journal of the Society for Psychical Research*, 64, 141-158.
- Johns, C., Kompus, K., & Connell, M. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophrenia Bulletin*, 40 (suppl 4), 255–264.
- Klimo, J. (1998). *Channeling: Investigations on receiving information from paranormal sources*. Berkeley, CA: North Atlantic.
- Krippner S. & Friedman, H. (2010). *Mysterious minds: The neurobiology of psychics, mediums, and other extraordinary people*. Santa Barbara, CA: Greenwood/Praeger.
- Launay, G., & Slade, P. D. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221–234.
- Lawrie, S.M, Hall, J, McIntosh, A.M., Owens, D.G., & Johnstone, E.C. (2010). The ‘continuum of psychosis: Scientifically unproven and clinically impractical. *British Journal of Psychiatry*, 197, 423–425.
- Mason, O., Claridge, G., & Jackson, M. (1995). New scales for the assessment of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 18, 7-13.
- Mason, O., Claridge, G., & Williams, L. (1997). Questionnaire measurement. In G. Claridge (Ed.) *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 19-37). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Parra, A. (2009). Testeando el modelo disociacional de las experiencias alucinatorias en individuos saludables: Relación con la personalidad y la propensidad a la fantasía. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 571-586.
- Parra, A. (2015b). Framework of belief in paranormal experiences and its relation to positive/negative schizotypy. *Paranthropology: Journal of Anthropological Approaches to the Paranormal*, 6(1), 26-34.

- Peters, E. R., Joseph, S. A., & Garety, P. A. (1999). Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 553-576.
- Peters, E.R., Williams, S.L., Cooke, M.A., & Kuipers E. (2012). It's not what you hear, it's the way you think about it: Appraisals as determinants of affect and behaviour in voice hearers. *Psychological Medicine*, 42, 1507-1514.
- Peters, E, Day, S., McKenna, J, & Orbach G. (1999). Delusional ideation in religious and psychotic populations. *British Journal of Clinical Psychology*; 38, 83-96.
- Romme, M.A. & Escher, A.D. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Schmack, K, Gomez-Carrillo de Castro, A., & Rothkirch, M (2013). Delusions and the role of beliefs in perceptual inference. *Journal of Neurosciences*; 33, 13701-13712.
- van Os, J., Linscott, R.J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. A. (2009). Systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39, 179-195.
- van Os, J., Verdoux, & Maurice-Tison, S. (1999). Self-reported psychosis-like symptoms and the continuum of psychosis. *Society for Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 459-463.

ABSTRACT. Hearing voices that are not present is a symptom of mental illness, however, these experiences may be common in the population, leading some to propose the existence of a continuum of psychosis from health to illness. The main objective of this study was to compare two groups: (i) individuals who hear voices with and without a clinical diagnosis (psychosis) and (ii) individuals who do not hear voices with and without a diagnosis of psychotic disorder in scores of schizotypy, hallucinations, content of voices (negative or positive), multidimensionality of delusion and religious / spiritual commitment. It is hypothesized that (H1) Groups 1 and 2 (individuals who hear voices with a psychotic disorder and individuals who hear voices without psychotic disorder score higher in (1) negative and positive content of voices (BVQ-R), (2) temporality of the auditory event (BAVQ-R), (3) schizotypy (O-LIFE), (4) religious / spiritual commitment (BMMRS), (5) predisposition to hallucinations (LSHS-R) and (6) multidimensionality of the delirium (PDI) compared to Groups 3 and 4 (non-voiced individuals with psychotic disorder and non-voiced individuals without psychotic disorder). We found that hallucinatory experiences of voice psychics are very similar to those of patients. Patients had much more negative voice hearing experiences, were more likely to receive a negative reaction when they shared their voices with others for the first time, and subsequently this was more detrimental to their social relationships. We predict that this subsample of healthy listeners Voices can have a lot to teach us about neurobiology, cognitive psychology, and ultimately the treatment of disturbing voices.