

continente. Desde ese ángulo, algunos han interpretado la dispareja penetración del psicoanálisis en países sudamericanos como en relación proporcional con la influencia de las religiones organizadas. Así, el psicoanálisis tiene una gran vigencia cultural en Uruguay, país que tiene las tasas más bajas de observancia religiosa del continente, mientras que existe en forma muy limitada en Ecuador o Paraguay, países que han mantenido una fuerte presencia de la Iglesia. En Argentina, se puede sostener que a mayor europeización, mayor importancia de los puntos de vista psicológicos. En Buenos Aires hay una gran cultura psicoanalítica a nivel masivo, mientras que en ciudades del interior, la situación puede ser tan poco propicia como en los países antes mencionados. En Chile, donde desde fines del siglo XIX ha existido una tensión sociopolítica entre grupos clericales y anticlericales, el psicoanálisis ha tenido su mayor vigencia entre los últimos, con fuertes resistencias de las universidades eclesíásticas o confesionales a difundir puntos de vista psicologizantes. Se prefiere una visión de psicología racional clásica, con fuertes raíces tomistas o neotomistas, donde la razón y el espíritu priman sobre los aspectos pulsionales inconscientes.

Sólo en tiempos recientes, como ya se mencionó, se han dado diálogos entre grupos psicológicos o psicoanalíticos y facultades de teología. El tema psicología y espiritualidad ha pasado a ser abiertamente debatido. En algunas órdenes religiosas, por otra parte, se ha desarrollado de manera abierta una aproximación intermedia, con énfasis en la comprensión psicológica de los conflictos de conciencia, y con entrenamiento en "acompañamiento psicológico" de personas en situaciones de crisis vital de diversa índole.

La perspectiva sociológica ya aludida, que ve a la religión organizada como una red de apoyo social, en especial necesaria para los desposeídos, tiene una antigua tradición en Hispanoamérica, desde la defensa por parte de Fray Bartolomé de las Casas de la tesis de que los indígenas tenían también alma y, por tanto, más que exterminarlos cabía evangelizarlos para salvarlos, hasta la función de la Iglesia como "la voz de los sin voz" en los periodos de dictaduras militares de la segunda mitad del siglo XX, en que las iglesias organizadas han tenido una función protectora importante en la historia de América Latina.

La observación de Meissner resulta acertada, pues postula que desde la visión antireligiosa de Freud se ha recorrido un trecho largo, incluso dentro de la tradición psicoanalítica. Entre los autores que han construido puentes entre la visión positivista a ultranza, freudiana inicial y otra que reconoce la importancia de los aspectos espirituales de la naturaleza humana, se encuentran el mismo Meissner o el psicoanalista inglés D. W. Winnicott, quien ha descrito el por él denominado espacio transicional, como un espacio virtual para la cultura, arte y religión. El hecho religioso se ha

llamado también por otro analista, W. Bion el *punto O*: "el hecho original, la cosa en sí incognoscible, la verdad absoluta, la realidad última". Dios ha sido señalado por un teólogo y psicoanalista español, Jordi Font como "el Objeto Interno, centrado en la fe o confianza básica". La visión de inicios del siglo XXI acerca de la confluencia de espiritualidad y salud mental, más que una visión de oposición es la de una confluencia, en la cual los sistemas de apoyo religiosos y los dispositivos de salud mental pueden colaborar de manera coordinada en la mejoría de la salud mental de las personas.

## REFERENCIAS

- Casullo MM, Brenlla ME, Castro Solano A *et al.*: *Evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires, 2002.
- Comstock GW y Partridge KB: Church Attendance and Health. *Journal of Chronic Diseases* 1972;25:665-672.
- Diener E y Suh E: *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge: MIT, 2000.
- Florenzano R: Psicoanálisis y religión. En: Casula E, Coloma J *et al.*: *Cuarenta años de psicoanálisis en Chile*. Santiago de Chile: Ananke, 1990.
- Font J: *Religión, psicopatología y salud mental. Introducción a la psicología de las experiencias religiosas y de las creencias*. Barcelona, 1999.
- García Bazán: Religión. En: *Enciclopedia latinoamericana de psiquiatría*, Buenos Aires: Panamericana, 1997.
- Inglehart R: *Culture Shift in Advanced Industrial Society*. Princeton: Princeton University Press, 1990.
- James, W: *The Varieties of Religious Experiences*. New York: Longman Green, 1902.
- Meissner WW: *Psychoanalysis and Religious Experience*. New Haven: Yale University Press, 1984.
- Rizzutto AM: *Why did Freud reject God?: A Psychodynamic Interpretation*. New Haven: Yale University Press, 1998.

## LOS FENÓMENOS PARAPSICOLÓGICOS: EXPERIENCIAS PSICOLÓGICAS NO CONVENCIONALES <sup>6</sup>

Ethel R, 57 años: "El 9 de enero, me desperté angustiada a las 3 de la mañana. Sentí que mi hijo me necesitaba. Era como una voz interior que me lo decía. Sentí dolor, desesperación, sensaciones muy concre-

<sup>6</sup> Alejandro Parra

tas. Sentí de imprevisto la necesidad de ir a Chile, donde estaban él y su esposa. Mi interior se quería ir, cruzar la cordillera. Yo estaba convencida que algo malo les había ocurrido, pero no podía ir a Chile, mi esposo estaba muy enfermo y estaba preocupada por esto. Cuando ellos regresaron, los veo y les digo: 'El coche está destrozado.' Yo sabía que algo malo había pasado. En efecto, mi hijo y su esposa tuvieron un accidente el 9 de enero por la noche. El coche había quedado destrozado, pero ellos se salvaron milagrosamente."

Jorge R, 52 años: "Sufrí mucho por la muerte de mi padre. Nos amábamos mucho. Una noche, dos años después de su muerte, me quedé viendo TV hasta la medianoche y me venció el sueño. Sentí que alguien suavemente me tocaba, como la presión de una persona que me movía. Abrí los ojos y ví con nitidez a mi padre. Así que le pregunté: '¿Qué ocurre papá?' Me sonrío y me señala —sin hablar— que la TV estaba encendida. Yo le respondo: 'Perdóname, me quedé dormido.' Me sonrío y se retira. Cuando camina hacia la televisión, desaparece ante mi vista. Eso me paralizó. Ahí me di cuenta que, en realidad, él estaba muerto. Estoy seguro que no era un sueño. Me levanté, apagué el TV, y le di gracias a Dios por el 'contacto.' Entonces comprendí que fue como una despedida. Desde entonces, nunca más tuve problemas en comprender su muerte. A partir de aquella experiencia, me siento más tolerante y comprensivo con los demás".

Una encuesta de Gallup mostró que 60% de la población mundial ha tenido, al menos, una experiencia paranormal en su vida. En ocasiones, estas experiencias pueden ser diferentes de alucinaciones, falsas percepciones, juegos de la memoria u otras modalidades sensoriales. Sin embargo, para mucha gente como Ethel o Jorge, una experiencia paranormal puede causar ansiedad, confusión y temor existencial.

El abordaje terapéutico de las experiencias paranormales o experiencias psicológicas no convencionales ha sido un tema de enorme interés por parte de muchos psicólogos clínicos. Las personas que han experimentado tales situaciones o experiencias tienen sus dudas sobre aquello que les ha ocurrido, así como también el tipo de reacción que, de algún modo u otro, han tenido frente a dichas experiencias.

La forma mediante la cual la persona reacciona a cualquiera de estas experiencias puede ser más relevante que los detalles de la experiencia en sí misma. Cuando una persona relata una experiencia paranormal busca, sobre todo, una explicación.

Por regla general, los problemas emocionales que se relacionan con las experiencias psicológicas no convencionales no han sido reconocidos de manera apropiada y, con frecuencia, se les clasifica como parte de los modelos psiquiátricos clásicos y son tratados en consecuencia. La parapsicología y el estudio de los fenó-

menos paranormales han sido negados por la tradición o ridiculizados por la medicina y por las ciencias clásicas.

Todo instituto de investigación parapsicológica recibe llamadas pidiendo ayuda. No obstante, aparte de alguna información general acerca de tales fenómenos, lo único que pueden ofrecer es el consejo acerca del cual, la persona que llama debería tratar de encontrar a un psiquiatra o a un psicólogo interesado en el campo que pueda ser al menos "abierto" a las experiencias de su paciente.

## Tipos de demandas

La gente se acerca con varias preguntas y peticiones que se relacionan con lo que consideran paranormal. Las peticiones pueden dividirse en cuatro categorías:

1. **Personas con problemas relacionados con espíritus o fantasmas, fuerzas misteriosas, vudú, poderes sobrenaturales, etc.** Consideran a estas fuerzas como algo que tiene un efecto negativo en sus vidas y su primera pregunta, en general, es si se le puede proporcionar el nombre de algún médium poderoso y confiable para contrarrestar esas fuerzas malignas y neutralizarlas. La solución que están buscando es algún procedimiento para eliminar los poderes malignos que afectan sus vidas.
2. **Personas que buscan psíquicos o sanadores para que puedan resolver de inmediato sus problemas con poderes paranormales.** Parece que la gente en general tiene una imagen demasiado optimista acerca de las capacidades de los psíquicos y sanadores. Es común encontrar la creencia de que un psíquico puede "verlo" todo y resolver la mayoría de los problemas complicados sólo si el psíquico lo quiere. Al psíquico por lo regular se le considera como un auténtico mago. Las razones por las que la gente consulta a un psíquico son el deseo de saber qué le ocurrirá en el futuro, los problemas de relación con otras personas (en especial matrimonio), padecimientos crónicos, y la búsqueda de personas u objetos desaparecidos.
3. **Personas con una historia psiquiátrica o que están bajo tratamiento psiquiátrico.** La mayoría de los psiquiatras consideran que no hay necesidad de mantener internados a estos pacientes, por lo que muchos regresan a sus casas. Entonces tienen todo tipo de problemas en la sociedad y continúan buscando ayuda, el tipo de ayuda que no encuentran en las instituciones clásicas. Durante este proceso pueden contactar círculos alternativos en los cuales a menudo convierten en algo positivo lo que sus psiquiatras consideran "enfermo." Esta gente dice estar poseída o estar influida por poderes negativos o positivos que controlan su conducta y pensamientos, o por una sensación de estar siendo

vigilado desde el espacio exterior e incluso ser ellos mismos agentes extraterrestres.

**4. Personas que han tenido ciertas sensaciones o experiencias que no pueden explicar.** Este grupo de pacientes puede dividirse en:

- Personas que creen ser paranormales dotados y buscan probar o confirmar de algún modo que son "sensitivos".
- Personas que han tenido experiencias inexplicables que los perturban, pero que no se consideran sensitivos. Estas personas a menudo llaman y hablan de sensaciones de incertidumbre o se preguntan si las experiencias son una indicación de que ellos se están volviendo locos.
- Personas que experimentan estados depresivos inexplicables, sensaciones indefinibles, "sensaciones" de dolor de otras personas, sueños premonitorios y otras formas de experiencias extrasensoriales espontáneas, o la sensación de que ellos a menudo están en contacto telepático con alguna otra persona aun sin quererlo.

Encontramos que las personas con experiencias psicológicas no convencionales por lo general llegan a saber de ellas después que pasaron por un periodo de depresión o presión emocional. La idea de poseer habilidades paranormales resulta ser un descubrimiento personal importante, los ayuda a vencer su presión emocional, y se abren a nuevas formas de vida.

A menudo, estas personas comprueban que siempre han tenido estas sensaciones, que desde niños ya se sentían diferentes de otros niños, y que eran más sensibles a los problemas sociales y emocionales. Suponemos entonces que hay una relación entre los problemas psicológicos y emocionales de una persona y sus experiencias psicológicas no convencionales. En efecto, cierto nivel de inestabilidad emocional aumenta la probabilidad de que una persona tenga una experiencia psicológica no convencional, y esta experiencia influye en la forma en que la gente clasifica y maneja eventos emocionalmente significativos.

En un estudio publicado en la *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, sobre una muestra de estudiantes universitarios del primer año de psicología y trabajo social de la Facultad de Psicología y la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de Luján, se puso

de manifiesto que las experiencias extrasensoriales se presentan con una frecuencia notable.

De 392 estudiantes encuestados, más de la mitad dice haber experimentado —al menos varias veces— dos tipos diferentes de experiencias psicológicas no convencionales, tales como telepatía y percepción extrasensorial (PES) en sueños (66.3% y 50.7%, respectivamente). (Cuadro 4-3).

En este mismo estudio, se encuentra cierto grado de conflictividad con que las personas "padecen" experiencias psicológicas no convencionales:

Entre los estudiantes, una muestra que se asemeja a la población normal, las experiencias psicológicas no convencionales revelaron alta tendencia a la conflictividad. Por ejemplo, encontramos que poco más de la mitad indicaba que al menos una de sus experiencias había resultado conflictiva o traumática. Las experiencias de mediumnidad, control a distancia, perturbaciones de tipo *poltergeist* y apariciones se señalaron como conflictivas por casi las dos terceras partes de la población. Es claro que experiencias vinculadas con temas que subvierten o alteran su sistema de creencias pueden atentar contra su paradigma o esquema de referencia de lo que se considera "normal" o convencional. (Cuadro 4-4).

Un dato de interés que surge de la misma encuesta es que la tercera parte de ellos señala no haber consultado por una orientación o consejo para sus experiencias; sin embargo, quienes consultaron encontraron en sus familiares o amigos un "oído abierto" y desprejuiciado para sus experiencias. Médicos, psicólogos y religiosos no resultaron ser consultores confiables para ellos.

**Correlatos clínicos**

¿Las personas que tienen experiencias psicológicas no convencionales "se están volviendo locas"? En esta sección se presentarán las razones por las cuales la experiencia psicológica no convencional y la psicopatología o los desórdenes mentales pueden estar realmente asociados. Sin embargo, no existen fundamentos para pensar que las experiencias psicológicas no convencionales son psicopatológicas, si bien, una inapropiada comprensión y abordaje de ellas puede conducir a trastornos mentales. En ocasiones, muchas experiencias psicológicas no convencionales pueden contribuir a la salud mental. A continuación, se pondrán de manifiesto las pautas que podrían revelar una distinción en-

**Cuadro 4-3. Experiencias de tipo extrasensorial**

Experiencias psi	Sí				No
	Una vez	Varias veces	Casi siempre	Si (total)	
PES en sueños	26.1%	70.3%	3.4%	66.3%	33.6%
Telepatía	20.1%	74.3%	5.5%	50.7%	49.2%

Cuadro 4-4. Experiencias psicológicas no convencionales conflictivas

Experiencias	Sí		Sí (total)	No	Total
	Poco conflictiva	Muy conflictiva			
PES en sueños	86.2%	13.8%	36.5%	63.4%	260
Telepatía	88.6%	11.4%	31.1%	68.8%	199
Poltergeist	79.9%	20.1%	60.4%	39.5%	91
Ver el aura	75%	25%	26.6%	73.3%	45
Experiencias fuera del cuerpo	79.6%	20.4%	40.6%	59.4%	133
Experiencias cercanas a la muerte	60%	40%	41.6%	58.3%	12
Vidas pasadas	93%	7%	34.9%	65%	126
Apariciones	74%	26%	55.4%	44.5%	173
Mediumidad	66.6%	33.4%	75%	25%	111
Control a distancia	67.2%	32.8%	71%	28.9%	69

tre psicopatología y experiencia psicológica no convencional.

**Superposición entre la experiencia psicológica no convencional y la psicopatología.** Las creencias y las expectativas culturales resultan factores útiles para explicar si una experiencia psicológica no convencional será considerada o no una evidencia de trastorno mental. Por ejemplo, es menos probable que escuchar voces se considere un signo de psicopatología en una cultura donde esta experiencia es común, que en una cultura en donde se considera a esta misma experiencia como un síntoma de enfermedad mental.

Las experiencias psicológicas no convencionales que incluyen alucinaciones auditivas tienden más a considerarse evidencias de psicopatología, en contraste con las que incluyen alucinaciones visuales. En alguna medida, lo disfuncional de una experiencia psicológica no convencional dependerá de la respuesta de la sociedad. Por ejemplo, los individuos que tienen conversaciones con una deidad son menos propensos a padecer un empeoramiento funcional en tanto y en cuanto se encuentren rodeados por individuos que aceptan (e incluso desean) la experiencia, que si están rodeados por individuos que la menosprecian o la rechazan.

Situaciones como las experiencias cercanas a la muerte son transitorias u ocurren un limitado número de veces y, por tanto, reflejan integridad mental y factores internos estables. Experiencias tales como escuchar la voz de Dios en un encuentro religioso, seguramente también sean reflejo del entorno en donde ocurre y no se les considera disfuncionales en contexto; sin embargo, es muy probable que escuchar la voz de Satanás todos los días, sea considerado un signo de trastorno mental.

No hay duda que existe diferencia entre una persona que experimenta un delirio místico y una que tiene una experiencia mística, ambas tipifica-

das en el DSM-IV de 1994. 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 disfuncionalidad mental que una persona internada en un hospital neuropsiquiátrico.

**Contribución de la experiencia psicológica no convencional a la psicopatología.** Existen dos formas en que una experiencia psicológica no convencional puede contribuir a la psicopatología: primero, las reacciones mismas a las experiencias psicológicas no convencionales pueden producir psicopatología. Algunas personas que tienen experiencias psicológicas no convencionales están predispuestas a producir ilusiones como una forma para explicar sus propias experiencias que de otro modo le resultarían inexplicables. Por ejemplo, un individuo que padece pérdidas inexplicables de la memoria (una forma de disociación) puede creer que "le roban el pensamiento". Este síntoma se caracteriza por la creencia de la persona de que otro poder está colocándole pensamientos o ideas en la mente.

Las experiencias psicológicas no convencionales también pueden conducir a la ansiedad o a la depresión. Por ejemplo, personas que creen que han sido abducidas por un objeto volador no identificado (OVNI) y fueron sometidos cuando estaban a bordo de la nave, pueden desarrollar un temor clínicamente significativo a futuras abducciones. De forma similar, individuos que creen que el demonio los va a controlar y los llevará al infierno se transformarán en sujetos depresivos.

Las reacciones de los otros es otra forma por la cual las experiencias psicológicas no convencionales pueden conducir a la psicopatología. El tener conversaciones con seres sobrenaturales, pueden ir desde el apoyo y la admiración al rechazo y la marginación. De este modo, las reacciones de los otros a las experiencias psicológicas no convencionales pueden resultar ansiógenas o depresógenas; aun si tales reacciones no resultan

perturbadoras en forma inmediata, las consecuencias de las reacciones pueden contribuir al malestar y a la psicopatología. Estas personas pueden ser despedidos de sus trabajos o ser socialmente ridiculizados; la dificultad o imposibilidad de cumplir roles sociales puede generar varias formas de psicopatología.

**Contribución de la psicopatología a las experiencias psicológicas no convencionales.** Una forma indirecta mediante la cual la psicopatología podría contribuir a la experiencia psicológica no convencional es a través de perturbaciones de la identidad, asociadas con perturbaciones en la autoestima. Personas con una autoestima no del todo definida se encuentran en alto riesgo de tener experiencias psicológicas no convencionales que involucren cambios en la identidad. Por ejemplo, algunas personas que quieren mantener una gran autoestima pueden aceptar la posibilidad de ser contactados por alienígenos o seres espirituales. Ciertos trastornos de personalidad, como la personalidad esquizotípica, se asocian con altos niveles de apertura a este tipo de experiencia.

Los eventos traumáticos pueden contribuir a causar experiencias psicológicas no convencionales, debido a que las personas tienen poco control sobre ellos. Para compensar el bajo control, las personas que han experimentado un trauma pueden desarrollar creencias irracionales que aumenten su autocontrol sobre los eventos de su vida. A su vez, estas creencias pueden hacer surgir experiencias psicológicas no convencionales.

Los miedos más frecuentes incluyen: el temor a lo desconocido; a la pérdida de control sobre el proceso (que podría resultar en el sentimiento de estar poseído); a la pérdida de control sobre la dirección de la vida personal; a las enfermedades y a la depresión, que resultan de la empatía con otras personas; a los cambios forzados e inalterables que ocurren en la persona; a aislarse de la gente corriente; a la confusión sobre la realidad; a la incapacidad de comunicar sus experiencias; a atemorizar a otras personas; a la tentación de dar un mal uso a sus facultades; a ser definido y valorado por las facultades que se poseen.

## Técnicas de orientación

Se necesita un enfoque simple y sobre todo práctico de orientación que pueda utilizarse en los límites de las posibilidades que se tienen, y que se pueda aplicar a la variedad de problemas a los que la investigación se enfrenta.

A continuación se muestran algunos de los modelos que se sugieren para el abordaje de las experiencias psicológicas no convencionales, cualquiera que sea su naturaleza. (Cuadro 4-5).

**Terapia modelo de orientación.** Es un análisis de la relación entre los eventos de la vida y la experiencia psicológica no convencional. Esto implica que no se tiene mucho interés en la cuestión de si la experiencia psicológica no convencional es un fenómeno real o no. El objetivo no es investigar experiencias psicológicas no convencionales, sino proveer ayuda psicológica al paciente. Puesto que no se puede afirmar con seguridad si una experiencia es real o no, tenemos que dar el beneficio de la duda y tomar la experiencia como real, porque el paciente, al menos al comienzo, está convencido de su realidad.

Para resumir, los objetivos de esta estrategia son la reducción de la tensión emocional asociada con la experiencia y la integración de la experiencia psicológica no convencional con las otras emociones y sensaciones que tiene la persona.

**Terapia Rogeriana de orientación.** Apunta a que el paciente, utilizando sus propias palabras (su nivel de lenguaje), hablando tanto tiempo como juzgue necesario, describa su visión de la realidad parapsicológica y psicológica desde el comienzo. El paciente presenta su contexto y el terapeuta hace preguntas y observaciones, y proporciona al paciente ideas constructivas sobre como "poner la piezas juntas."

En este enfoque de orientación no se aprueba ni desaprueba el sistema de creencias del paciente; sin embargo, es un enfoque más difícil de trabajar, pues el orientador debe tener mucho conocimiento de todos los tipos de teorías ocultistas y paranormales, y necesita poder adaptar su conocimiento al nivel intelectual y al sistema de creencias del paciente.

El ideal es cuando la supuesta experiencia psicológica no convencional está integrada al paciente y se convierte en parte de su experiencia psicológica general. El paciente puede tener que

**Cuadro 4-5. Respuestas emocionales a las experiencias psicológicas no convencionales\***

Asombro	55.6%
Perplejidad, no entender lo que sucedió	48.1%
Bienestar, plenitud	37.0%
Miedo a lo desconocido	33.3%
Ansiedad	22.2%
Miedo a no ser comprendido por los otros	22.2%
Miedo a no poder controlar la experiencia	18.5%
Miedo a perder la razón	11.1%
Angustia	11.1%
Negación de la experiencia	7.4%
Malestar físico	3.7%

\* Estudio del Instituto de Psicología Paranormal de Buenos Aires (1992-2001)

ver con la idea de que ha tenido, al menos, esta experiencia y acepta que este hecho no lo hace más o menos importante que otros seres humanos.

**Terapia de grupo.** La psicología y la psicoterapia de grupo tienen una importante tradición, sobre todo para el tratamiento por abuso de sustancias, alcoholismo, fobias, ataques de angustia, víctimas de accidentes, duelos, intentos de suicidio, y violencia sexual y emocional.

La terapia grupal ha puesto su interés en experiencias tales como la abducción extraterrestre, las experiencias cercanas a la muerte y las apariciones. En esta actividad, se cumplen tres etapas a saber: *a)* procesamiento emocional; *b)* interpretación y procesamiento cognitivo; y *c)* cierre de la actividad grupal.

El procesamiento emocional es una condición necesaria para el posterior procesamiento intelectual. La distinción antes mencionada entre procesamiento emocional, cognitivo y la síntesis resultante de ambos puede ser también vista desde la percepción de los propios participantes. 70% de encuestados expresó haber alcanzado un nivel alto de resignificación emocional para sus experiencias psicológicas no convencionales y 74% manifestó haber podido integrar sus experiencias en la vida cotidiana.

Para concluir esta sección, se incluyen diez tesis, basadas en años de práctica en orientación acerca de las experiencias psicológicas no convencionales:

1. Sería deseable que los pacientes tengan cierto nivel de inteligencia, capacidad de abstracción y puedan reflejar sus propias sensaciones.
2. El terapeuta debe evitar un enfoque que sea considerado demasiado "psicológico." Muchas personas rechazan la sugerencia de una explicación alternativa a sus problemas y las inter-

pretan como un signo de que la persona que ofrece tales sugerencias no sabe lo que está hablando, y, por tanto, considera que es incapaz de dar la ayuda que están buscando.

3. Muchas personas ya han hecho un diagnóstico de sus problemas y vienen sólo para tener una solución sobrenatural efectiva. Ellos tienen la firme convicción de la exactitud de su propio diagnóstico y de la creencia en los poderes de ciertas fuerzas malignas.
4. La diversidad de los problemas es demasiado amplia. No todos los problemas pueden tratarse de una sola manera que sea significativa y de valor suficiente para el paciente.
5. Debido al aumento del interés por los tópicos paranormales, también crece la necesidad para que los trabajadores de la salud mental (psicólogos y psiquiatras) se entrenen en este campo.
6. La especialización en problemas de orientación relacionados con lo paranormal y dar información sobre tales tópicos es un campo legítimo. El recelo científico contra la parapsicología, sea justificada o no, es inválido cuando concierne a la orientación de pacientes con problemas que se atribuyen a lo paranormal.
7. Estas actividades de orientación deberían reconocerse como parte de un servicio regular en salud mental.
8. La mayoría de los problemas de los pacientes en relación con presuntas experiencias psicológicas no convencionales probablemente no involucren fenómeno paranormal alguno.
9. Para este tipo de orientación, el conocimiento de psicopatología es tan importante como el conocimiento de parapsicología.
10. Para la orientación exitosa de problemas que se relacionen con experiencias parapsicológicas, el entrenamiento en psicoterapia es más importante que el conocimiento en parapsicología.

## REFERENCIAS

- Aizpurua J:** *Historia de la parapsicología*. Barcelona: Edicomunicación, 1990.
- Beloff J:** *Parapsychology: A Concise History*. London, UK: The Athlone Press, 1993.
- Berger A:** *The Encyclopedia of Parapsychology and Psychological Research*. New York: Paragon House, 1991.
- Bonin W:** *Diccionario de parapsicología, Vol. 1 y 2*. Madrid: Alianza, 1983.
- Dossey L:** *Oraciones que curan: El poder sanador de la oración y la práctica de la medicina*. Buenos Aires: Planeta, 1996.
- Braud W y Anderson R:** *Transpersonal Research Methods for the Social Sciences: Honoring Human Experience*. London, UK: Sage Publications, 1998.
- Broughton R:** *Parapsychology: A controversial science*. New York: Ballantine Books, 1991.
- Cardena E, Lynn SJ y Krippner S:** *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington: American Psychological Association, 2000.
- Eisenbud J:** *Parapsychology and the Unconscious*. Berkeley: North Atlantic Books, 1983.
- Eppinger R. y Pallu, TR:** *Sonhos, parapsicología e aconselhamento*. Curitiba: Edição do autor, 1997.
- Eysenck H y Sargent CL:** *Explicando lo inexplicado: Los misterios de lo paranormal*. Madrid: Debate, 1993.
- Griffin DR:** *Parapsychology, Philosophy and Spirituality: A Postmodern Exploration*. New York: State University of New York Press, 1997.

- Grof S:** *La mente holotrópica: Fundamentos experimentales de una nueva comprensión de la conciencia humana.* Buenos Aires: Planeta, 1994.
- Krippner S y Villoldo A:** *Los reinos de la curación.* México: Diana, 1995.
- Krippner S y Welch P:** *Spiritual Dimension of Healing: From Native Shamanism to Contemporary Care.* New York: Irvington Publishers, 1992.
- Laborde-Nottale E:** *La videncia y el inconsciente.* Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.
- Moreau C:** *Freud y el ocultismo.* Barcelona: Gedisa, 1983.
- McClenon J:** *Deviant science: The case of parapsychology.* Pennsylvania: The University of Pennsylvania Press, 1994.
- Moody R:** *Reencuentros: Contactos con los seres queridos fallecidos tras su muerte.* Madrid: Edaf, 1993.
- Monroe R:** *Viagens alem do universo.* Rio de Janeiro, RJ: Record, 1995.
- Musso JR:** *En los límites de la psicología: Desde el espiritismo hasta la moderna parapsicología.* Buenos Aires: Periplo, 1954.
- Nathan T:** *La influencia que cura.* México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Parra A (ed.):** *Actas del primer encuentro iberoamericano de parapsicología: Segundo encuentro psi 1996.* Buenos Aires: Instituto de Psicología Paranormal, 1996.
- Parra A:** *Actas de trabajos presentados tercer encuentro psi 1998: Conciencia y psi como fronteras de exploración científica.* Buenos Aires: Instituto de Psicología Paranormal, 1998.
- Ring K:** *El proyecto Omega: Experiencias cercanas a la muerte.* Madrid: JC Ediciones, 1995.
- Romme M y Escher S:** *Na companhia das vozes: Para uma analise da experiencia de ouvir vozes.* Lisboa: Estampa, 1997.
- Si Ahmed Djohar:** *Parapsychologie et psychoanalyse.* Paris: Dunod, 1990.
- Tart CT:** *Altered States of Consciousness.* New York: Harper Collins, 1990.
- Tart CT:** *Body, Mind, Spirit: Exploring the Parapsychology of Spirituality.* Charlottesville: Hampton Roads, 1997.
- Tarnopolsky S:** *Los curanderos: Mis colegas.* Buenos Aires: Planeta, 1994.
- Thouless R:** *La investigación parapsicológica: De la especulación a la experimentación.* México: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1977.

**Feggy Ostrosky-Solis**

Directora, Laboratorio de Neuropsicología  
Psicofisiología, Facultad de Psicología,  
Universidad Nacional Autónoma de México  
México, D.F.  
*Capítulo 7*

**Lino Palacios Cruz**

Dirección de Servicios Clínicos, Instituto Nacional de  
Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"  
México, D.F.  
*Capítulo 5*

**Benito Antón Palma**

Jefe del Laboratorio de Neurobiología Molecular y  
Neuroquímica de Adicciones  
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la  
Fuente Muñiz"  
México, D.F.  
*Capítulo 11*

**Alejandro Parra**

Director, Instituto de Psicología Paranormal  
Buenos Aires, Argentina  
*Capítulo 4*

**Aminta Parra Colmenárez**

Oficina de Educación Médica, Facultad de Medicina,  
Universidad Central de Venezuela  
Vice-Presidenta, Federación Latinoamericana de  
Sociedades de Sexología y Educación Sexual  
Caracas, Venezuela  
*Capítulo 19; Apéndice VII*

**Cristina Pecci**

Jefa de Sección del Hospital Interdisciplinario  
Psicoasistencial "José T. Borda"  
Buenos Aires, Argentina  
*Capítulo 13*

**Alberto Perales**

Profesor de Psiquiatría,  
Universidad Nacional Mayor de San Marcos  
Lima, Perú  
*Capítulo 20*

**Jorge Posadas Escudero**

Profesor, Departamento de Psiquiatría  
Escuela de Medicina, Universidad Centrooccidental  
"Lisandro Alvarado"  
Barquisimeto, Venezuela  
*Capítulo 26*

**Jorge A. Quiroz**

Investigador  
Laboratorio de Patofisiología Molecular,

Programa de Trastornos del Ánimo y Ansiedad  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Bethesda, Maryland, EUA  
*Capítulos 13, 21, 34*

**Rebeka Radcliff**

Asistente de Investigación  
Universidad Estatal de California, Fresno  
Fresno, California, EUA  
*Capítulo 34*

**Luis F. Ramírez**

Director, Quality Outcomes Training  
Cleveland, Ohio, EUA  
*Capítulo 21*

**María Blanca Ramos**

Psiquiatra  
Departamento de Historia de la Medicina, UNAM  
Mexico, D.F.  
*Capítulo 2*

**Ovidio Ramos**

Psiquiatra de Niños y Adolescentes  
Psiquiatra de los hospitales de París  
Jefe de las Unidades Psiquiátricas de Día, Hospital  
"Paul Guiraud" de Villejuif  
París, Francia  
*Capítulo 23*

**J. Américo Reyes Ticas**

Coordinador, Post-Grado de Psiquiatría  
Universidad Nacional Autónoma de Honduras  
Tegucigalpa, Honduras  
*Capítulo 2*

**Isabel C. Riaño Quijano**

Médico Psiquiatra, Consultorios Royal Center  
Panamá, Panamá  
*Capítulo 16*

**Luis Risco**

Profesor Asistente de Psiquiatría  
Subdirector de la Clínica Psiquiátrica Universitaria,  
Universidad de Chile  
Director de Publicaciones, Sociedad de Neurología,  
Psiquiatría y Neurocirugía de Chile  
Santiago, Chile  
*Capítulos 3, 32*

**Carlos Rojas Malpica**

Profesor Titular, Departamento de Salud Mental,  
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de  
Carabobo  
Valencia, Venezuela  
*Capítulos 3, 31, 32*



---

# Psiquiatría

---

**DR. RENATO D. ALARCÓN**

Profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Clínica Mayo (Rochester, Minnesota, EUA) y la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Lima, Perú)  
Consultor de Psiquiatría, Clínica Mayo; Director Médico, Centro de Psiquiatría y Psicología, y Unidad de Trastornos Afectivos, Clínica Mayo

**DR. GUIDO MAZZOTTI**

Departamento de Psiquiatría y Laboratorios de Investigación y Desarrollo  
Universidad Peruana Cayetano Heredia  
*Department of Mental Health, BSPH,  
Johns Hopkins University*

**DR. HUMBERTO NICOLINI SÁNCHEZ**

Médico Psiquiatra y Doctor en Ciencias Médicas  
Profesor de tiempo completo en Posgrado de Genómica de la Universidad de Ciudad de México



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**

Oficina Regional de la  
Organización Mundial de la Salud



**Manual Moderno®**