

Consejos Científicos

Nacional

Roberto Canay

UMSA, USAL, Argentina

Verónica Brasesco

UMSA, USAL, Argentina

Diego Feder

U. Maimónides, Argentina

Héctor Fernández-Álvarez

U. de Belgrano, Argentina

Pascual Gargiulo

UNCUYO, CONICET, Argentina

María de los Á. López Geist

APSA, Argentina

Alicia Losoviz

FELAIIBE, Argentina

Gustavo A. Mäusel

UMSA, Argentina

Humberto Mesones

Ac. Nac. de Medicina, Argentina

Lucía Rossi

UBA, Argentina

María Lucrecia Rovalletti

UBA, CONICET, Argentina

Fernando Silberstein

UBA, UNR, Argentina

Gustavo Tafet

UMAI, Argentina

Humberto Tittarelli

CISM, Argentina

Patricia Weismann

UNMDP, Argentina

Internacional

Jorge Acevedo Guerra

Santiago – Chile

Renato D. Alarcón

Lima – Perú; Rochester – EUA

Rubén Ardila

Bogotá – Colombia

Demetrio Barcia

Murcia – España

Helio Carpintero

Madrid – España

Jorge A. Costa e Silva

Rio de Janeiro – Brasil

Otto Dörr Zegers

Santiago – Chile

Alejandro Gómez

Santiago – Chile

René González Uzcátegui

San José - Costa Rica

Itzhak Levav

Jerusalem – Israel

Facundo Manes

Buenos Aires – Argentina

Juan Mezzich

Pittsburgh – EUA

Driss Moussaoui

Casablanca, Marruecos

A. Rafael Parada

Santiago – Chile

Héctor Pérez-Rincón

México D.F. – México

Juan Matías Santos

Madrid – España

Norman Sartorius

Ginebra – Suiza

Hernán Silva Ibarra

Santiago – Chile

Carlos Sluzki

Santa Barbara – EUA

Tomás Ortiz

Madrid – España

Benjamín Vicente

Concepción – Chile

Sergio Villaseñor Bayardo

Guadalajara – México

Ana María Zlachevski Ojeda

Santiago – Chile

Comité Honorífico

Fernando Lolas Stepke

Universidad de Chile – Chile.

Luis Meyer

Fundación Acta – Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año —en marzo, junio, septiembre y diciembre— en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, ESCI-Thomson Reuters, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso Universidad de Buenos Aires, CONICET
director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich Fundación Acta Fondo para la Salud Mental
aranovich@hotmail.com

Andrés Febbraio Universidad de Buenos Aires, Universidad del Museo Social Argentino
andresfebbraio@hotmail.com

Ana Lía Kornblit Universidad de Buenos Aires, Instituto de Investigaciones Gino Germani
alkornblit@gmail.com

Edith Serfaty Academia Nacional de Medicina, Argentina
edithserfaty@yahoo.com

Secretario de Redacción

Marco Ludovico Mancuso
editor@acta.org.ar; edicionacta@gmail.com

Representante Legal

Alejandra Niño Amieva Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina
alejandranamieva@acta.org.ar

Corrección

María Mercedes Niklison

Traducción

Ana María Morilla

Diagramación

María Rosa Álvarez

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina
ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires) C1122AAJ
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina, TE: (5411) 4897-7272;
fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317
ISSN 0001-6896 (impresa)
ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental. Todos los derechos reservados - Ley 11.723. Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Este número se terminó de imprimir en diciembre de 2021.

REGLAMENTO DE PUBLICACIONES

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina publica material científico, inédito, en español, portugués y eventualmente en inglés.

Los trabajos podrán ser presentados para ser publicados, *ad referendum*, en las siguientes secciones:

Originales

Trabajos completos: informan sobre investigaciones originales (ensayos clínicos, metanálisis, estudios de cohorte, de casos y controles, evaluaciones epidemiológicas, entre otros). Deben tener: a) un resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios); y b) subdivisiones respetando la estructura «Introducción, Materiales y Método, Resultados, Discusión y/o Conclusiones». Extensión máxima: 50.000 caracteres (con espacios), excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe exceder el total de seis. Las referencias no deben ser más de 40.

Comunicaciones preliminares: presentan resultados que, si bien preliminares, por su interés justifican una temprana difusión. Deben incluir un resumen según el modelo de los artículos originales con un máximo de 1.000 caracteres (con espacios). Podrán prescindir de la división en secciones, aunque manteniendo la secuencia habitual, con hasta 15 referencias y preferentemente no más de dos tablas o figuras. Extensión máxima 25.000 caracteres (con espacios).

Revisiones

Sistemáticas

Evaluaciones críticas de la literatura y fuentes de datos relacionados con temas clínicos, enfatizando factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención. Estos trabajos deben presentar resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios). No deben superar los 60.000 caracteres (con espacios) excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe sobrepasar el total de seis. Son permitidas hasta 60 referencias.

Narrativas

Evaluaciones críticas de la literatura y fuentes de datos relacionados con temas clínicos, enfatizando factores como causa, diagnóstico, pronóstico, terapia o prevención. Estos trabajos deben presentar resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios). No deben superar

los 60.000 caracteres (con espacios) excluyéndose tablas, figuras y referencias. La suma de tablas y figuras no debe sobrepasar el total de seis. Son permitidas hasta 60 referencias.

Historiográficas

Abordajes historiográficos de cuestiones relacionadas con la psiquiatría, la psicología y ciencias conexas. Deben incluir un resumen estructurado con un máximo de 1.400 caracteres (con espacios) y hasta 30 referencias bibliográficas. No deben superar los 50.000 caracteres (con espacios).

Documentos

Republicaciones de fuentes primarias de interés para la comunidad científica. Las cuestiones especiales relacionadas con el formato deben ser tratadas con los editores de la publicación.

Notas

Tratan tópicos actuales referentes a cuestiones científicas e institucionales de carácter general. Deben incluir un resumen de 1.000 caracteres (con espacios). Podrán prescindir de la división en secciones, aunque manteniendo la secuencia habitual. No deben superar los 25.000 caracteres (con espacios).

Recensiones

Reseñas críticas y razonadas de publicaciones recientes (últimos dos años); no deben superar los 25.000 caracteres (con espacios) ni incluir bibliografía. Las referencias del texto deben ser completas (incluyendo número de páginas e ISBN).

Cartas

Reportes de casos peculiares, opiniones y comentarios sobre el contenido de la revista, su línea editorial o sobre temas de relevancia científica; los textos deben ser breves con un máximo de 5.000 caracteres (con espacios). Pueden ser comentarios sobre material publicado en la revista o traer datos nuevos y observaciones clínicas. Solo una tabla y una figura son permitidas y, como máximo, cinco referencias. Todos los autores (máximo de cinco) deben firmar la carta.

Informaciones

Noticias sobre encuentros científicos nacionales e internacionales (congresos, jornadas, etc.), homenajes, foros, seminarios, cursos y otras actividades de la especialidad.

Eventualmente, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina incluirá en sus ediciones **Artículos**

Especiales elegidos por el Consejo Académico por ser de interés para la comunidad científica, **Entrevistas** a personalidades destacadas por su actuación científica e institucional en la especialidad y **Traducciones** de artículos publicados por revistas especializadas con las que se haya gestionado las autorizaciones pertinentes.

Los trabajos deben enviarse electrónicamente a la Secretaría de Redacción (editor@acta.org.ar con copia a edicionacta@gmail.com), en formato A4, con márgenes de 2.5 cm, a doble espacio, fuente Arial tamaño 12.

El envío debe incluir:

- Nota de presentación dirigida al Director de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, firmada por los autores, solicitando la evaluación del trabajo para su publicación. La misma debe incluir título del trabajo, indicación de la sección a que correspondería el escrito y la aseveración de que no ha sido publicado con anterioridad ni presentado para ser evaluado en otra revista. Asimismo, debe constar la cesión derechos de todos los autores, para su publicación y la declaración sobre conflicto de intereses. También deberán agregarse las normas éticas utilizadas en el caso de estudios realizados con poblaciones, como por ejemplo, el consentimiento informado o el aval aprobado del Comité Ético de la institución correspondiente. La nota de presentación deberá ser remitida por correo postal a: C.C. 170, Suc 25, C1125WAD, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

- Título del trabajo (y traducción al inglés).

- Nombre completo y apellido de los autores, mayor título académico obtenido de cada uno de ellos y sus direcciones postales, teléfonos y direcciones electrónicas.

- Nombre de la institución en la que fue realizado el trabajo o pertenencia institucional de los autores.

- Nombre, dirección postal y dirección electrónica, del autor con quien se deba mantener correspondencia.

- Resumen y palabras claves (3 a 5) en español y en inglés.

- Referencias bibliográficas, por orden alfabético, al final y numeradas en el texto, conforme los requisitos de uniformidad para trabajos enviados a revistas biomédicas recomendados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas

(ICMJE) y adoptados por Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina.

- Las tablas estrictamente necesarias para el buen entendimiento del trabajo, en blanco y negro, tituladas y en archivo separado; numeradas consecutivamente, en el orden en que fueron citadas en el texto. Las provenientes de otras fuentes deben citar las referencias originales en el pie de página.

- Las figuras (fotografías, gráficos, diseños etc.) deben incluir sus leyendas y ser lo suficientemente fieles para permitir su reproducción. Si han sido extraídas de trabajos previamente publicados, los autores deben adjuntar autorización para su reproducción.

Ejemplos de citación

Artículos de revistas:

Pages Larraya F. Los topoi de Buenos Aires. Acta Psiquiátr Psicol Am Lat. 1983; 29 (1): 25-52.

Libros:

- Autores individuales

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

- Editor(es), Compilador(es)

Tyrer P & Stein G, editors. Personality Disorder Review. London: The Royal College of Psychiatrists; 1993.

Capítulos de libros:

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

Información extensa sobre normas de publicación en: www.acta.org.ar

- Los trabajos serán sometidos a referato anónimo de tres expertos en la materia, externos al Consejo Académico.

- Plazo previsto para las evaluaciones de los trabajos y las notificaciones de los dictámenes a los autores: dentro de los 120 días desde la recepción de los mismos.

- Los trabajos publicados no pueden ser reproducidos en otros medios sin previa autorización de Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, titular del correspondiente *copyright*.

- No se considerarán trabajos que no cumplan con las normas editoriales de la revista.

acta

Fundación **acta**
Fondo para la salud mental



Dr. Guillermo Vidal [1917-2000]

www.acta.org.ar

Original

Variables perceptuales en la experiencia de oír voces y su relación con las creencias espirituales

ALEJANDRO PARRA, JORGE VILLANUEVA

ALEJANDRO PARRA
Doctor en Psicología.
Instituto de Psicología
Paranormal.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

JORGE VILLANUEVA
Docente investigador.
Instituto de Psicología
Paranormal.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.

FECHA DE RECEPCIÓN: 25/07/2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/10/2021

La fenomenología de la experiencia de oír voces de sujetos no clínicos difiere de la de los pacientes con psicosis que tienen alucinaciones auditivas. El *objetivo* de este estudio es evaluar el tipo y la frecuencia de experiencias y creencias asociadas a oír voces en una muestra no clínica, con interés en temas paranormales/espirituales y su relación con la propensión a la esquizotipia, religiosidad/espiritualidad, tendencia a la fantasía, propensión a alucinar e ideación delirante. *Método*: se reclutó a una muestra de 202 adultos con experiencias auditivas quienes completaron un cuestionario *ad hoc* de experiencias auditivas en la población general, creencia en las voces, prácticas religiosas y estilos cognitivos y distorsiones perceptuales. *Resultados*: se encontró que aquellos sujetos con experiencias de oír voces tendieron a mostrar una fuerte atribución tanto benigna como maligna, indicando la valencia cognitiva y emocional respecto al contenido de sus voces. Los resultados muestran que la experiencia paranormal se relaciona con la esquizotipia positiva pero no con la negativa. Además, la capacidad de afrontamiento, el apoyo social y el compromiso con la vida religiosa/espiritual resultaron ser factores relevantes para el afrontamiento de la experiencia de oír voces. Es posible que aquellos que posean cosmovisiones espirituales preexistentes requieran un marco coherente para dar sentido a esta experiencia.

Palabras clave: Oír voces – Esquizotipia – Religiosidad/Espiritualidad – Fantasía – Alucinación – Ideación delirante.

Perceptual Variables in the Experience of Hearing Voices and their Relationship with Spiritual Beliefs

The phenomenology of the experience of hearing voices differs from patients with psychosis who have auditory hallucinations. The aim of this study is to evaluate the type and frequency of experiences and beliefs associated with hearing voices in a non-clinical sample with an interest in paranormal/spiritual issues, and their relationship with the proneness to schizotypy, religiosity and spirituality, tendency to fantasy, hallucination and delusional ideation. *Method*: a sample of 202 adults who had hearing voice experiences were recruited who filled an ad hoc questionnaires on hearing experiences in the general population, beliefs in voices, religious/spiritual practices and cognitive styles and perceptual distortions. *Results*: it was found that those with hearing voices experiences tended to show a strong attribution both benign and malignant, indicating cognitive and emotional valence regarding the content of their voices. The results also show that the paranormal experience is related to positive but not negative schizotypy. In addition, the ability to cope, social support and commitment to religious/spiritual life were found to be relevant factors for coping with the experience of hearing voices. Those who share pre-existing spiritual worldviews may require a coherent framework to make sense of this experience.

CORRESPONDENCIA
Dr. Alejandro Parra.
Salta 2015, C1137ACQ,
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina;
rapp_ale@fibertel.com.ar

Keywords: Hearing Voices – Schizotypy – Religiosity/Spirituality – Fantasy – Hallucination – Delusional Ideation.

Introducción

Las alucinaciones son percepciones que ocurren en ausencia de un estímulo sensorial correspondiente, pero que, desde el punto de vista subjetivo del individuo que las experimenta, son indistinguibles de la percepción normal [4]. Algo es percibido, pero objetivamente no existe para ser percibido. En este sentido, las alucinaciones, son diferentes de las ilusiones, las cuales son distorsiones o malas interpretaciones del objeto percibido [1, 21]. La investigación de la multidimensionalidad de las experiencias alucinatorias es importante para explorar cómo las anomalías perceptivas se convierten en patología, antes que se precipite una psicosis en la forma en que un sujeto percibe y entiende su mundo sensorial [50]. Sin embargo, existe evidencia de que un trastorno psicótico comienza con alucinaciones «subumbrales» combinadas con ideas delirantes [49] y algunos estudios muestran que la aparición de alucinaciones [particularmente las auditivas] precede a la formación de delirios en el desarrollo de la psicosis [14, 48].

El desarrollo de medidas psicométricas para evaluar la presencia de psicosis o experiencias «cuasi-psicóticas» ha permitido analizar mejor el modelo dimensional [16, 54]. Algunas escalas valoran la propensión a la psicosis mientras que otras se centran en aspectos particulares del *continuo* (como los delirios o las alucinaciones), empujando los límites de los síntomas en la clínica psiquiátrica. Gran parte de las escalas no valoran exclusivamente la presencia de alteraciones de la percepción, sino que también evalúan alteraciones de otras funciones psíquicas (por ej. «*Los sonidos que oigo en mis ensueños parecen tan reales que a veces pienso que existen*»). Sin embargo, los síntomas positivos de la psicosis (alucinaciones y delirios) pueden estar presentes en formas atenuadas en la población general sin tratamiento psiquiátrico [21]. Estas observaciones ya realizadas desde los años sesenta, sugieren desestigmatizar las percepciones y creencias anómalas [53, 26]. Las personas con

una enfermedad psicótica diagnosticada tienden a estar significativamente más angustiadas por sus experiencias que aquellas que no, a pesar de su convicción y preocupación [40].

Morrison, Nothard, Bowe y Wells [33] examinaron tres tipos de creencias metacognitivas que podrían estar relacionadas con el mantenimiento del fenómeno alucinatorio: 1) creencias metafísicas (por ej. «Estoy poseído por las voces»), 2) creencias sobre la pérdida de control (por ej. «Las voces me harán hacer cosas que no deseo»), 3) creencias positivas (por ej. «Las voces me ayudan a enfrentar los problemas»). Por lo general, las creencias metafísicas están asociadas con el estado emocional negativo y es un predictor de la experiencia de oír voces. Además, no hay diferencias en las creencias positivas, pero si las hay en las creencias negativas (creencias metafísicas y pérdida de control), esto sugiere que la aparición conjunta de estos dos tipos de creencias (positiva y negativa) permite al individuo valorar las voces como patológicas. Naturalmente, el significado personal de la experiencia alucinatoria es un factor relevante para su desarrollo y persistencia.

En el amplio territorio de la experiencia paranormal, los médiums dicen recibir mensajes auditivos del mundo espiritual [23, 34, 36]. Para comprender mejor la distinción entre las creencias y el delirio [40], mencionamos, por ejemplo, a los médiums de las comunidades espiritistas dicen recibir mensajes auditivos de los espíritus [en contraste con un modo más visual], fenómeno conocido como clariaudiencia [22, 20]. De hecho, hay estudios que indican que las personas que oyen voces y que no están bajo tratamiento terapéutico, tienen funciones verbales y ejecutivas relativamente intactas [11, 12, 13]. Otros estudios han señalado grandes diferencias en la valencia emocional y el contenido de las experiencias de oír voces, así como su esquema explicativo. Algunas personas, sin duda, se describirían a sí mismos como médiums en lugar de psicóticos [36].

Cuando las creencias espirituales alientan a interpretar las voces como eventos aterradores o coercitivos, por ejemplo, como entidades demoníacas, esto a su vez va a aumentar la omnipotencia y malevolencia de las voces y de ahí la angustia y el deterioro [28]. La clariaudiencia, tal como es comprendida por las comunidades espiritistas, es la recepción de mensajes auditivos de los espíritus. La fenomenología de las voces en médiums clariaudientes difiere de los pacientes con psicosis que tienen alucinaciones auditivas, tal como demuestran numerosos estudios respecto a las diferencias en la valencia emocional y el contenido de la experiencia, así como su esquema explicativo [28, 44].

El objetivo de este estudio es evaluar el tipo y la frecuencia de experiencias auditivas y creencias asociadas en una muestra no clínica (sin historial psiquiátrico), con interés en temas paranormales/espirituales, y su relación con variables cognitivas y perceptuales, tales como la propensión a la esquizotipia, el grado de religiosidad/espiritualidad, la tendencia a la fantasía, la propensión a alucinar, la ideación delirante y otros factores demográficos (por ej. género, edad, grado de espiritualidad e ingresos). Se hipotetiza que (H1) se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces, las creencias sobre las voces (malévolas y benévolas) y las voces de eventos del pasado, el presente y el futuro, (H2) la propensión a la esquizotipia, (H3) el grado de religiosidad/espiritualidad, (H4) la tendencia a fantasear, (H5) la propensión a alucinar, y (H6) la ideación delirante.

Método

Participantes

La muestra fue de 202 adultos que tuvieron experiencias auditivas, reclutada mediante un anuncio colocado en las redes sociales. Los encuentros se realizaron en el Instituto de Psicología Paranormal de Buenos Aires, Argentina, en el contexto de un proyecto de investigación que examina la experiencias de «oír voces» de personas de ambos sexos, 58

(28,7%) varones y 144 (72%) mujeres, de rango etario de 18 a 55 años (Media = 36.06 años, DT = 9.56). Los participantes fueron reclutados de una amplia variedad de institutos, centros y fundaciones que se especializan en Nueva Era, centros de meditación y bienestar, Yoga y terapias o prácticas alternativas/integrativas. Esta variedad de contactos permitió sumar una muestra suficientemente representativa de una amplia diversidad de personas activamente interesadas en temas paranormales/espirituales.

Procedimiento

Los participantes recibieron información sobre los objetivos generales del estudio, pero no de las hipótesis, y fueron invitados a participar de forma voluntaria y anónima. Se distribuyeron todos los instrumentos en un sobre cerrado, entregado en mano, se dieron instrucciones para completarlos y cada uno suscribió un consentimiento firmado. Los datos fueron tratados con confidencialidad y anonimato de sus respuestas.

Instrumentos

Escala de experiencia de oír voces: se diseñó un cuestionario *ad hoc* de experiencias auditivas en la población general inspirada en otras escalas [6, 18, 19, 39], compuesta por 20 ítems, cuyo rango de respuestas es: nunca = 0 (cero), rara vez = 1, algunas veces = 2 y casi siempre = 3. Contiene una pregunta al final sobre la frecuencia de la experiencia (mínimo doce meses), si ha recurrido a un consultor (por ej. médico, psicólogo, etc.), si ha tomado medicación psiquiátrica (frecuencia), y preguntas demográficas tales como sexo, edad, religión, ingresos, estado marital y espiritualidad (0 = no soy espiritual a 4 = soy extremadamente espiritual). También se incluyó un espacio libre para escribir detalles de la experiencia. El cuestionario permite sumar las respuestas afirmativas y construir un *index* (o suma) en un rango desde 0 = sin experiencia a 60 = casi siempre para todas las experiencias). La confiabilidad interna de esta escala *ad hoc* resultó muy buena para la presente muestra, con un alfa de Cronbach de .89.

Cuestionario de creencia en las voces (BAVQ-R) [5, 7, 41, 45]: es una medida de 35 ítems acerca de las creencias de las personas sobre las alucinaciones auditivas y sus reacciones emocionales y de comportamiento. Aunque no se condujo una estructura factorial de la escala, se agruparon los ítems en cinco factores: 1) voces malévolas (por ej. «Las voces me castigan por algo que hice»); 2) voces benévolas (por ej. «Las voces quieren protegerme») y omnipotencia, (pero solo se emplearon las dos primeras); 3) experiencias auditivas en relación con el pasado (por ej. «Mi voz me está castigando por algo que he hecho»); 4) el presente (por ej. «Mi voz quiere ayudarme») y 5) el futuro (por ej. «Cosas malas te pasarán en el futuro»). Todas las respuestas se calificaron en una escala de 4 puntos, siendo: 1 = en total desacuerdo a 4 = totalmente de acuerdo. La confiabilidad interna del BAVQ-R es buena para esta muestra, con un alfa de Cronbach de .88.

Oxford-Liverpool Inventory Feelings and Experiences (O-LIFE) [27]: es un cuestionario autoadministrable de 40 reactivos de valor dicotómico (sí/no) que puede ser administrado a adolescentes y adultos, tanto en población normal como en población clínica. La confiabilidad interna del O-LIFE es buena para la presente muestra, con un alfa Cronbach de .79. El O-LIFE evalúa cuatro subescalas: 1) experiencias inusuales, 2) desorganización cognitiva, 3) anhedonia introvertida, 4) disconformidad impulsiva. Una combinación de las cuatro sub-escalas evalúan dos tipos o «factores» de esquizotipia, e incluso un puntaje total (alfa = .90), que derivan de la suma de los puntajes de las subescalas experiencias inusuales y desorganización cognitiva (esquizotipia positiva) y anhedonia introvertida y disconformidad impulsiva (esquizotipia negativa):

1. *La dimensión positiva* es conocida como experiencias perceptuales no convencionales/anómalas o cognitivo-perceptual, se

refiere a un funcionamiento excesivo o distorsionado de un proceso normal e incluye varias formas de alucinaciones, ideación paranoide, ideas de referencia y trastornos del pensamiento;

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

Escala multidimensional de la religiosidad y espiritualidad (MMRS) [15]: está diseñada para cuantificar el grado de involucramiento religioso/espiritual en una escala de 38 ítems con formato Likert, siendo las puntuaciones más altas indicativas de mayor grado de religiosidad o experiencia espiritual. El índice de consistencia interna para el cuestionario es bueno, con un alfa de Cronbach de .89. Se divide en siete dominios:

1) *Experiencias espirituales diarias*: evalúa la conexión cotidiana del individuo con un ser superior o divino a través de preguntas como «Siento la presencia de Dios» y «Estoy espiritualmente tocado por la belleza de creación» en una escala de seis puntos (0 = nunca a casi nunca a 6 = muchas veces al día);

2) *Valores/creencias*: evalúa la presencia de valores religiosos y creencias a través de preguntas como «Creo en un Dios que me cuida» y «Siento una profunda sensación de responsabilidad de reducir el dolor y el sufrimiento en el mundo» en una escala de cuatro puntos (1 = muy en desacuerdo a 4 = muy de acuerdo);

3) *Perdón*: evalúa la capacidad de perdonar a los demás, a Dios y a uno mismo, a través de preguntas como «He perdonado los que me hicieron daño» en una escala de cuatro puntos (0 = nunca siempre a 4 = casi siempre);

4) *Prácticas privadas*: evalúa la frecuencia de comportamiento religioso en espacios privados, a través de preguntas como «¿Con qué frecuencia mira o escucha programas religiosos en la televisión o la radio?» y «¿Con qué frecuencia lee la Biblia u otra literatura religiosa?» en una escala de ocho puntos (0 = nunca a 8 = más de una vez al día).

5) *Afrontamiento*: evalúa el uso de estrategias de afrontamiento con un componente religioso o espiritual en el tratamiento de problemas cotidianos, a través de preguntas como: «Miro a Dios por su fortaleza, apoyo y orientación» o «¿En qué medida su religión está involucrada en la comprensión o el manejo de situaciones estresantes?» en una escala de cuatro puntos (0 = nada a 4 = mucho).

6) *Apoyo social*: evalúa el apoyo social recibido por el individuo de la congregación en el manejo de problemas cotidianos, a través de preguntas como: «Si tuvo un problema o se enfrentaron a una situación difícil, ¿cuánto consuelo serían las personas en su congregación dispuesto a darte?» o «Si estuvieras enfermo, ¿cuánto ayudarían las personas de tu congregación?» en una escala de cuatro puntos (1 = muy en desacuerdo a 4 = muy de acuerdo);

7) *Compromiso*: evalúa la frecuencia de participación en público actividades religiosas, a través de preguntas como «¿Con qué frecuencia vas a los servicios religiosos?» o «¿Con qué frecuencia participa en otras actividades en su lugar de culto?» en una escala de seis puntos (0 = nunca a 6 = más de una vez por semana).

Cuestionario de experiencias creativas (CEQ) [30, 31]: es una escala de propensión a la fantasía y ensoñación en vigilia, que comprende 25 ítems dicotómicos que evoca recuerdos en la niñez. Las respuestas afirmativas se suman para obtener una puntuación total, a mayor puntuación mayor propensión a la fantasía. La confiabilidad interna del

CEQ es buena para la muestra hispano-argentina, con un Cronbach de .82.

Escala de alucinaciones de Launay-Slade (LSHS-R) [3, 17,24, 54]: desarrollada para testear el continuo del funcionamiento de la psicosis, ya que es una medida de la propensión a experimentar alucinaciones por parte de individuos normales. Está compuesto por 16 ítems con respuesta en escala Lickert de 0 = no es mi caso; hasta 3 = es sin duda mi caso. Su estructura factorial muestra cuatro dimensiones: 1) *pensamientos intrusivos*, que mide la intensidad de la fantasía visual y auditiva; 2) *ensoñación vívida*, que mide fantasías visuales; 3) *experiencias multisensoriales*, que mide experiencias al conciliar el sueño o al despertar y 4) *experiencias auditivo-visuales*, que mide experiencias auditivas (por ej. voces) o visuales (por ej. espíritus). La confiabilidad interna del LSHS-R es buena para la presente muestra, con un alfa Cronbach de .89.

Peters Delusions Inventory (PDI-21) [17, 42, 43]: es un cuestionario diseñado para medir en la población general síntomas psicóticos y rasgos esquizotípicos, que se manifiestan como variaciones psicológicas observables entre individuos, que van desde los perfectamente adaptados a aquellos que, si bien muestran signos de psicopatología, no serían considerados clínicamente psicóticos. Comprende un total de 21 ítems con respuesta dicotómica (sí/no) cuyo puntaje total indica mayor propensión a sistemas delirantes de pensamiento y paranoia. Comprende siete categorías: delirios de control, malinterpretaciones, identificaciones erróneas y delirios de referencia, alucinaciones de persecución, delirios expansivos, delirios sobre varios tipos de influencia y delirios primarios, y delirios simples basados en la culpa, la despersonalización y la hipocondría. Una octava categoría representa experiencias de pensamiento perturbado (lectura, interceptación, eco y transmisión del pensamiento). La confiabilidad interna del PDI es buena para la presente muestra, con un alfa de Cronbach de .82.

Criterios de exclusión/inclusión

Fueron excluidos participantes que presentaron los siguientes indicadores: 1) trastorno neurológico o traumatismo que resulte en un déficit cognitivo; 2) uso recreativo de drogas o alcohol con criterio de consumo de riesgo; 3) anomalías de la audición por causas orgánicas; 4) individuos que oyen voces al menos una vez al día; 5) participantes que no tengan experiencias de oír voces durante, al menos, seis meses antes de participar en el estudio; y 6) participantes sin experiencia de oír voces con trastorno psicótico.

Resultados

Se llevó a cabo un contraste de hipótesis sobre la normalidad de las variables mediante un análisis de Kolmogorov-Smirnov. A partir de los valores obtenidos, se asumió una distribución asimétrica de las puntuaciones de los instrumentos (todas $p < .001$, excepto esquizotipia medida con el O-LIFE). En consecuencia, se decidió emplear para los análisis estadísticos, el test de U de Mann-Whitney para comparar grupos y Rho de Spearman (r_s) para correlacionar las puntuaciones de las escalas.

Respecto a los datos demográficos, el 39.6% indicó ser profesional, una tendencia a mostrar pensamiento más conservador, el 42% conviviente con su esposa/pareja, el 57% de religión católica, con una tendencia a mayor espiritualidad, y un nivel de ingresos «aceptable para vivir» (69.3%) (ver tabla 1).

La experiencia auditiva más frecuente fue oír voces o mensajes en sueños (ítem 18), oír su propio nombre estando solo (ítem 1), oír pasos, respirar, tropezar, gritar, etc. (ítem 10), oír voces al conciliar del sueño o al despertar (ítem 12) y oír voces que advierten peligros (ítem 19). Los consultores más frecuentes fueron médicos (21.8%) y psicólogos (14.9%) (ver tabla 2, con la frecuencia de mayor a menor).

La H1 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experien-

Tabla 1. Características demográficas de la muestra

	N	%
Ocupación		
Profesional	80	39.6
Empleado administrativo	32	15.8
Comerciante	30	14.9
Ama de casa	20	9.9
Jubilado	20	9.9
Desempleado/trabajo <i>part time</i>	12	5.9
Técnico	6	3.0
Solo estudiante	2	1.0
Pensamiento político		
Muy conservador	14	6.9
Conservador	26	12.9
Centro	126	62.4
Progresista	22	10.9
Muy progresista	14	6.9
Estado marital		
En pareja/casado	86	42.6
Sin pareja actual	70	34.7
En pareja/no conviviente	36	17.8
Convive con padres/hijos	10	5.0
Religión		
Católico	116	57.4
Cristiano no denominacional	38	18.8
No denominacional	26	12.9
Filosofías orientales (por ej. budismo)	10	5.0
Ateo / Agnóstico	10	5.0
Judío	2	1.0
Ingresos		
Muy por debajo de lo aceptable para vivir	18	8.9
Por debajo de lo aceptable para vivir	28	13.9
Aceptable para vivir	140	69.3
Por encima de lo aceptable para vivir	14	6.9
Muy por encima de lo aceptable para vivir	2	1.0
Espiritualidad		
No soy espiritual	18	8.9
Soy un poco espiritual	22	10.9
Soy moderadamente espiritual	86	42.6
Soy muy espiritual	64	31.7
Soy extremadamente espiritual	12	5.9

cia de oír voces y las creencias (voces malévolas o benévolas) y voces que anuncian eventos del pasado, el presente y el futuro, lo cual se confirmó (todas $p < .001$). La H2 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces y la propensión a la esquizotipia (total), lo cual se confirmó ($r_s = .47$; $p < .001$), y el factor esquizotipia positiva ($r_s = .51$; $p < .001$),

Tabla 2. Escala de experiencias auditivas

	N	%
18. He tenido sueños en donde he oído nítidamente conversaciones, voces, música, cantos, o melodías.	156	77.2
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.	140	69.3
10. Por la noche oigo pasos, respirar, tropezar, raspar, girar los 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.	118	58.4
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.	104	51.5
2. Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez. Por ejemplo: «Carmen».	102	50.5
19. Una voz (o voces) me advirtieron de un peligro que luego efectivamente ocurrió, y que no podía saber o deducir de ningún modo.	102	50.5
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».	92	45.5
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.	90	44.6
7. He oído mi propia voz procedente de atrás mio, en forma de frases cortas, normalmente tranquilizadoras, como «todo va bien» o «cálmate».	82	40.6
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.	80	39.6
20. Una voz nítida me susurra al oído exactamente lo mismo que otra persona iba a responderme.	80	39.6
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.	78	38.6
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.	76	37.6
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.	74	36.6
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.	60	29.7
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.	56	27.7
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.	52	25.7
17. Cuando era niño, solía mantener una agradable conversación en voz alta con un amigo imaginario y prácticamente siempre oía lo que me decía.	52	25.7
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.	40	19.8
9. Cuando estoy solo, oigo voces de niños angustiados.	32	15.8
<i>Ha consultado usted a: (puede marcar más de una opción)</i>		
Médico (por ej. psiquiatra/neurólogo)	44	21.8
Psicólogo	30	14.9
Sacerdote/pastor	24	11.9
No he consultado a nadie	24	11.9
Libros/TV	22	10.9
Amigo	12	5.9
Familiar	2	1.0
<i>¿Ha tomado usted medicación psiquiátrica en los últimos seis meses?</i>	32	15.8

excepto esquizotipia negativa. La H3 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces y el grado de religiosidad/espiritualidad, la cual, aunque no se confirmó, se encontró positivamente correlacionada con afrontamiento ($r_s = .18; p = .005$), apoyo social ($r_s = .15; p = .02$) y compromiso ($r_s = .34; p < .001$). La H4 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces y la propensión a la fantasía, la cual se confirmó ($r_s = .54; p < .001$). La H5 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces y la propensión a alucinar, la cual se confirmó ($r_s = .74; p < .001$), incluyendo sus cuatro factores (todos $p < .001$). La H6 predice que se encontrará una correlación positiva y significativa entre la experiencia de oír voces y la ideación delirante, la cual se confirmó ($r_s = .42; p < .001$) (ver tabla 3).

Se llevó a cabo una correlación entre edad, espiritualidad e ingresos. Se encontró que la edad correlacionó negativa y significativamente con la experiencia de oír voces ($r_s = -.31; p < .001$), creencia de las voces (malévolas $r_s = -.25; p = .001$ y benévolas $r_s = -.17; p = .01$), eventos del pasado, presente y futuro (todas $p < .001$), esquizotipia ($r_s = -.26; p < .001$), fantasía ($r_s = -.32; p < .001$), propensión a alucinar ($r_s = -.36; p < .001$) e ideación delirante ($r_s = -.25; p < .001$).

Se encontró que el grado de espiritualidad correlacionó positiva y significativamente con la experiencia de oír voces ($r_s = .23; p < .001$), creencia de las voces (sólo benévolas, $r_s = .23; p = .002$), esquizotipia ($r_s = .16; p < .001$), religiosidad/espiritualidad ($r_s = .32; p < .001$), fantasía ($r_s = .33; p < .001$), propensión a alucinar ($r_s = .27; p < .001$), e ideación delirante ($r_s = .35; p < .001$).

Se encontró que Ingresos correlacionó negativa y significativamente con la experiencia de oír voces ($r_s = -.28; p < .001$), creencia de

Tabla 3. Correlación entre la frecuencia de oír voces con creencias de las voces, esquizotipia, religiosidad/espiritualidad, fantasía, propensión a alucinar e ideación delirante

	Oír Voces*	
	r_s	p
1. Voces malévolas (BAVQ-R)	.48	< .001
2. Voces benévolas (BAVQ-R)	.47	< .001
1. Voces pasado (BAVQ-R)	.44	< .001
2. Voces presente (BAVQ-R)	.34	< .001
3. Voces futuro (BAVQ-R)	.52	< .001
1. Esquizotipia positiva	.51	< .001
2. Esquizotipia negativa	.11	n.s.
Esquizotipia (O-LIFE)	.47	< .001
1. Experiencias espirituales diarias	.02	n.s.
2. Valores/creencias	-.06	n.s.
3. Perdón	-.07	n.s.
4. Prácticas privadas	.07	n.s.
5. Afrontamiento	.18	.005
6. Apoyo social	.15	.02
7. Compromiso	.34	< .001
Religiosidad y espiritualidad (MMRS)	.09	n.s.
Fantasía (CEQ)	.54	< .001
1. Pensamientos intrusivos	.45	< .001
2. Ensoñación vívida	.65	< .001
3. Experiencias multisensoriales	.60	< .001
4. Experiencias auditivo-visuales	.77	< .001
Propensión a alucinar (LSHS-R)	.74	< .001
Ideación delirante (PDI-21)	.42	< .001

* Rango: 0 = Nunca, 1 = Rara vez, 2 = Algunas veces y 3 = Casi siempre (Media = 15,17; DT = 12)

las voces (sólo malévolas $r_s = -.38; p < .001$), esquizotipia ($r_s = -.20; p = .002$) y propensión a alucinar ($r_s = -.22; p < .001$) (ver tabla 4).

Se llevó a cabo una comparación de género y se encontró que las mujeres puntuaron significativamente más alto en la experiencia de oír voces ($z = 2,48; p = .01$), fantasía ($z = 3,42; p = .001$) y propensión a alucinar ($z = 3,86; p = .001$) y sus factores experiencias multisensoriales y experiencias auditivo-visuales en comparación con los varones (ambos $p = .001$) (ver tabla 5).

Tabla 4. Correlación entre edad, espiritualidad e ingresos con la experiencia de oír voces con creencias de las voces, esquizotipia, religiosidad /espiritualidad, fantasía, propensión a alucinar e ideación delirante

		<i>Edad</i>	<i>Espiritualidad</i> ⁽¹⁾	<i>Ingresos</i> ⁽²⁾
<i>Oír voces</i>	r_s	-.31	.23	-.28
	p	< .001	< .001	< .001
1. Voces malévolas (BAVQ-R)	r_s	-.25	.05	-.38
	p	.001	n.s.	< .001
2. Voces benévolas (BAVQ-R)	r_s	-.17	.23	.02
	p	.01	.002	n.s.
1. Voces pasado (BAVQ-R)	r_s	-.38	-.03	-.04
	p	< .001	n.s.	n.s.
2. Voces presente (BAVQ-R)	r_s	-.29	-.09	-.10
	p	< .001	n.s.	n.s.
3. Voces futuro (BAVQ-R)	r_s	-.36	-.14	-.002
	p	< .001	n.s.	n.s.
Esquizotipia (O-LIFE)	r_s	-.26	.16	-.20
	p	< .001	.01	.002
Religiosidad y espiritualidad (MMRS)	r_s	-.02	.32	-.05
	p	n.s.	< .001	n.s.
Fantasía (CEQ)	r_s	-.32	.33	-.09
	p	< .001	< .001	n.s.
Propensión a alucinar (LSHS-R)	r_s	-.36	.27	-.22
	p	< .001	< .001	.001
Ideación delirante (PDI-21)	r_s	-.25	.35	-.09
	p	< .001	< .001	n.s.

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue evaluar el tipo y la frecuencia de experiencias auditivas y creencias asociadas sobre una muestra no clínica con interés en temas paranormales/espirituales y su relación con variables cognitivas (propensión a la esquizotipia, grado de religiosidad/espiritualidad, e ideación delirante) y perceptuales (tendencia a la fantasía y propensión a alucinar). La experiencia de oír voces mostró que las experiencias auditivas en sueños, oír su propio nombre estando solo/a, y oír pasos y golpes eran más recurrentes en contraste con otras experiencias auditivas, como amigos imaginarios en la niñez, o voces con inspiración creativa; si bien los valores fluctuaron entre el 15% al 77%. El nivel educativo resultó de medio a alto (el 39,6% indicó ser profesional), una tendencia al pensamiento conservador, el

42% conviviente con su pareja o casado, el 57% de religión católica (y mayor espiritualidad) y un nivel de ingresos desde «muy por debajo» a «aceptable para vivir».

Desde una perspectiva cognitiva, aquellos con experiencias de oír voces tendieron a mostrar una fuerte atribución tanto benigna como maligna, incluso cuando estas voces estaban relacionadas con eventos del pasado, el presente o el futuro, indicando valencia cognitiva y emocional respecto al contenido de sus voces. Se ha sugerido que las reacciones ante las alucinaciones auditivas están mediadas por las creencias acerca de su identidad, poder, propósito y consecuencias por obedecerlas [7, 8], de modo que aquellos que han tenido experiencias paranormales pueden mostrar mayor capacidad para reconocer la fuente de tales voces y atribuir un

Tabla 5. Diferencia de género en la experiencia de oír voces con creencias de las voces, esquizotipia, religiosidad /espiritualidad, fantasía, propensión a alucinar e ideación delirante

<i>Variables</i>	<i>Género*</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>z*</i>	<i>p</i>
<i>Oír voces</i>	Varones	.90	.30	2.48	.01
	Mujeres	.94	.23		
1. Voces malévolas (BAVQ-R)	Varones	1.48	1.99	2.03	.04
	Mujeres	2.34	3.25		
2. Voces benévolas (BAVQ-R)	Varones	5.26	5.29	1.81	n.s.
	Mujeres	6.55	4.86		
1. Voces pasado (BAVQ-R)	Varones	2.48	2.15	.16	n.s.
	Mujeres	2.35	2.02		
2. Voces presente (BAVQ-R)	Varones	1.43	1.57	.84	n.s.
	Mujeres	1.14	1.38		
3. Voces futuro (BAVQ-R)	Varones	1.33	1.57	.45	n.s.
	Mujeres	1.29	1.19		
Esquizotipia (O-LIFE)	Varones	57.83	24.56	1.41	n.s.
	Mujeres	63.36	23.07		
Fantasía (CEQ)	Varones	8.52	5.49	3.42	.001
	Mujeres	11.57	4.79		
1. Pensamientos intrusivos	Varones	3.31	2.86	1.98	n.s.
	Mujeres	4.10	2.45		
2. Ensoñación vívida	Varones	1.86	2.62	2.00	n.s.
	Mujeres	2.70	2.86		
3. Experiencias multisensoriales	Varones	5.71	4.38	4.32	< .001
	Mujeres	9.03	4.64		
4. Experiencias auditivo-visuales	Varones	2.96	3.36	3.05	< .001
	Mujeres	4.63	3.55		
Propensión a alucinar (LSHS-R)	Varones	13.48	11.10	3.86	< .001
	Mujeres	20.46	10.86		
Ideación delirante (PDI-21)	Varones	6.31	4.42	1.74	n.s.
	Mujeres		7.78		

* Varones $n = 58$ y mujeres $n = 138$

significado benigno (por ej. quienes atraviesan duelos que escuchan las voces de sus cónyuges [38, 46, 51]) o por el contrario un significado maligno (por ej. experimentan espíritus «obsesores» o después del uso del tablero *Ouija* [51, 52]) de modo que las reacciones emocionales y conductuales que presentan los creyentes en lo paranormal están determinadas no sólo por su forma y contenido sino también por el significado que les atribuyen.

Un factor particularmente relevante en la experiencia de oír voces es su relación con los indicadores positivos que involucran experiencias perceptuales y sistemas de creencia, que demuestran que la experiencia está asociada a factores más positivos y benignos en contraste con los factores más malévolos o negativos, como la dificultad para establecer contactos con otros (déficit

interpersonal) y la incapacidad de experimentar placer a nivel físico y social (aplanaamiento afectivo). En efecto, estos resultados confirman estudios previos que muestran que la experiencia paranormal se relaciona con la esquizotipia positiva pero no con la negativa, de modo que aquellos con experiencias paranormales resultan cognitivamente menos desorganizados (en comparación con un grupo clínico). Quienes reportan experiencias paranormales pueden ser más agradables, menos impulsivos, más sociables y manifestar conductas menos excéntricas en comparación con quienes tienen experiencias psicóticas [55].

Sin embargo, una revelación de interés en este contexto es la relación entre la experiencia de oír voces con sus creencias religiosas/espirituales. Aunque es esperable una fuerte relación entre las creencias paranormales con la

espiritualidad, sin embargo, no se encontró una relación con la puntuación total de la escala MMRS. Pero la capacidad de afrontamiento, el apoyo social y el compromiso con la vida religiosa/espiritual para tratar con los problemas cotidianos y el estrés resultó un factor relevante para el afrontamiento de la experiencia de oír voces. Estos resultados son coherentes con la idea de que el grado de espiritualidad no sólo está fuertemente relacionada con la experiencia ($p < .001$), sino también con un carácter benévolo ($p = .002$) más que malévolos. Es posible que quienes comparten cosmovisiones espirituales preexistentes a su experiencia de oír voces puedan necesitar un marco coherente para dar sentido a la experiencia lo cual aumenta los sentimientos de control y reduce la angustia. De hecho, en un estudio sobre la religión/espiritualidad en personas diagnosticadas con esquizofrenia, Mohr [32] se encontró que el apoyo espiritual contribuye a explicar la experiencia cuando ninguna otra explicación parece convincente, lo cual proporciona una sensación de control y reduce la angustia y la ansiedad.

En términos generales, a causa de que el grado de espiritualidad de este grupo (casi el 90% indicó ser «poco» a «extremadamente» espiritual) puede conducir a estrategias de afrontamiento, por ejemplo, mediante la práctica de meditación, *mindfulness*, yoga, tai-chi, oración cristiana, mantras o *reiki*, para aprender a controlar las voces y evitarlas [2]. También, en sentido inverso, involucrarse en prácticas espirituales puede facilitar la experiencia de oír voces con un propósito más beneficioso y menos amenazante [9, 10] sirviendo como un factor clave en su recuperación y disminución. Además, en coincidencia con otros estudios, el apoyo social de la religión puede ofrecer formas de comprender y apoyar al individuo [28, 47]. Aquellos que oyen voces pero que no participan en una religión oficial, pueden comprender mejor el carácter espiritual de la experiencia en un marco cultural aceptado y esto ayudar a normalizar la experiencia. Los beneficios socia-

les gracias a una postura espiritual/paranormal, permiten que la voz se experimente como la presencia genuina de otro que acompaña, consuela o alivia y, por lo tanto, proporcione también apoyo social para vencer la soledad y el aislamiento. Además, aquellos que son espirituales o tienen creencias/experiencias paranormales, pero no son religiosos, pueden carecer del apoyo social de una comunidad con ideas opuestas (incluso ideas religiosas más conservadoras), de manera que permita el desarrollo desenfrenado de creencias inusuales y disfuncionales. Por lo tanto, el apoyo social puede verse reforzado o reducido por la espiritualidad si las voces que se escuchan son benevolentes y si se las entiende como asistentes espirituales de confianza.

Los resultados de este estudio también demuestran que la experiencia de oír voces está fuertemente relacionada con factores perceptuales, como la propensión a fantasear, a alucinar y a creencias bizarras. En efecto, la estimulación para evocar recuerdos fantasiosos de la niñez en la vida adulta puede ser productora de experiencias alucinatorias [35, 37]. Experiencias negativas en la infancia (como abuso y abandono) pueden «retornar» en la vida adolescente y la adultez bajo la forma de oír voces; entonces el contexto de creencias paranormales/espirituales puede funcionar como un reforzador [25]. De hecho, el atributo multisensorial de la propensión a experiencias perceptuales anómalas (alucinación), además de la auditiva, refuerzan la identidad de la experiencia. Creencias bizarras e ideación paranoide también pueden funcionar como esquemas cognitivos disfuncionales que retroalimenten el componente malévolos de la experiencia de oír voces en individuos creyentes en lo paranormal.

Finalmente, se encontró que la experiencia de oír voces es característica de individuos más jóvenes, con fuertes convicciones espirituales (aunque no religiosas), en particular con un atributo benévolo y en un sector

social de ingresos más bajos en contraste con aquellos con ingresos más altos. Incluso la experiencia de oír voces mostró más prominencia en mujeres que en varones, con un fuerte componente de fantasía, y experiencias alucinatorias multisensoriales (no exclusivamente auditivas) lo cual coincide con estudios previos. Aunque aquellos que adhieren a experiencias anómalas y creencias paranormales no necesariamente cumplen los criterios de personalidad esquizotípica severa, las percepciones benignas y su interpretación benévola, combinadas con la propensión a la fantasía, pueden funcionar como un criterio claramente adaptativo para la emergencia de experiencias auditivas; en otras palabras, tener un sistema de pensamiento asociado a creencias paranormales y experiencias perceptuales inusuales —incorrectamente llamado «pensamiento mágico»— proporciona mejor capacidad para pro-

ducir un sistema eficaz y creativo para dar una explicación subjetiva a experiencias inusuales y colocarlas de este modo dentro de un sistema de creencias gradualmente mejor organizado. Futuros estudios deberían examinar comparaciones con una muestra clínica y una muestra de individuos de la población general con baja o ninguna creencia paranormal. Este diseño debería comparar las mismas variables en combinación con pruebas auditivas, como la tarea de imaginaria auditiva del *White Christmas* y explorar nuevas hipótesis en la relación entre la experiencia de oír voces y factores cognitivos que presumiblemente las elidan.

Agradecimientos

Agradecemos a la Fundación Bial por su apoyo financiero a este proyecto de investigación (Grant 08/18) y a Juan Carlos Argibay por sus útiles consejos metodológicos.

Referencias

1. Aleman A, Larøi F. Hallucinations: The science of idiosyncratic perception. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.
2. Bach P, Hayes SC. The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(5):1129-39. DOI: 10.1037/0022-006X.70.5.1129
3. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report. *Pers Individ Dif.* 1985; 6(4):527-9. DOI: 10.1016/0191-8869(85)90151-5
4. Bentall RP. The illusion of reality: A review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychol Bull.* 1990;107(1):82-95. PMID: 2404293 DOI: 10.1037/0033-2909.107.1.82
5. Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence or voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med.* 1997;27(6):1345-53. DOI: 10.1017/S0033291797005552
6. Birchwood M, Meaden A, Trower P, Gilbert P, Plaistow J. The power and omnipotence of voices: Subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med.* 2000;30(2):337-44. DOI: 10.1017/S0033291799001828
7. Chadwick P, Birchwood M. The omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *Br J Psychiatry.* 1994;164(2):190-201. PMID: 8173822 DOI: 10.1192/bjp.164.2.190
8. Chadwick P, Birchwood MJ, Trower P. Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia. Chichester UK: Wiley; 1996.
9. Corstens D, Escher S, Romme M. Accepting and working with voices: The Maastricht approach. In A. Moskowitz I, Schäfer & M. J. Dorahy MJ, editors. *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology.* Wiley-Blackwell Online Library; 2008. p. 319-32. DOI: 10.1002/9780470699652.ch23
10. Cottam S, Paul SN, Doughty OJ, Carpenter L, Al-Mousawi A, Karvounis S, Done DJ. Does religious belief enable positive interpretation of auditory hallucinations? A comparison of religious voice hear-

- ers with and without psychosis. *Cogn Neuropsychiatry*. 2011;16(5):403-21. PMID: 21390926 DOI: 10.1080/13546805.2010.548543
11. Daalman K van Zandvoort M, Bootsman F, Boks M, Kahn R, Sommer I. Auditory verbal hallucinations and cognitive functioning in healthy individuals. *Schizophr Res*. 2011;132(2-3):203-7. PMID: 21839618 DOI: 10.1016/j.schres.2011.07.013
 12. Daalman K, Boks MPM, Diederer KJM, de Weijer AD, Blom JD, Kahn RS, Sommer IEC. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(3):320-5. PMID: 21450152 DOI: 10.4088/JCP.09m05797yel
 13. Diederer KJM, Daalman K, de Weijer AD, Neggers SFW, van Gastel W, Dirk Blom J, et al. Auditory hallucinations elicit similar brain activation in psychotic and nonpsychotic individuals. *Schizophr Bull*. 2012;38(5):1074-82. PMID: 21527413 DOI: 10.1093/schbul/sbr033
 14. Escher S, Romme M, Buiks A, Delespaul P, Van Os J. Formation of delusional ideation in adolescents hearing voices: A prospective study. *Am J Med Genet*. 2002;114(8):913-20. PMID: 12457385 DOI: 10.1002/ajmg.10203
 15. Fetzer Institute and National Institute on Aging Working Group. *Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report of the Fetzer Institute*. Kalamazoo, MI: Fetzer Institute; 1999.
 16. Fonseca-Pedrero E, Lemos-Giráldez S, Paino M, Sierra-Baigrie S, Villazón-García U, García Portilla MP, et al. Dimensionality of hallucinatory predisposition: Confirmatory factor analysis of the Launay-Slade Hallucination Scale-revised in college students. *An Psicol*. 2010;26(1):41-8. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/91951>
 17. Fonseca-Pedrero E, Paino M, Santarén-Rosell M, Lemos-Giráldez S, Muñiz J. Psychometric properties of the Peters et al Delusions Inventory 21 in college students. *Compr Psychiatry*. 2012; 53(6):893-9. PMID: 22440833 DOI: 10.1016/j.comppsy.2012.01.007
 18. Haddock G, McCarron J, Tarrier N, Faragher EB. Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptoms Rating Scale (PSYRATS). *Psychol Med*. 1999;29(4):879-89. PMID: 10473315 DOI: 10.1017/s0033291799008661
 19. Hayward M, Denney J, Vaughan S, Fowler D. The voice and you: Development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices. *Clin Psychol Psychother*. 2008;15(1):45-52. PMID: 19115427 DOI: 10.1002/cpp.561
 20. Houran J. Toward a psychology of "entity encounter experiences". *J Am Soc Psych Res*. 2000;64:141-58.
 21. Johns LC, Kompus K, Connell M, Humpston C, Lincoln TM, Longden E, et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull*. 2014;40(4):S255-64. PMID: 24936085 DOI: 10.1093/schbul/sbu005
 22. Klimo J. *Channeling: Investigations on receiving information from paranormal sources*. Berkeley CA: North Atlantic Books; 1998.
 23. Krippner S, Friedman H, edit. *Mysterious minds: The neurobiology of psychics, mediums, and other extraordinary people*. Santa Barbara, CA: Greenwood/Praeger; 2010.
 24. Launay G, Slade PD. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Pers Individ Dif*. 1981;2(3):221-34. DOI: 10.1016/0191-8869(81)90027-1
 25. Lawrence TR, Edwards C, Barraclough N, Church S, Hetherington F. Modelling childhood causes of paranormal belief and experience: Childhood trauma and childhood fantasy. *Pers Individ Dif*. 1995;19(2): 209-15. DOI: 10.1016/0191-8869(95)00034-4
 26. Lawrie SM, Hall J, McIntosh AM, Owens DGC, Johnstone EC. The 'continuum of psychosis': Scientifically unproven and clinically impractical. *Br J Psychiatry*. 2010;197(6):423-5. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.072827
 27. Mason O, Claridge G, Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy. *Pers Individ Dif*. 1995;18(1):7-13. DOI: 10.1016/0191-8869(94)00132-C
 28. McCarthy-Jones S, Waegeli A, Watkins J. Spirituality and hearing voices: Considering the relation. *Psychosis*. 2013;5(3):247-58. PMID:

- 24273597 DOI: 10.1080/17522439.2013.831945
30. Merckelbach H, Muris P, Horselenberg R, Stougie S. Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Pers Individ Dif*. 2000;28(1):49-58. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00079-3
 31. Merckelbach H, Rassin E, Muris P. Dissociation, schizotypy, and fantasy proneness in undergraduate students. *J Nerv Ment Dis*. 2000;188(7):428-31. PMID: 10919701 DOI: 10.1097/00005053-200007000-00006
 32. Mohr S, Gillieron C, Borrás L, Brandt PY, Huguelet P. The assessment of spirituality and religiousness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis*. 2007;195(3): 247-53. PMID: 17468685 DOI: 10.1097/01.nmd.0000258230.94304.6b
 33. Morrison AP, Nothard S, Bowe SE, Wells A. Interpretation of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: A comparison and predictors of distress in patients. *Behav Res Ther*. 2004;42(11):1315-23. PMID: 15381440 DOI: 10.1016/j.brat.2003.08.009
 34. Parra A, Espinoza Paul L. Exploring the links between nocturnal hallucinatory experiences and personality characteristics. *European Journal of Parapsychology*. 2009;24(2):139-54.
 35. Parra A, Ugarte M. Experiencias negativas en la niñez y estilo parental dominante en individuos que reportan experiencias paranormales. *Perspect Psicol (Mar del Plata)*. 2018; 15(1):86-97. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6535801.pdf>
 36. Parra A. "Seeing and feeling ghosts": Absorption, fantasy proneness, and healthy schizotypy as predictors of crisis apparition experiences. *J Parapsychol*. 2006;70(2):357.
 37. Parra A. Experiencias negativas en la niñez, estilo parental dominante y resiliencia en individuos que reportan experiencias paranormales. *Rev Argent Clín Psicol*. 2019;28(5):668-82. DOI: 10.24205/03276716.2019.1151
 38. Parra AE, Kozlovski A. Duelo complicado, experiencias perceptuales inusuales y esperanza en la viudez. *Psicología: Teoría e Práctica*. 2021;23(2):1-23. DOI: 10.5935/1980-6906/ePTPCP13342
 39. Perona-Garcelán S, Pérez-Alvarez M, García-Montes JM, Cangas AJ. Auditory verbal hallucinations as dialogical experiences. *J Constr Psychol*. 2015;28(3):264-280. DOI: 10.1080/10720537.2014.938847
 40. Peters E, Day S, McKenna J, Orbach G. Delusional ideation in religious and psychotic populations. *Br J of Clin Psycho*. 1999;38(1):83-96. PMID: 10212739 DOI: 10.1348/014466599162683
 41. Peters ER, Joseph S, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull*. 1996; 25(3):553-76. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033401
 42. Peters ER, Joseph SA, Garety PA. Measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophr Bull*. 1999;25(3):553-76. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033401
 43. Peters ER, Joseph SE, Day S, Garety P. Measuring Delusional Ideation: The 21-Item Peters et al. Delusions Inventory (PDI). *Schizophr Bull*. 2004; 30(4):1005-22. DOI: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007116
 44. Powers AR, Kelley MS, Corlett PR. Varieties of voice-hearing: Psychics and the psychosis continuum. *Schizophr Bull*. 2017;43(1):84-98. PMID: 28053132 DOI: 10.1093/schbul/sbw133
 45. Robles-García R, Páez-Agraz F, Zúñiga-Partida O, Rizo-Méndez A, Hernández-Villanueva E. Estudio de traducción al español y propiedades psicométricas del cuestionario de creencias acerca de las voces (BAVQ). *Actas Esp Psiquiatr*, 2004; 32(6):358-62. PMID: 15529225.
 46. Sanger M. When clients sense the presence of loved ones who have died. *Omega (Westport)*. 2009;59(1):69-89. PMID: 19634507 DOI: 10.2190/OM.59.1.e
 47. Simon D, Littlewood R. The Voice of God. *Anthropol Med*. 2007;14(2):213-28. DOI: 10.1080/13648470701381515
 48. Smeets F, Lataster T, Dominguez MG, Hommes J, Lieb R, Wittchen HU & van Os J. Evidence that onset of psychosis in the population reflects early hallucinatory experiences that through environmental risks and affective dysregulation become complicated by delusions. *Schizophr Bull*, 2012;38(3):531-42.

- PMID: 21030456 DOI: 10.1093/schbul/sbq117
49. Smeets F, Lataster T, van Winkel R, de Graaf R, ten Have M, van Os J. Testing the hypothesis that psychotic illness begins when sub-threshold hallucinations combine with delusional ideation. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 127(1):34-47. PMID: 22676336 DOI: 10.1111/j.1600-0447.2012.01888.x
 50. Stanghellini G, Langer AI, Ambrosini A, Cangas AJ. Quality of hallucinatory experiences: Differences between a clinical and a nonclinical sample. *World Psychiatry.* 2012;11(2):110-3. PMID: 22654943 DOI: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.007
 51. Steffen E, Coyle A. Can "sense of presence" experiences in bereavement be conceptualised as spiritual phenomena? *Ment Health Relig Cult.* 2010; 13(3):273-91. DOI: 10.1080/13674670903357844
 52. Steffen E, Coyle A. Sense of presence experiences and meaning-making in bereavement: A qualitative analysis. *Death Stud.* 2011; 35(7):579-609. DOI: 10.1080/07481187.2011.584758
 53. Strauss JS. Hallucinations and delusions as points on continua function. Rating scale evidence. *Arch Gen Psychiatry.* 1969;21(5):581-6. PMID: 5823480 DOI: 10.1001/archpsyc.1969.01740230069010
 54. Waters FAV, Badcock JC, Maybery MT. Revision of the factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS-R). *Pers Individ Dif.* 2003;35(6):1351-7. DOI: 10.1016/S0191-8869(02)00354-9
 55. Wolfradt U, Oubaid V, Straube ER, Bischoff N, Mischo J. Thinking styles, schizotypal traits and anomalous experiences. *Pers Individ Dif.* 1999;27(5):82130. DOI: 10.1016/S0191-8869(99)00031-8