

ORIGINAL

La experiencia alucinatoria: el continuo de experiencias en individuos normales y psicóticos

ALEJANDRO PARRA

ALEJANDRO PARRA
Facultad de Psicología,
Universidad Abierta Interamericana.
Buenos Aires, Argentina.
E-mail: rapp@fibertel.com.ar

Recientemente se ha observado un creciente interés por el estudio de las alucinaciones, que incluye investigaciones sobre su prevalencia en muestras no clínicas. Este estudio investigó la multidimensionalidad de las alucinaciones en participantes no-clínicos. Se comparó a participantes clínicos y pacientes hospitalizados. Sujetos de ambas muestras -655 estudiantes y 26 pacientes psiquiátricos- tomaron parte en este estudio, sin recibir paga alguna por su cooperación. Se empleó el Cuestionario de Experiencias Alucinatorias (CEA) (38 reactivos breves en una escala Likert de 0-5; alfa de Cronbach = 0,93), que incluye seis modalidades sensoriales para evaluar la predisposición a alucinar. Los resultados revelaron un número de diferencias entre los grupos, en términos de las características y la prevalencia de sus alucinaciones. Un abordaje dimensional alternativo asume que la esquizofrenia no es una enfermedad de entidad discreta, sino que los síntomas psicóticos difieren en formas cuantitativas de las conductas y experiencias normales.

Palabras clave: Alucinaciones - Cuestionario de Experiencias Alucinatorias - Abordaje dimensional - Esquizofrenia - Formas cuantitativas.

The hallucinatory experience: continuity of experience in psychotic and normal individuals

Recent years has seen an increasing interest in hallucinations, including investigations of its prevalence in nonclinical populations. This study, investigated the multidimensionality of hallucinations in nonclinical participants. Compared nonclinical participants and schizophrenic patients. Both samples of 655 university students and 26 psychiatric inpatients were recruited to take part in this study, who were not paid for their collaboration. The Hallucination Experiences Questionnaire (HEQ) (38-short descriptions rated on a 0-5 scale; Cronbach's alpha = 0.93) was used, which includes in its assessment of the predisposition to hallucinate six sensory modalities. Results revealed a number of differences between groups in terms of the characteristics and prevalence of their hallucinations. However, both groups were similar in terms of the different forms the voices took experienced their voices as both negative and positive. An alternative, dimensional approach assumes that schizophrenia is not a discrete illness entity, but that psychotic symptoms differ in quantitative ways from normal experiences and behaviours.

Key words: Hallucinations - Hallucination Experiences Questionnaire - Dimensional approach - Schizophrenia - Quantitative ways.

Introducción

El concepto moderno de la alucinación data del siglo XVIII, tiempo durante el cual se la consideraba independiente de la enfermedad, en lugar de síntoma de una condición psiquiátrica. Fue el médico francés Jean-Étienne Esquirol [15] quien por primera vez distinguió formalmente entre alucinaciones y otros trastornos de la percepción, observando que la persona que alucina "atribuye un cuerpo y una actualidad a las imágenes que la memoria trae a la mente sin la intervención de los sentidos". A principios del siglo XX, a partir del desarrollo del sistema moderno de clasificación psiquiátrica de Emil Kraepelin y sus seguidores en Alemania, las alucinaciones llegaron a considerarse como los principales síntomas de la esquizofrenia [11]. Para Eugen Bleuler [14], quien acuñó el término "esquizofrenia" en reemplazo del término *dementia praecox* de Kraepelin, las alucinaciones son síntomas comórbidos de trastorno. Kurt Schneider [26] abogó para que cierto tipo de alucinaciones de modalidad auditiva fuera considerado como síntoma de "primer orden" de la esquizofrenia, una perspectiva del diagnóstico moderno, como el que se encuentra desde la primera hasta la más reciente edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), de la *American Psychiatric Association*, 1994.

El primer estudio sistemático para determinar si las alucinaciones podían ocurrir en personas sin enfermedades físicas o mentales fue llevado a cabo por la *Society for Psychological Research* en Gran Bretaña a fines del siglo XIX [28]. Un gran equipo de colaboradores entrevistó a un total de 7717 hombres y 7599 mujeres. Aunque no se hizo ningún muestreo realmente aleatorio, nadie fue excluido de este estudio, tuviera o no señales obvias de enfermedad física o mental. Del total, el 7,8% de la muestra de hombres y el 12% de la de mujeres indicaron haber tenido al menos una experiencia alucinatoria vívida; la más común era la modalidad visual: una persona viva que no estaba presente en el momento de la experiencia. También

se registraron alucinaciones con contenido religioso o sobrenatural, así como el hecho de que las alucinaciones auditivas no eran tan frecuentes como las visuales.

Este estudio continuó en otra encuesta, pero mucho menos extensa, conducida cincuenta años después [31] por la empresa encuestadora "*Mass Observation*" entre el público en general. De las 1519 respuestas, 217 (o sea el 14,3%), tenían al menos un caso de alucinación. Aquí también, las alucinaciones visuales eran más frecuentes que las auditivas, y las mujeres eran quienes experimentaban más alucinaciones.

Posey y Losch [24] entrevistaron a 375 estudiantes universitarios y encontraron que el 39% mostraba el síntoma schneideriano de primer rango (haber oído a alguien que hablaba en voz alta), y el 5% tener conversaciones con sus alucinaciones. Encuestas de estudiantes, posteriores a ésta, llevadas a cabo en Gran Bretaña [9, 33] y en Estados Unidos [6,7], también revelaron que una sorprendente proporción tenía experiencias alucinatorias. Los casos de alucinaciones de Barrett y Etheridge [6, 7] mostraron niveles elevados de efectos negativos.

Tien [29] condujo la más esclarecedora encuesta de alucinaciones sobre población general hasta hoy. Esta encuesta estuvo a cargo del Centro de Investigaciones Epidemiológicas (CIE), basado en un cuestionario de síntomas psiquiátricos de una población seleccionada aleatoriamente. Se entrevistó a un total de 18.572 personas, y un año más tarde se entrevistó nuevamente a 15.258. En este estudio, la definición de alucinación estaba basada en la tercera edición del DSM, que difiere poco de la del DSM-IV [3]. Tien comparó los datos del CIE con los de Sidgwick [28]. Los resultados de ambos estudios mostraron ser muy similares. Tien estima que la prevalencia de alucinaciones en el estudio del CIE fue de 13% en la primera evaluación y de 11,1% en la segunda. Como en el estudio de Sidgwick, la alucinación en las mujeres era el doble que en los hombres. La principal diferencia entre

ambos estudios tiene que ver tanto con el rango etario de los sujetos alucinadores, más frecuente en la tercera edad, como con la prevalencia de alucinaciones de tipo visual, menos frecuente en el estudio de Sidgwick.

Por supuesto, quienes sostienen que la esquizofrenia representa el extremo de un continuo de características de personalidad consideran que las personas "normales" que tienen alucinaciones deben ser clasificadas como esquizoides. Sin embargo, el hecho de que, en particular, una minoría de la población haya tenido francas experiencias alucinatorias en algún momento de sus vidas debe considerarse como algo digno de atención. Si hacemos una comparación, el riesgo de padecer esquizofrenia en la población general es de aproximadamente un 1% [18]. Por lo tanto, por cada persona que recibe un diagnóstico de esquizofrenia, casi diez han tenido alucinaciones sin recibir diagnóstico [1].

De manera similar al estudio anterior, Leudar, Thomas, McNally y Glinsky [22] examinaron a pacientes esquizofrénicos con alucinaciones no psiquiátricas y sorprendentemente encontraron pocas diferencias entre muestras de pacientes y no pacientes. En ambos grupos, la mayoría indicó que sus voces intentaban controlar sus actividades cotidianas, por ejemplo, diciéndoles qué hacer o qué no hacer o dándoles instrucciones para determinados actos; rara vez las voces eran extrañas, y por lo general pertenecían a personas que habían sido significativas para sus vidas. Estos estudios sugieren que puede no ser la naturaleza de las experiencias alucinatorias *per se* lo que determina si una persona va a convertirse en paciente psiquiátrico o no, sino la forma en que las personas reaccionan a sus experiencias.

Hoy día, las definiciones de alucinación han cambiado desde los tiempos de Esquirol. Por ejemplo, la cuarta edición del DSM define alucinación como "una percepción sensorial que tiene el sentido real de una percepción verdadera pero que ocurre sin la estimulación externa de un órgano sensorial relevante".

Más recientemente, Slade y Bentall proponen una definición más precisa: "cualquier experiencia parecida a una percepción, la cual (a) ocurra en ausencia de un estímulo apropiado, (b) tenga la fuerza completa o el impacto de su correspondiente (o real) percepción, y (c) no sea permeable al control voluntario de quien la experimenta". Esta definición tiene la ventaja de reconocer el papel de la estimulación ambiental que puede tener lugar en la experiencia de la alucinación.

Algunos autores han intentado distinguir entre "verdaderas" alucinaciones y "pseudo-alucinaciones", definidas así porque son percibidas cuando ocurren desde dentro del cuerpo, o porque se reconoce que no son verdaderas para el percipiente. El DSM-IV distingue entre el hecho de que una persona con alucinaciones auditivas pueda reconocer si una persona está teniendo una experiencia sensorial falsa y donde pueda estar convencida de que la fuente del estímulo es independiente de la realidad física... Algunos clínicos e investigadores incluyen como alucinaciones las que provienen desde dentro de la cabeza. Sin embargo, el DSM sostiene que ninguna de estas distinciones tiene utilidad clínica [8].

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

Inventarios y Cuestionarios de Alucinaciones

Los investigadores en psicopatología y psiquiatría han desarrollado una amplia gama de entrevistas estructuradas o escalas para coleccionar información sobre las alucinaciones y otros síntomas psiquiátricos [32]. Kay, Opler, y Fiszbein [19] desarrollaron el *Positive and Negative Syndrome Schedule (PANSS)*, el cual permite al clínico calificar 30 síntomas psiquiátricos, por ejemplo alucinaciones, en una escala de 7 puntos. La ventaja de este tipo de instrumentos es que se ha podido demostrar su confiabilidad. Además, se han diseñado específicamente escalas de calificación como estas para evaluar el cambio terapéutico y hacer análisis estadísticos como parte de un control de pruebas clínicas. La gran ventaja de estas técnicas es que requieren que los investigadores estén entrenados para un correcto uso de estas escalas. Pero la desventaja es que no proporcionan mucho detalle acerca de las alucinaciones para ciertos propósitos.

Para superar esto último, Carter, Mackinnon, Howard, Zeegers, y Copolov [12] desarrollaron el *Mental Health Unusual Perceptions Schedule (MHUPS)*. El cuestionario se diseñó para evaluar varias características de las alucinaciones auditivas, incluyendo su inicio y curso, número, volumen, tono y localización, así como las reacciones de los pacientes a éstas, y la utilización, por parte de los pacientes, de estrategias de afrontamiento.

Las entrevistas y escalas de calificación no agotan el rango de técnicas que se han utilizado para cuantificar y calificar las alucinaciones. Por ejemplo, hay pruebas clínicas de tratamiento psicológico que por lo general emplean diarios o escalas simples de auto-calificaciones de variable complejidad, con óptimos resultados. Más aún, las evaluaciones de los cuestionarios de experiencias alucinatorias han mostrado tener confiabilidad y aplicabilidad en algunos casos, por ejemplo, para identificar a la población no psiquiátrica que padece de alucinaciones [10].

La escala de Launay y Slade (*Launay-*

Slade Hallucination Scale -revisada, LSHS-R) se ha utilizado con frecuencia en investigación para medir la predisposición a las alucinaciones auditivas en individuos saludables [10, 16, 25] y su estructura factorial ha sido estudiada tanto en poblaciones de estudiantes holandeses y australianos [2, 30] como en población psiquiátrica [23].

Aunque los investigadores han examinado la distribución de los síntomas psicóticos como un proceso para entender su continuidad y su funcionamiento por detrás de mecanismos psicológicos, algunos estudios comparan a pacientes psicóticos directamente con una muestra no clínica. En este estudio se examinará la experiencia alucinatoria de un grupo de psicóticos con alucinaciones y un grupo de estudiantes universitarios. El objetivo del estudio es examinar las diferencias cuantitativas de la expresión de la alucinación como un continuo de su ocurrencia.

Método

Participantes

- Muestra no-clínica. Estudiantes universitarios ($n = 655$) de ambos sexos, 161 varones (24%) y 494 mujeres (76%), cuyo rango etario es de 17 a 57 años (media = 25,57; DE = 7,23; media varones = 26,07; DE = 6,59; media mujeres = 25,39, DE = 7,42) de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Aplicamos una técnica de muestreo no probabilística. La muestra comprendía a estudiantes universitarios de ambos sexos, a partir de los 17 años, e incluyó a estudiantes de primero a quinto año de las carreras de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se administró en las aulas de las sedes Centro, Almagro, y Campus Sur (Lomas de Zamora), y el segundo año en la Universidad del Salvador (USAL).

- Muestra clínica. Individuos hospitalizados ($n = 26$) de ambos sexos, 13 varones (50%) y 13 mujeres (50%), cuyo rango etario era de 23 a 55 años (media = 38,46, DE = 10,57; media

varones = 38,46, DE = 10,57; media mujeres = 40,42, DE = 14,90) con diagnóstico de esquizofrenia u otras psicopatologías no especificadas, internados en el Hospital Psicoasistencial Braulio Moyano y el Hospital Psicoasistencial José T. Borda.

Instrumento

Basada en los cuestionarios creados por Barrett (Barrett y Etheridge, 1992; Barrett, 1993; Barrett y Etheridge, 1994) y Launay y Slade (por ej. Escala de Alucinaciones Launay-Slade revisada, Launay y Slade, 1981, modificado por Bentall y Slade, 1985), nuestra versión es una escala de 38 ítems, diseñada para medir la predisposición a alucinar en siete modalidades sensoriales: auditiva (ítems 1 a 16), visual (ítems 17 a 25), gustativa (ítems 26 a 28), táctil (ítems 29 a

33), olfativas (ítems 34 a 38) e hipnagógico/hipnopómpicas (H/H) (ítems 12, 25, 28, 30, 31, 33 y 38). La H/H es una subescala que representa la suma de los ítems correspondientes a cada modalidad sensorial, pero no distingue entre hipnagógica (pasaje de la vigilia al sueño) e hipnopómpica (pasaje del sueño a la vigilia). Cada ítem se responde mediante una escala Likert de cinco puntos: siendo 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo). La consistencia interna de la escala con 38 ítems es alta (alfa de Cronbach = 0,93); la confiabilidad estimada para las subescalas también fue alta (auditivas = 0,90, visuales = 0,90, gustativas = 0,72, táctiles = 0,76, olfativas = .74 e H/H = 0,75). En general, un valor alfa de Cronbach de 0,60 es una medida aceptable de confiabilidad [17].

Tabla 1. Porcentaje de experiencias alucinatorias: comparación entre estudiantes y pacientes divididos por género.

Modalidad Sensorial	No clínica			Clínica		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
Auditiva						
Con experiencias	77,24	80,20	79,30	12,21	11,89	12,01
Sin experiencias	22,76	19,80	20,70	87,79	88,11	87,99
Visual						
Con experiencias	82,11	83,76	83,18	55,67	56,01	55,98
Sin experiencias	17,89	16,24	16,82	44,33	43,99	44,02
Táctil						
Con experiencias	75,09	75,54	75,10	31,98	31,43	31,53
Sin experiencias	24,91	24,46	24,90	68,02	68,57	68,47
Gustativa						
Con experiencias	57,12	56,98	56,94	34,76	34,65	34,61
Sin experiencias	42,88	43,02	43,06	65,24	65,35	65,39
Olfativa						
Con experiencias	71,11	70,45	70,22	25,21	25,76	25,38
Sin experiencias	28,89	29,55	29,78	74,79	74,24	74,62
HG/HP						
Con experiencias	76,78	76,23	76,35	33,81	34,06	33,97
Sin experiencias	23,22	21,44	23,65	66,19	65,94	66,03
Total						
Con experiencias	78,89	78,56	78,36	28,12	28,67	28,54
Sin experiencias	21,11	21,44	21,64	71,88	71,33	71,46

Tabla 2: Modalidad sensorial de experiencias alucinatorias diferencias entre ambas muestras⁽¹⁾

Ítem	No clínica		Clínica		U	z
	Media	SD	Media	SD		
1	84	90	1,56	1,32	5534,5	-2,88*
2	34	70	2,08	1,13	1411,5	-8,82***
3	12	50	2,11	1,03	439,5	-15,72***
4	30	60	2,11	1,21	1816,0	-8,92
5	45	86	2,42	1,30	1900,0	-8,30***
6	12	46	2,80	1,09	528,5	-14,76***
7	37	76	2,42	1,23	1807,5	-8,88***
8	20	55	2,76	0,99	603,0	-12,08***
9	07	36	2,57	0,98	456,0	-17,45***
10	57	88	2,08	1,17	2536,5	-6,38***
11	26	61	2,30	1,40	1481,5	-9,79***
12	50	88	2,30	1,34	2197,0	-7,58***
13	12	48	1,5	1,42	3054,0	-10,63***
14	14	49	1,84	1,48	1890,5	-11,64***
15	10	42	1,26	1,31	3368,5	-10,31***
16	10	46	2,30	1,49	1281,0	-14,85***
17	14	46	0,53	0,76	5952,0	-4,26
18	36	68	0,45	0,65	6903,0	-1,06
19	08	37	80	1,09	4885,5	-8,15**

(1) Para determinar diferencias entre las dos muestras de los 38 ítems del CEA, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney (gl = 1; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 todos los valores de p a dos colas).

Procedimiento

Para el caso de la muestra no clínica, aplicamos una técnica de muestreo no probabilística. El cuestionario fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante durante una clase de cursada teórica. El tiempo promedio para completar el cuestionario fue de 10 minutos, pero fue presentado bajo el falso título Cuestionario de

Tabla 2: Modalidad sensorial de experiencias alucinatorias diferencias entre ambas muestras⁽¹⁾

Ítem	No clínica		Clínica		U	z
	Media	SD	Media	SD		
20	33	70	65	0,93	6452,5	-2,57***
21	20	54	76	0,95	5523,0	-4,57***
22	07	34	38	0,80	6785,5	-3,89**
23	20	55	38	0,63	7022,0	-2,16*
24	25	72	30	0,54	7323,0	-1,70
25	27	63	2,15	1,08	1147,5	-10,34***
26	56	83	1,00	1,38	7223,0	-1,3
27	86	99	0,87	0,94	7501,0	-0,22
28	45	77	1,92	0,99	2137,5	-7,42***
29	49	80	2,64	1,18	1459,5	-8,13***
30	32	69	2,11	1,27	1928,5	-8,73***
31	32	67	0,69	1,12	7099,5	-1,67
32	37	77	2,40	1,44	2148,0	-7,97***
33	31	66	1,07	1,44	6147,0	-3,06**
34	43	72	2,30	1,19	1707,0	-8,15***
35	29	67	1,88	1,21	2254,5	-8,56***
36	37	70	1,50	1,24	3773,5	-5,94***
37	85	1,02	1,57	1,02	4960,0	-3,75***
38	25	62	57	75	6270,0	-3,04**

(1) Para determinar diferencias entre las dos muestras de los 38 ítems del CEA, aplicamos la prueba U de Mann-Whitney (gl = 1; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001 todos los valores de p a dos colas).

Experiencias Psicológicas para evitar distorsiones en las respuestas. Los estudiantes recibieron una vaga información acerca del objeto de estudio, y se les invitó a participar voluntaria y anónimamente, en una única sesión, en días y horarios previamente pactados con los docentes. De los 680 cuestionarios recibidos, sólo 655 (96,32%) fueron útiles para este estudio.

Para el caso de la muestra clínica, administramos el cuestionario a cierto número de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, con habilidades cognitivas (p. ej. atención, memoria) suficientemente aptas como para responder el cuestionario sin dificultad. Los pacientes recibieron una vaga información del objeto de estudio, y se les invitó a participar voluntaria y anónimamente en una única sesión. Algunos cuestionarios fueron completados por el entrevistador en base a la información de cada individuo en forma oral; en otros casos, los pacientes aceptaron la condición del cuestionario (autoadministrable). El tiempo promedio para completar los cuestionarios fue de 20 minutos. Algunos cuestionarios quedaron incompletos, por lo cual se presentan aquellos que respondieron a los 38 ítems en su totalidad.

Resultados

En base a las respuestas obtenidas se conformaron dos grupos. Para agrupar a quienes tenían experiencias alucinatorias se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy frecuentemente) en un valor. Para agrupar a quienes no tuvieron experiencias alucinatorias se empleó sólo la respuesta "nunca".

Los resultados mostraron diferencias

altamente significativas en todas las modalidades sensoriales de alucinación entre la muestra de pacientes con la de estudiantes. Como muestras, los estudiantes obtuvieron claramente el menor promedio respecto de los pacientes, quienes obtenían promedios mayores. El rango promedio menor (U de Mann-Whitney) corresponde a los estudiantes; sin embargo, se encontraron diferencias significativas en todas las modalidades de alucinaciones en la muestra de estudiantes, en comparación con la de los pacientes. Los pacientes presentaron el mayor promedio para todas las modalidades de alucinación (ver tablas 2 y 3).

Un análisis de correlación adicional sobre la muestra de estudiantes encontró diferencias significativas en las modalidades sensoriales de experiencia alucinatoria con la edad como variable (auditiva $r = 0,24$, $p < 0,001$, a dos colas, visual $r = 0,11$; $p < 0,001$, a dos colas, gustativa $r = 0,10$; $p < 0,001$, a dos colas, olfativa $r = 0,21$; $p < 0,001$, a dos colas, H/H $r = .14$; $p < 0,001$, a dos colas, y el puntaje total $r = 0,18$; $p < 0,001$, a dos colas), las cuales mostraron que la experiencia alucinatoria disminuye respecto a mayor edad, aunque en general tales correlaciones son pequeñas. Además, se encontró una diferencia significativa de experiencias alucinatorias en

Tabla 3: Experiencias alucinatorias (Subtotales): diferencias entre muestras ⁽¹⁾

Modalidad alucinatoria	No clínica		clínica		U	z
	Media	SD	Media	SD		
Auditiva	4,43	5,31	34,15	5,80	63,0	-8,60***
Visual	1,84	3,04	6,42	2,77	1410,0	-7,22***
Gustativa	1,90	2,16	3,65	1,97	3723,0	-4,29***
Táctil	1,82	2,58	8,73	2,58	613,5	-8,14***
Olfativa	2,19	2,92	7,84	2,41	1188,0	-7,35***
H/H	1,99	2,65	10,76	2,97	324,5	-8,47***
Total	12,28	12,93	60,76	7,74	304,0	-8,26***

(1) * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ todos los valores de p a dos colas.

mujeres, en comparación con los hombres (varones $U = 329,52$ vs. mujeres $U = 283,40$; $z = -2.70$; $p = 0,001$) lo cual confirma estudios previos. Se encontraron diferencias significativas en todos los ítems, excepto 18, 23, 24, 26, 27, y 31.

Discusión

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

La frecuencia de la experiencia alucinatoria es un valor que debe ser cuidadosamente considerado por varias razones. Primero, puede ser resultado de deseabilidad social, una aversión a hablar sobre cuestiones íntimas que induce a ciertos sujetos a guardar silencio sobre síntomas considerados vergonzosos o que puede indicar que tienen severos trastornos mentales. El anonimato que se garantiza mediante una encuesta mitiga estos

sesgos: se sienten menos avergonzados de responder, y quizá sean más sinceros que en una entrevista cara a cara. Segundo, muchos individuos con alucinaciones no advierten sus problemas, y pueden reportar confusamente tales experiencias. Tercero, la muestra solo incluye a población no institucionalizada (estudiantes), cuyas habilidades cognitivas se presumen suficientemente altas para evocar recuerdos y discriminar; en cambio los individuos psicóticos hospitalizados tienen poca o ninguna audición, o aquellos con severos déficits cognitivos (p. ej. memoria, comprensión) no se incluyeron en el estudio porque fueron incapaces de responder a las preguntas. Finalmente, el factor de riesgo identificado en este estudio es similar a los de estudios clínicos: el uso de drogas es un factor de significativo riesgo para todos los tipos de alucinaciones, especialmente las visuales, que son más frecuentes en casos de intoxicación.

Las alucinaciones olfativas y gustativas son de por sí un problema; una percepción extraña que por lo general no está asociada a una interpretación patológica. A menudo están asociadas con el uso de sustancias psicoactivas, como drogas (cocaína, opiáceos, anfetaminas, etc.), alcohol y medicación. Por lo tanto, podemos entender este tipo de alucinación como un efecto patológico en el órgano sensorial en sí. Debemos considerar el riesgo, implícito o explícito, de que un cuestionario administrado sobre estudiantes universitarios de psicología pueda relevar un índice de experiencias alucinatorias (p. ej. visuales) como consecuencia del uso de estos productos. Para algunos consumidores compulsivos de drogas, por el contrario, las alucinaciones olfativas y las gustativas pueden ser producto de síntomas tales como disosmia o disglusia. Las alucinaciones gustativas y la experiencia de sentirse "fuera del cuerpo" son difíciles de distinguir de las ilusiones. En las alucinaciones visuales y auditivas, algunos individuos pueden testimoniar la presencia o ausencia del fenómeno alucinatorio; en otro tipo de alucinaciones, el carácter alucinatorio

recae en la descripción y en la interpretación dada a esta experiencia.

Las alucinaciones hipnagógico/hipnopómpicas son muy frecuentes (22,85%) en esta muestra, pero pueden ser consideradas libres de patología en la mayoría de los casos. Frecuentemente hallamos las alucinaciones hipnagógicas atemorizantes con las narcolepsias. Las alucinaciones hipnagógicas-hipnopómpicas necesitan ser diferenciadas de otros tipos de alucinaciones, en el sentido de que ocurren solamente en el período transicional del despertar al dormir (hipnagógicas) o del dormir al despertar (hipnopómpicas). La mayoría de los individuos que experimentaron estas alucinaciones saben que lo que perciben no es verdadero. Si un individuo se atemoriza por lo que percibe quizás intente escapar de las alucinaciones, y varias veces injuria a otros o a sí mismo. Hay casos en la literatura sobre narcolepsia los que donde este tipo de experiencia ha sido incorrectamente diagnosticado como trastorno psicopático. Quizá esto ocurra si un individuo se queja sólo de alucinaciones hipnagógicas atemorizantes. Los episodios de sueño súbito ocurren de día, y frecuentemente los perciben los alucinadores bajo hipnagogia psicológica. Distinguir entre diagnósticos puede ser difícil. Las alucinaciones de los individuos psicóticos ocurren en cualquier momento del día, incluso en el momento del dormir. Es importante, por lo tanto, asegurar que el fenómeno de alucinación ocurra fuera del momento del dormir, de acuerdo con los criterios de la narcolepsia.

La presencia de alucinación no es un equi-

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

Finalmente, utilizar a la población no hospitalizada nos permite determinar cuántos individuos con síntomas de psicosis y alucinaciones están viviendo en la sociedad y tienen, al menos, una función social. En síntesis, varias fuentes independientes indican que la psicosis existe como un continuo de experiencias, con distribución en la población general. Sus implicaciones para el diagnóstico [13], la etiología y el tratamiento de los estados psicóticos asociados con la necesidad de una atención especializada van claramente en aumento, y sugieren que se puede recomendar la incorporación de una noción de continuo en la psicosis sugieren que se puede recomenzar la incorporación a la investigación científica y la práctica clínica de una noción de continuo en la psicosis.

Apéndice

Cuestionario de experiencias alucinatorias

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

1. He oído que alguien decía mi nombre. Por ejemplo, al pasar al lado de gente desconocida, aunque sabía que realmente no me habían llamado y seguí adelante como si nada. _____
2. Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre,

- una sola vez (por ejemplo: "Carmen"). _____
3. He oído una voz o varias voces que dicen lo que estoy haciendo y me lo repiten una y otra vez. Estas voces a veces tienen un tono agresivo y recriminatorio. _____
 4. El verano pasado estaba en el jardín y de repente oí que mi mamá me llamaba desde dentro de casa. Su voz sonaba como si algo malo hubiera ocurrido; era una voz alta y clara. Corrí al interior pero no había nadie. Ella estaba afuera, en la calle, y no me había llamado. _____
 5. He oído mis propios pensamientos en voz alta. En realidad los oigo como desde fuera de mi cabeza, a pesar de que estoy seguro de no haber hablado en voz alta. _____
 6. He tenido la experiencia de oír la voz de Dios; pero no como si hablara en mi corazón, sino como una voz que realmente viene desde fuera de mi cabeza. _____
 7. He oído mi propia voz que venía detrás de mí, en forma de frases cortas, normalmente tranquilizadoras, como "todo va bien" o "calmate". _____
 8. Puedo oír la voz de alguien conocido que me habla, sin estar presente. No es que me esté imaginando su voz, sino que realmente puedo oírla. Su voz me parece tan real que cuando esto sucede, en ocasiones llego a contestarle. _____
 9. Cuando estoy solo oigo voces de niños angustiados. _____
 10. Por la noche oigo pasos, oigo respirar, tropezar, raspar, girar las picaportes de las puertas, puertas que se abren o se cierran, ventanas que son forzadas; pero cuando me levanto para mirar, no encuentro a nadie. _____
 11. He tenido la experiencia de oír botellas romperse, o platos caer, o explosiones de aparatos domésticos u otras cosas en mi casa, pero cuando voy hacia aquellos ruidos todo está en su lugar. _____
 12. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he oído voces o diálogos, música o melodías, sonidos, a veces agradables y otras no, pero que oigo nítidamente. _____
 13. Algunas de mis creaciones (dibujos, canciones, poesías, narraciones, etc.) o mis principales inspiraciones creativas son en realidad producto de alguien externo, no presente, que me las dicta. _____
 14. Me ha ocurrido oír nítidamente el diálogo de dos o más voces de personas como si estuvieran a mi lado. Estaban hablando en voz alta, pero no se hallaban físicamente donde yo me encontraba. _____
 15. Cuando estoy solo, mantengo una agradable conversación en voz alta con un pariente o amigo fallecido y prácticamente siempre oigo lo que me dice. _____
 16. Puedo, si lo deseo, mantener conversaciones con ángeles, el demonio o cualquier otra entidad espiritual, y oír claramente su voz como si estuvieran hablándome al oído. _____
 17. Mientras viajaba por la carretera, estando en compañía de otras personas, he visto claramente a una persona de pié, vestida y de buen aspecto. Pero yo fui el único que la vio. _____
 18. Cuando conduzco de noche o voy caminando por una calle, he visto algo a un costado, como un perro; pero cuando me vuelvo para mirar no hay nada. _____
 19. He visto un rostro rodeado de un brillo singular, que cuando aparece me da consejos, es muy amable y gentil. _____
 20. Por la noche he visto cosas que se mueven a mi alrededor y dan toda la impresión de que hay alguien en mi habitación, aunque sé que no hay nadie. _____
 21. He tenido la experiencia de ver claramente una figura con forma humana ante mí; alguien que no estaba físicamente presente en aquel momento. Incluso tuve la sensación de que tenía alguna intención hacia mí. _____
 22. He tenido la experiencia de ver seres "elementales", como personas diminutas que reinan en la naturaleza. No es que tenga la sensación de que esas presencias estén allí, yo las veo claramente, y veo como actúan. _____

23. Espontáneamente he visto a una persona a pesar de saber que esa persona había muerto. Además, estoy seguro de que esa presencia intentaba comunicarme algo. ____
24. He visto una luz, o luces, o campos de energía alrededor del cuerpo o de una parte del cuerpo de otra persona, lo cual -hasta donde pude determinar- no era debido a causas normales o naturales que yo pudiera explicar. ____
25. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no humanas cerca de mi cama; las he visto claramente y veo lo que hacen. ____
26. He tenido la sensación de estar bebiendo un refresco. Estaba sediento. Podía realmente saborearlo, aunque no lo estaba tomando. ____
27. Puedo saborear una comida. Si tengo hambre y pienso en esa comida, puedo saborearla aunque no la esté comiendo. ____
28. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido la experiencia de experimentar sabores en mi boca, agradables o desagradables, a pesar de que no he comido nada relacionado con esos sabores. ____
29. He tenido la experiencia de sentir una palmada en mi hombro, o cualquier otra sensación vívida de contacto físico de otra persona detrás de mí, pero cuando me doy vuelta no veo a nadie. ____
30. Antes de quedarme dormido, he sentido un aire frío que soplaba en mi cara. Era muy claro y de ninguna manera estaba dormido. Nadie estaba en la habitación salvo la persona que comparte mi cuarto, que estaba dormida. No sé de dónde pudo venir aquel aire frío. ____
31. He tenido la experiencia de despertarme porque alguien me sacudía el pie. Lo sentí como si ocurriera realmente. Me levanté para ver si había alguien, pero estaba yo solo en casa. ____
32. He tenido la experiencia de sentirme como "fuera de mi cuerpo físico", esto es, la sensación de que mi yo (mente, o conciencia o espíritu) estaba desplazado en un sitio diferente al de mi cuerpo. ____
33. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido la vívidas sensaciones de presencia, como si alguien o algo me tocara o presionara todo mi cuerpo o alguna parte de él. Estas sensaciones me atemorizan. ____
34. He tenido la experiencia de oler algo que se quema, pero cuando trato de mirar qué puede ser, no encuentro nada en el fuego. ____
35. Olores nauseabundos y desagradables me invaden espontáneamente, y a pesar de su intensidad no puedo determinar de dónde surgen. ____
36. Oler comidas fritas, aunque no haya nada a mi alrededor, es una experiencia que he tenido. Incluso, se me hace "agua la boca". ____
37. He tenido la experiencia de oler vívidamente el perfume de una persona conocida por mí, a pesar de que no había ninguna explicación razonable por la cual ese aroma pudiera estar presente donde yo me encontraba. ____
38. Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he tenido la experiencia de oler comidas o perfumes, o por el contrario, otros olores nauseas y desagradables, pero cuando trato de determinar el origen de esos olores, no encuentro nada. ____

Referencias bibliográficas

1. ALEMAN A. y DE HAAN E.H.F. (1998). On redefining hallucination [Carta al director]. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1998, 68: 656-658.
2. ALEMAN A., NIEUWENSTEIN M. R., BÖCKER

- K. B. E. y DE HAAN E. H. F. Multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Personality and Individual Differences*. 2001, 30: 287-292.
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition*. Washington, DC.: American Psychological Association, 1994.
 4. BARRETT T. R. Verbal hallucinations in normals. Part 2: Self reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*. 1993, 15: 61-67.
 5. BARRETT T. R. y ETHERIDGE. J. B. Verbal hallucinations in normals. Part 3: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*. 1994, 16: 57-62.
 6. BARRETT T. y ETHERIDGE J. B. Verbal hallucinations in normals, I: People who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology*. 1992, 6: 379-387.
 7. BARRETT T. R. y ETHERIDGE J. B. Verbal hallucinations in normals. Part 3: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*. 1994, 16: 57-62.
 8. BENTALL R. P. Hallucination experiences. En CARDEÑA E., LYNN J. S y KRIPPNER S. (edits.), *Varieties of anomalous experiences: examining the scientific evidence*. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.
 9. BENTALL R. P. y SLADE P. D. Reliability of a measure of disposition towards hallucinations. *Personality and Individual Differences*. 1985a, 6: 527-529.
 10. BENTALL R. P. y SLADE P. D. Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis. *British Journal of Clinical Psychology*. 1985b 3: 159-169.
 11. BLEULER M. *The schizophrenic disorders*. New Haven, CT: Yale University Press, 1978.
 12. CARTER D. M., MACKINNON A., HOWARD S., ZEEGERS T., COPOLOV D. The development and reliability of the Mental Health Research Institute Unusual Perceptions Schedule (MUPS): An instrument to record auditory hallucinatory experiences. *Schizophrenia Research*. 1995, 16: 157-165.
 13. JONES C., CORMAC I., MOTA J., y CAMPBELL C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. En JONES C., CORMAC I., MOTA J., y CAMPBELL C. (Edits.). *The Cochrane Library*. Oxford, England: Update Software, 1999.
 14. CROW T. J. From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider. *Archives Generales of Psychiatry*. 1998, 55: 502-504.
 15. ESQUIROL J. E. D. Sur les illusions des sens chez aliens. *Archives Generales de Medicine*. 1832, 2: 5-23.
 16. FEELGOOD S.R. y RANTZEN A.J. Auditory and visual hallucination in university students. *Personality and Individual Differences*. 1994, 7(1): 121-123.
 17. GRADY K.E. y WALLSTON B.S. *Research in health care setting*. Newbury Park: Sage, 1988.
 18. JABLENSKY A. Schizophrenia: The epidemiological horizon. En HIRSCH S. R. y WEINBERGER D. R. (Edits.), *Schizophrenia* (pp. 206-252). Oxford, England: Blackwell, 1995.
 19. KAY S. R., OPLER L. A., y FISZBEIN A. (1988). Reliability and validity of the Positive and Negative Syndrome Scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*. 1988, 23: 276-286.
 20. KIM J. y MUELLER C.W. *Factor analysis: statistical methods and practical issues*. Newbury Park: Sage, 1978.
 21. LAUNAY G. y SLADE P. D. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*. 1981, 2: 221-234.
 22. LEUDAR I., THOMAS P., MCNALLY D. y GLINSKY A. What can voices do with words? Pragmatics of verbal hallucinations. *Psychological Medicine*. 1997, 27: 885-898.
 23. LEVITAN C., WARD P. B., CATTS S. V. y HEMSLEY D. R. Predisposition toward auditory hallucinations: The utility of the Launay-Slade Hallucination Scale in psychiatric patients. *Personality and Individual Differences*. 1996, 21: 287-289.
 24. POSEY T. B., y LOSCH M. E. Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*. 1983, 2: 99-113.
 25. RANKIN P.M. y O'CARROLL P.J. Reality discrimination, reality monitoring and disposition towards hallucination. *British Journal of Clinical Psychology*. 1995, 34: 517-528.

26. SCHNEIDER K.. *Clinical psychopathology*. New York: Grune y Stratton, 1959.
27. MCKELLAR P. *Experience and behaviour*. London: Penguin, 1968.
28. SIDGWICK H. A. Report of the census on hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*. 1894, 26: 259-394.
29. TIEN A.Y. Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1991, 26: 287-292.
30. WATERS F., BADCOCK J.C., MAYBERY M. Revision of the factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale (LSHS-R). *Personality and Individual Differences*. 2003, 35: 1351-1357.
31. WEST D. J. A mass observation questionnaire on hallucinations. *Journal of the Society for Psychical Research*. 1948, 34: 187-196.
32. WING J. K., COOPER J. F. y SARRORIUS N. *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge, England: Cambridge University Press, 1974.
33. YOUNG H. F., BENTALL R. P., SLADE P. D. y DEWEY M. E. (1986). Disposition towards hallucinations, gender and IQ score. *Personality and Individual Differences*. 1986, 7: 247-249.