acta
PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA
Volúmen 55 - Nº4
Buenos Aires - Diciembre 2009
ISSN: 0001 - 6896

Editorial

1. Pobreza y salud mental
CESAR A. CABRAL

Información destacada

3. Homenaje al Dr. Guillermo Vidal

Originales

5. Nuevas dimensiones de los procesos de simbolización en niños
ANALÍA WALD

11. Evaluación del autoconcepto en adolescentes rural-marginales mediante el Cuestionario de Autoconcepto Forma 5
ELIZABETH DA DALT, JOSE EDUARDO MORENO

22. Aproximación al factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en el servicio de guardia hospitalaria (Jujuy, Argentina 2007-2008)
LORENA CECILIA LÓPEZ STEINMETZ

29. Variables cognitivas y perceptuales en la experiencia del *déjà vu*
ALEJANDRO PARRA

Revisión

37. Hacia una conceptualización de la experiencia subjetiva de *flow*
BELÉN MESURADO

Actualización

51. Problemas con el uso de técnicas proyectivas en la evaluación del abuso sexual infantil
ANA BELÉN AMIL , EDUARDO IYACA , MERCEDES DUCOS LÓPEZ

acta
PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMÉRICA LATINA

Volúmen 55 - Nº4
Buenos Aires - Diciembre 2009
ISSN: 0001 - 6896

Artículo especial

57. Claroscuros de un entramado interétnico: cuatro relatos de los indios tomaráxo del Chaco Boreal sobre sus experiencias del blanco
EDGARDO JORGE CORDEU

Historia

65. Presencia de la psiquiatría latinoamericana y española en la historia de la ciencia psiquiátrica
HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN

Recensión

70. ÁLVAREZ GONZÁLEZ, Miguel A. *Datos blandos para ciencias duras*. Buenos Aires: Paidós; 2009.
EZEQUIEL BENITO

Recensión

72. Comités Hospitalarios de Bioética
ALICIA LOSOVIZ

Fundación acta
Fondo para la salud mental

Centro Colaborador de la OPS/OMS

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº4863/66
inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

César A. Cabral: Presidente
Mario Vidal: Vicepresidente 1º
Edith Serfaty: Vicepresidente 2º
Diana Vidal: Secretaria
Luis Meyer: Tesorero
Fernando Lolas Stepke: Director Técnico
Lucía Rossi: Vocal
Ernesto Martin-Jacod: Vocal
Lilian Carvajal: Vocal

Sede Social: M. T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
Tel.: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar
CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Administración/Suscripciones: (54 11) 4342-1196 int.:100 - fuacta@acta.org.ar
www.acta.org.ar

Este número se terminó de imprimir en marzo de 2010

Redacta
2009-2010

Alarcón Renato D.
Rochester - EUA

Ardila Rubén
Bogotá - Colombia

Azcoaga Juan
Buenos Aires -Argentina

Barcia Demetrio
Murcia - España

Carpintero Helio
Madrid - España

Costa e Silva Jorge A.
Rio de Janeiro - Brasil

Dorfman Lerner Beatriz †
Buenos Aires - Argentina

Dorr Zegers Otto
Santiago - Chile

Fernandez-Álverez Héctor
Buenos Aires - Argentina

Gómez Alejandro
Santiago - Chile

Gómez Jarabo García Gregorio
Madrid - España

González Uzcátegui René
San José - Costa Rica

Kornblit Ana Lía
Buenos Aires - Argentina

Levav Itzhak
Jerusalem - Israel

López-Ibor Aliño J. José
Madrid - España

Lucchetti César
Buenos Aires - Argentina

Mainetti José
Buenos Aires - Argentina

Manes Facundo
Buenos Aires - Argentina

Marconi Juan †
Santiago - Chile

Mariátegui Javier †
Lima - Perú

Mezzich Juan
Pittsburgh - EUA

Míguez Hugo
Buenos Aires - Argentina

Pagés Larraya Fernando †
Buenos Aires - Argentina

Parada A. Rafael
Santiago - Chile

Pérez Rincón Héctor
México D.F. - México

Rosselli Humberto
Bogotá - Colombia

Silva Ibarra Hernán
Santiago - Chile

Sluzki Carlos
Santa Barbara - EUA

Vicente Benjamín
Concepción - Chile

acta
PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica 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 y la psicología en lengua española. Aparece regularmente cuatro veces al año: en marzo, junio, septiembre y diciembre. Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indizada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycLIT, figura en los registros abreviada como: *Acta Psiquiát Psicol Am Lat.*

Fundador
† Guillermo Vidal

Directores
César A. Cabral
Santa Fe 1881 - C1123AAA
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel.:(54 11) 4812-7205
cesar.cabral@acta.org.ar

Luis Meyer
Juncal 2663 - C1425AYE
Ciudad de Buenos Aires,
Argentina
gnmeyer@gmail.com

Director Honorario
Fernando Lolas Stepke
Cervantes 3251, Ñuñoa, Santiago
Chile. Fax:(562) 233-3508

Director Asociado
Francisco Alonso-Fernández
Profesor emérito Universidad
Complutense, Madrid, España

Comité de Redacción (2009-2010)
Ricardo Aranovich, Fundación Acta, Argentina
Juan Azcoaga, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ana Lía Kornblit, Universidad de Buenos Aires, CONICET Argentina.
Alicia Losoviz, Asociación Psicoanalítica Argentina. Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética.
Hugo Rafael Mancuso, Universidad de Buenos Aires, CONICET, Argentina.
Hugo Míguez, CONICET, Argentina.
Carlos Repetto, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Lucía Rossi, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Edith Serfaty, Academia Nacional de Medicina, Argentina.
Gustavo Tafet, Universidad Maimónides, Argentina.

Colaboradores
Lilian Carvajal, Octavio Gallego, María de los Ángeles López Geist, Jaime Smolovich, Ezequiel Benito.

Coordinación y Edición
Alejandra Niño Amieva, editor@acta.org.ar

Corrección y supervisión de contenidos
Carlos Catroppi, ccatroppi@gmx.net
Maia Nahmod, maia.nahmod@gmail.com

Administración
Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º (Escuela de Salud Pública, Fac. de Medicina, Universidad de Buenos Aires) - C1122AAJ
Ciudad de Buenos Aires, Argentina
Tel./Fax: (54 11) 4342-1196 - fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N°091317
ISSN: 0001 - 6896
© 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.

Diagramación: Diego Stina - diego.stina@gmail.com
Impresión: Artes Gráficas Serval - Puccini 221. L. de Zam., Bs. As., Argentina

Acta Psiquiát Psicol Am Lat. 2010, 56(1): 29-36

Original

Variables cognitivas y perceptuales en la experiencia del *déjà vu*

Alejandro Parra

Alejandro Parra
Doctor en Psicología.
Universidad Abierta Interamericana.

La experiencia de *déjà vu* puede ser definida como cualquier impresión subjetiva errónea de familiaridad acerca de una experiencia presente con pasado indefinido. En efecto, individuos que tienen experiencias de *déjà vu* tienen un nivel más elevado de actividad imaginativa/ fantasiosa o propensión a la fantasía. Cuando se compara a estos individuos con quienes no la experimentan, estas personas tienen mayor capacidad de absorción psicológica. Este estudio incluyó 560 estudiantes de psicología de ambos sexos, 406 mujeres y 154 varones. Los resultados indican que la esquizotipia cognitivo-perceptual, desrealización/despersonalización, sinestesia, y tendencia a la fantasía son factores que parecen cumplir un rol en la ocurrencia de la experiencia *déjà vu* en comparación con individuos que no tienen la experiencia. Además, las experiencias *déjà vu* podrían operar en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos normales y en el otro, estados patológicos como la amnesia disociativa y la despersonalización.

Palabras clave: Propensión a la fantasía – Esquizotipia – Disociación – Absorción.

Cognitive and perceptual variables in déjà vu experience
The *déjà vu* experience can be defined as any erroneous subjective familiarity impression related to a present experience with indefinite past. In fact, subjects who have déjà vu experiences have a higher level of imaginative / fantasy activity or fantasy propensity. When these subjects are compared with those who have not experienced déjà vu, the first ones show major capacity of psychological absorption. This study included 560 psychology students of both sexes, 406 women and 154 men. The results indicate those cognitive-perceptual schizotypy, derealization / depersonalization, synesthesia and fantasy tendencies are key factors in the déjà vu experience compared to individuals that do not have it. In addition, déjà vu experiences might operate in a continuous in which in one edge takes place normal dissociative states and, in the other, pathological states as dissociative amnesia and depersonalization.

Key words: Fantasy propensity – Schizotypy – Dissociation – Absorption.

Correspondencia:
Dr. Alejandro Parra.
Salta 2015, C1137ACQ,
Ciudad de Buenos Aires,
Argentina;
rapp@fibertel.com.ar

Introducción

El *déjà vu* es una experiencia ampliamente experimentada por muchas personas [38, 8], que ha sido relativamente negada por muchos estudiosos de la memoria y la percepción. Vernon Neppe propuso la siguiente definición: "Cualquier impresión subjetiva errónea de familiaridad acerca de una experiencia presente, con pasado indefinido. En términos generales una experiencia de déjà vu se caracteriza principalmente por una escena visual que dura sólo unos pocos segundos pero sin cambios substanciales en el pensamiento o la emoción. La reacción psicológica usualmente es sorpresa y las personas pueden experimentar la sensación de que *el tiempo corre más despacio*" [26: 7]. Sorprendentemente, hay una gran escasez de datos acerca de la naturaleza de la experiencia de *déjà vu*. La experiencia carece de todo estímulo claramente identificable o respuesta comportamental y justamente estos "vacíos" han presentado dificultades en el esfuerzo de investigación sistemático de la experiencia. Recientemente varios investigadores cognitivos han comenzado a relacionar el trabajo empírico del fenómeno del *déjà vu* para elucidar los mecanismos que subyacen detrás de la experiencia [16, 18, 19, 35].

Llevó casi un siglo decidirse por un término común para el *déjà vu*. Desde principios del siglo XIX hasta mediados de los años cincuenta se utilizó una variedad de palabras y frases en diferentes idiomas. G. E. Berrios [5] y N. V. Findler [12] sugieren que el término *déjà vu* fue empleado por primera vez por F. L. Arnaud [2], mientras que J. Cutting y H. Silzer [11] señalan que el primero en usarlo fue Hughlings-Jackson en 1888. Neppe [26] sostiene que fue Emile Boirac en 1876 quien utilizó el término ("sensación de *déjà vu*"). Sno y Linszen [37] enlistaron hasta 17 diferentes términos (en tres idiomas) para describir el fenómeno del *déjà vu* y Neppe [26] dio una cronología en el uso de estos términos.

Respecto a su frecuencia, Kohr [22] encontró que el 14% tuvo "algunas" experiencias, el 19% tuvo "tres o cuatro", el 23% tuvo "cinco a ocho", y el 44% "tuvo nueve o más". El hallazgo más coherente es la disminución de la experiencia con la edad [7, 13 22, 23], aunque la única anomalía en esta tendencia es la baja tasa de experiencias entre adolescentes. La experiencia de *déjà vu* es principalmente una escena visual que dura unos pocos segundos, parece estar asociada al estrés o la ansiedad y no está acompañada de cambios sustanciales en el pensamiento o la emoción. Aparte de la dificultad en recordar detalles personales de una experiencia breve, aún sucedido hace meses o años, el recuerdo del *déjà vu* parece estar más bien dominado por una experiencia de percepción duplicada o disociada [26].

Lógicamente, las personas que viajan deben tener más oportunidades de experimentar *déjà vu* porque se encuentran en ubicaciones físicas nuevas con más frecuencia que los que no viajan. En el estudio de Chapman y Mensh [9], las personas que no viajaban tenían un 11% de incidencia de *déjà vu* mientras que los que hicieron uno a cuatro viajes al año tuvo un 31%. De modo que los que viajan tienen más experiencias de *déjà vu* que los que no pero la frecuencia de viajar parece no hacer gran diferencia. Esta asociación de *déjà vu* con viajar probablemente correlaciona con diferencias socioeconómicas y clase social y nivel educativo alto probablemente porque estas personas viajan con más frecuencia.

Los investigadores han propuesto una variedad de explicaciones para la experiencia *déjà vu*. Muchas se encuadran dentro de perspectivas psicoanalíticas y parapsicológicas, y el lector interesado podrá consultar a Neppe [26] y Sno y Linszen [37] para más información acerca de estas explicaciones [8]. Las interpretaciones científicas se pueden clasificar en cuatro categorías: (1) teorías de doble procesamiento, (2) teorías neurológicas, (3) y teorías relacionadas con la memoria, y la atención. Las explicaciones de doble procesamiento asumen que dos procesos cognitivos que normalmente operan en sincronía quedan momentáneamente desfasados. Las explicaciones neurológicas sugieren que el *déjà vu* representa una breve disfunción en el SNC que implica, o bien una micro-lesión o una modificación en el curso normal de tiempo de transmisión neuronal. Las interpretaciones basadas en procesos de la memoria asumen que algún aspecto del contexto es objetivamente familiar pero que la fuente de tal familiaridad se ha olvidado. Por último, las interpretaciones basadas en modelos atencionales postulan que una percepción inicial, pero perdida, es de inmediato seguida por una segunda percepción bajo completa atención.

Un estudio indicó que las experiencias de *déjà vu*

parecen duplicar un sueño y es posible que los sueños proporcionen recuerdos fragmentados que se duplican durante el día en una experiencia *déjà vu* [3]. Cuándo B. Zuger [42] preguntó a sus encuestados si la habían experimentado, diez dijeron no recordar un sueño y no tener experiencias de *déjà vu* en tanto que 36 dijeron tener *déjà vu* y recordar sus sueños, de modo que parece haber alguna relación fuerte entre recordar sueños y experimentar *déjà vu*.

Otros estudios sugieren que la incidencia de *déjà vu* es más común entre personas que padecen esquizofrenia que en la población en general [21, 26, 32, 33]. Sin embargo, es difícil de determinar si la experiencia *déjà vu* en esquizofrénicos es semejante a la de los individuos saludables porque la esquizofrenia implica a una variedad de distorsiones cognitivas [15]. Tampoco se encontró ninguna relación entre la frecuencia de *déjà vu* y rasgos neuróticos (y fobias). Richardson y Winokur [33] examinaron la incidencia de déjà vu en individuos que padecían depresión y esquizofrenia y encontraron una incidencia más alta de *déjà vu* sólo en individuos con trastorno de personalidad.

Probablemente, individuos que tienen experiencias de *déjà vu* tienen un nivel más elevado de actividad imaginativa/ fantasiosa o propensión a la fantasía lo cual es coherente con la perspectiva de Wilson y Barber [41], de Blackmore [6] y Siegel [36] según la cual estas percepciones ocurren en el contexto de una ilusión de reconocimiento que puede ser más fácilmente producida por individuos fantaseadores [39]. También parece haber una asociación entre los rasgos de susceptibilidad hipnótica y la apertura a la experiencia a causa de que los individuos involucrados en sus propios procesos mentales pueden estar más abiertos a la experiencia *déjà vu* y a tener otras experiencias anómalas.

En efecto, cuando se compara a estos individuos con quienes no la experimentan, estas personas tienen mayor capacidad de absorción psicológica [14]; asimismo, hay indicadores de que quienes experimentan alta capacidad de absorción, usualmente experimentan también diversas formas parasomáticas, alucinaciones táctiles y sensaciones de energías sutiles [17, 27]. Cuando se investigó la experiencia *déjà vu* en relación con la incidencia de experiencias disociativas en individuos no clínicos empleando la escala DES, que ocurrió en el 71.4% (*n*= 162), se observó que no se encuentran correlaciones alta en puntajes de DES (excepto la escala despersonalización/ desrealización), sino más específicamente con un modelo que incluyó experiencias menos disfuncionales como el *jamais vu* y los sueños premonitorios [1].

Tampoco hay estudios en los cuales se haya investigado la relación entre tener experiencia *déjà vu* y rasgos esquizotípicos; sin embargo, se puede suponer que quienes puntúan significativamente alto en ideación esquizotípica, error perceptual, ideación mágica y sinestesia en comparación con un grupo control también experimenten *déjà vu*. En tal sentido, la esquizotípia debe ser concebida como una dimensión de la personalidad distribuida continuamente en la población normal, cuya definición es que las personas en los extremos de la curva de distribución tienen un elevado grado de susceptibilidad a episodios psicóticos. La dimensión de personalidad esquizotípica puede estar correlacionada con una amplia variedad de otros fenómenos perceptuales anómalos como el *déjà vu* [10].

De modo que se conoce poco acerca de los factores psicológicos y los procesos que subyacen a experiencia *déjà vu*; pero, sin embargo, hay indicadores en la literatura psicológica, parapsicológica y psiquiátrica de que hay variables cognitivas (tales como la esquizotipia, la tendencia a la disociación, la absorción y la propensión a la fantasía) que merecen ser estudiadas.

Hipótesis

Este estudio de carácter exploratorio pone a prueba cuatro hipótesis específicas: que personas que tienen experiencias *déjà vu* tienen mayor (1) propensión a la esquizotipia, (2) tendencia a la disociación, (3) absorción, y (4) son más fantaseadores que quienes no las tienen. En forma exploratoria se examinarán también diferencias en los factores que componen las escalas de esquizotipia, disociación y absorción.

Método

Participantes

La muestra incluyó 560 estudiantes de psicología de ambos sexos, 406 (76%) mujeres y 154 (24%) varones, cuyo rango etario es de 17 y 57 años (Media = 25.11; SD = 7.23) residentes en la Ciudad de Buenos Aires y alrededores. Ningún

estudiante recibió compensación económica.

Instrumentos

Ambas muestras completaron cuatro escalas relacionadas con experiencias perceptuales inusuales:

Escala de Experiencias Disociativas (DES) ([4]; alfa de Cronbach = .91) una escala tri-factorial de 28 ítems en una escala Likert 0–10 que mide una variedad de tendencias disociativas: amnesia, despersonalización y desrealización (por ejemplo "Algunas personas tienen la experiencia de conducir o estar viajando en un coche, colectivo, o subte y de repente se dan cuenta que no recuerdan lo que pasó durante todo o parte del viaje").

Cuestionario de Experiencias Creativas (CEQ) ([24]; alfa de Cronbach = .89,) una escala de 25 ítems de respuesta verdadero/falso que mide la propensión a la fantasía, especialmente la tendencia a fantasear en la niñez (por ejemplo: "Cuando veo escenas de violencia por televisión, me siento tan involucrado en éstas que me provoca mucha inquietud").

Escala de Absorción de Tellegen (TAS) ([40]; alfa de Cronbach = .91) que mide en 34 ítems de respuesta verdadero/falso la frecuencia con que una persona se involucra en actividades que exigen atención y concentración (por ejemplo: "Cuando escucho música de órgano u otra música imponente a veces siento como si me estuvieran levantando en el aire").

Se empleó también una medida de rasgos de personalidad el *Cuestionario de Personalidad Esquizotípica* (SPQ) [28, 29, 30, 31]; alfa de Cronbach = .91) una escala tri-factorial de 74 ítems de respuesta si/no que mide estilos de pensamiento esquizotípicos (se empleó la puntuación total del SPQ y el subfactor 1 Cognitivo perceptual, por ejemplo: "¿Alguna vez ha visto cosas que para los demás son invisibles?" o "¿Son sus pensamientos a veces tan fuertes que usted casi podría escucharlos?").

Respecto a la experiencia se formuló la pregunta de la siguiente manera: "He tenido la experiencia *'déjà vu'* , esto es, oír o ver algo que tiene toda la impresión de haberlo oído o visto (si duda, por favor, responda no)". Si la respuesta es afirmativa, la pregunta también mapea tres dimensiones de la experiencia: frecuencia de la experiencia, explicación subjetiva (racional, desconocida y paranormal) de la experiencia y positivo o negativo impacto (emocional) en una escala Likert, siendo 1 positivo y 7 negativo.

Procedimiento

Aplicamos una técnica de muestreo no-probabilística para obtener el mayor número de casos para analizar. El set de tests autoadministrables fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante en forma contrabalanceada durante una clase. El tiempo promedio para completar los cuestionarios fue de 40 minutos. Los estudiantes recibieron una vaga información del objeto de estudio y se los invitó a participar voluntaria y anónimamente completando los tests en una única sesión en días y horarios previamente pactados con los docentes.

Tabla 1. Frecuencia, impacto emocional y explicación para las experiencias de *déjà vu*

		déjà vu (*n*= 454)*
Ocurrencia	Nunca	106 (23,3)
	Una vez	37 (6,5)
	A veces	370 (65,3)
	Frecuentemente	57 (10,1)
Impacto emocional	Media (1 –7)[(1)] – SD	3,16
Explicación	Paranormal/inexplicable	43 (9,6)
	Desconozco	274 (61,4)
	Racional/explicable	129 (28,9)

Ref. (1): 1 negativo a 7 positivo para el impacto emocional. Se presenta frecuencia y porcentaje (entre paréntesis).

Tabla 2. Comparación de medidas psicológicas de estudiantes que reportan experiencias de *déjà vu* y aquellos que no las reportan

Escalas	*Grupos*	*Media*	*SD*	*t*	*p*
SPQ Total	SE	20,19	11,20	-3,36	,001
	CE	24,48	11,53		
E. Cognitivo-perceptual	SE	5,68	4,49	-5,10	<,001
	CE	8,42	4,91		
E. Interpersonal	SE	7,59	4,77	-,99	n.s.
	CE	8,11	4,74		
E. Desorganizada	SE	4,90	3,42	-2,05	,04
	CE	5,71	3,55		
Disociación	SE	16,26	11,15	-1,40	n.s.
	CE	19,44	11,42		
Amnesia	SE	8,57	9,97	-2,45	,01
	CE	10,18	10,60		
Absorción	SE	28,16	17,45	-1,99	,04
	CE	32,66	16,60		
Despersonalización	SE	5,57	9,27	-2,90	,004
Desrealización	CE	7,91	11,06		
Absorción	SE	27,78	15,00	-1,81	,07
	CE	32,57	15,10		
Factor 1	SE	33,66	19,44	-2,88	,004
	CE	37,45	19,00		
Factor 2	SE	23,69	15,96	-3,82	< ,001
	CE	29,09	17,33		
Factor 3	SE	20,61	14,00	-2,23	,02
	CE	26,90	15,25		
Factor 4	SE	30,98	21,78	-,87	n.s.
	CE	36,08	20,64		
Factor 5	SE	36,22	22,02	-2,23	,02
	CE	38,22	20,47		
Factor 6	SE	30,39	21,62	-3,06	,002
	CE	35,86	22,49		
Propensión a la Fantasía	SE	24,12	12,26	-3,36	,001
	CE	28,47	13,13		

Ref: ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *: La ccorrelación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). (a) Factor 1: Sensibilidad a los estímulos de alto grado de atención; Factor 2: Sinestesia; Factor 3: Expansión de la cognición; Factor 4: Olvido-Disociación; Factor 5: Recuerdos Vividos; Factor 6: Expansión de Conciencia.

El orden de administración de ambas pruebas fue contrabalanceado y los cuestionarios de alucinaciones se presentaron bajo el pseudo-título de *Cuestionario de Experiencias Psicológicas* con lo cual se evitó sesgar las respuestas. Los pacientes recibieron una vaga información del objeto de estudio, se les invitó a participar voluntaria y anónimamente en una única sesión y no recibieron compensación económica. Los análisis fueron procesados mediante el *SPSS 11.5* (en español) y evaluados a dos colas.

Resultados

En base a las respuestas obtenidas de los estudiantes se conformaron dos grupos. Para agrupar a quienes tenían experiencias *déjà vu* se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy frecuentemente) en un valor (con experiencias = 1). Para agrupar a quienes no tuvieron experiencias *déjà vu* (sin experiencias = 0) se empleó la respuesta "nunca".

Propensión a la esquizotipia: la Hipótesis 1 era que los estudiantes con experiencias *déjà vu* puntuarían más alto en propensión a la esquizotipia en comparación con quienes no las tienen, lo cual fue confirmado ($p < .001$, a dos colas). De los tres factores de la SPQ, sólo el grupo que tuvo experiencias *déjà vu* puntuaron alto en el Factor 1 (Cognitivo-perceptual, $p < .001$, a dos colas) y menos en Desorganizada ($p = .04$, a dos colas).

Disociación: la Hipótesis 2 era que los estudiantes con experiencias *déjà vu* puntuarían más alto en disociación en comparación con quienes no las tienen, lo cual no fue confirmado. De los tres factores de la DES, sólo el grupo de estudiantes que tuvo experiencias *déjà vu* puntuaron alto en el Factor 3 (Desrealización / despersonalización, $p < .001$, a dos colas) y menos en amnesia y absorción ($p = .01$ y $.04$, a dos colas respectivamente).

Absorción: la Hipótesis 3 era que los estudiantes con experiencias *déjà vu* puntuarían más alto en absorción en comparación con quienes no las tienen, lo cual no fue confirmado. De los seis factores de la TAS, sólo el grupo de estudiantes que tuvo experiencias *déjà vu* puntuaron alto en el Factor 2 (Sinestesia, $p < .001$, a dos colas), Factor 6 (Expansión de Conciencia, $p = .002$, a dos colas) y menos en Factor 1 (Sensibilidad a los estímulos de alto grado de atención, $p = .004$, a dos colas).

Propensión a la fantasía: la Hipótesis 4 era que los estudiantes con experiencias *déjà vu* puntuarían más alto en propensión fantasía (CEQ) en comparación con quienes no las tienen, lo cual fue confirmado ($p= .001$, a dos colas).

Discusión y conclusiones

Los resultados indican que la esquizotipia cognitivo-perceptual, la desrealización (sensación de sentirse separado de sí mismo) y despersonalización (sentimiento de extrañeza acerca de sí mismo o de los demás), sinestesia y la tendencia a la fantasía son factores que parecen cumplir un rol en la ocurrencia de la experiencia *déjà vu* en comparación con individuos que no tienen la experiencia. Los resultados de este estudio demuestran que quienes indicaron tener experiencias de *dèjá vú* indicaron tener mayor propensión a la esquizotipia cognitivo-perceptual, tendencias disociativas, absorción y propensión a la fantasía.

Estos resultados parecen apoyar el modelo de procesamiento de la fuente (*framework source monitoring* o SMF; [20, 25]. Según Johnson, el acto de "recordar" es una actividad mental en la que las experiencias mentales se atribuyen a acontecimientos pasados por sus características cualitativas y por la cultura general del individuo y sus creencias. Johnson lo ilustra bien con un ejemplo: "Suponga que usted está emocionado por su primer viaje a Roma, llega a la terminal del aeropuerto y tiene una intensa experiencia déjà vu. Usted sabe claramente que nunca ha estado en Roma, pero la terminal le parece increíblemente familiar." Según el SMF, una experiencia *déjà vu* podría aparecer como consecuencia de un conflicto entre dos tipos de procesamiento, esto es, uno basado en su cultura general que entró en conflicto con la atribución heurística basada en las cualidades de la experiencia mental, que implica que le es familiar a causa de una percepción pasada. Tal familiaridad podría surgir de varios tipos diferentes de acontecimientos pasados codificados en la memoria, por ejemplo, usted quizás haya visto ese aeropuerto en una película, en un documental de televisión, o en la foto de una revista, pero su experiencia mental actual no incluye esta información adicional, lo cual le permitiría identificar y saber porqué le es tan familiar.

Las experiencias *déjà vu* podrían operar en un continuo en cuyo extremo están los estados diso-

ciativos normales y, en el otro, estados patológicos como la amnesia disociativa y la despersonalización [34], la cual no debería ser conceptualizada de manera categorial sino de modo dimensional. En otras palabras, muchas personas normales pueden experimentar situaciones en las cuales su conciencia parece dividirse; donde existe un procesamiento de percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones sin representación conciente que pueden implicar cogniciones y conductas percibidas como involuntarias o que ocurren sin estar accesibles a la conciencia.

Los fenómenos disociativos son de interés teórico para muchos científicos cognitivos porque parecen ampliar el estudio de procesos complejos no conscientes o para explicar los fenómenos hipnóticos. Tales procesos, que incluyen al *déjà vu* y el *jamais vu* entre otros, de ningún modo implican procesos patológicos; por el contrario, futuros estudios deben explorar fenomenológicamente a la disociación como la hipnotizabilidad, la absorción, la propensión a la fantasía y la apertura a la experiencia.

Agradecimientos

A la Fundación BIAL por su apoyo financiero para este estudio.

Referencias bibliográficas

1. ADACHI N, AKANU N, ADACHI T, TAKEKAWA Y. Déjà vu experiences are rarely associated with pathological dissociation. *J Nerv Ment Dis.* 2008; 196 (5): 417-419.
2. ARNAUD FL. Un cas d'illusion du déjà vu ou de fausse mémoire. *Annales Medico Psychologiques*. 1896; 3: 455-471.
3. BALDWIN JM. *Handbook of psychology.* New York: Holt; 1989.
4. BERNSTEIN E & PUTNAM F. Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *J Nerv Ment Dis*. 1986; 174: 727-735.
5. BERRIOS GE. Déjà vu in France during the 19th century: A conceptual history. *Compr Psychiatry*. 1995; 36 (2): 123-129.
6. BLACKMORE S. *Parapsychology and out-of-the-body experiences*. London: Transpersonal Books / Society for Psychical Research; 1978.
7. BRAUER R, HARROW M & TUCKER GJ. (1970). Depersonalization phenomena in psychiatric patients. *Br J Psychiatry.* 1970; 117: 509-515.
8. BROWN AS. A review of the déjá vu experience. *Psychol Bull*. 2003; 129 (3): 394-413.
9. CHAPMAN AH & MENSH IN. Déjà vu experience and conscious fantasy in adults. *Psychiatr Q Suppl.* 1951; 25(2): 163-75.
10. CLARIDGE GS; PRYOR R & WATKINS G. *Sounds from the Bell Jar: Ten Psychotic Authors.* London: Macmillan; 1989.
11. CUTTING J & SILZER H. Psychopathology of time in brain disease and schizophrenia. *Behav Neurol*. 1990; 3: 197-215.
12. FINDLER NV. A model-based theory for déjà vu and related psychological phenomena. *Comput Human Behav*. 1998; 14 (2): 287-301.
13. GALLUP GH & NEWPORT F. Belief in para normal phenomena among adult Americans. *Skeptical Inquirer.* 1991; 15: 137-146.
14. GLICKSOHN J. Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Pers Individ Dif*. 1990; 11 (7): 675-683.
15. HARPER MA. Déjà vu and depersonalization in normal subjects. *Aust N Z J Psychiatry*. 1969; 3: 67-74.
16. HOFFMAN HG. Role of memory strength in reality monitoring decisions: Evidence from source attribution biases. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 1997; 23 (2): 371-383.
17. IRWIN HJ & WATT C. *An introduction to Parapsychology, Fifth Edition*. Jefferson, NC: McFarland; 2007.

18. JACOBY LL, ALLAN LG, COLLINS JC & LAR WILL LK. Memory influences subjective experience: Noise judgments. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn.* 1988; 14 (2): 240-47.
19. JACOBY LL & WHITEHOUSE K. An illusion of memory: False recognition influenced by unconscious perception. *J Exp Psychol Gen.* 1989; 118: 126-135.
20. JOHNSON MK, HASHTROUDI S & LINDSAY DS. Source monitoring. *Psychol Bull*. 1993; 114 (1): 3-28.
21. KIRSHNER LA. The mechanism of déjà vu. *Dis Nerv Syst*. 1973; 34 (5): 246-249.
22. KOHR RL. A survey of psi experiences among members of a special population. *J Am Soc Psych Res*. 1980; 74: 395-412.
23. LEVIN JS. Age differences in mystical experience. *Gerontologist*. 1993; 33 (4): 507-513.
24. MERCKELBACH H, HORSELENBERG R & MURIS P. The Creative Experiences Questionnaire (CEQ): A brief self report measure of fantasy proneness. *Pers Individ Dif.* 2001; 31: 987 995.
25. MITCHELL KJ & JOHNSON MK. Source monitoring: Attributing memories to sources. In TULVING E & CRAIK FIM. (Eds.) *The Oxford handbook of memory.* New York: Oxford University Press; 2000: 179-185.
26. NEPPE VM. *The psychology of déjà vu: Have I been here before?* Johannesburg, South Africa: Witwatersrand University Press; 1983.
27. PALMER J. A community mail survey of psychic experiences. *J Am Soc Psych Res.* 1979: 73(3): 221-251.
28. RAINE A. The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophr Bull.* 1991; 17: 556-564.
29. RAINE A. Sex differences in schizotypal personality in a non-clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*. 1992; 101(2): 361-364.
30. RAINE A. & BAKER L. *The Schizotypal Personality Questionnaire: Genetics, Psychophysiology. Neuropsychology and Gender Differences*. Portland, Oregon: Western Psychological Association; 1992.
31. RAINE A & BENISHAY D. The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *J Pers Disord*. 1995; 9 (4): 346-355.
32. RICHARDSON TF & WINOKUR G. Déjà vu in psychiatric and neurosurgical patients. *Archives of General Psychiatry*. 1967; 17(5): 622-625.
33. RICHARDSON TF & WINOKUR G. Déjà vu—as related to diagnostic categories in psychiatric and neurosurgical patients. *J Nerv Ment Dis*. 1968; 146: 161-164.
34. ROSS CA & JOSHI S. Paranormal experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1992; 180 (6): 357–361.
35. SCHACTER DL. Implicit memory: History and current status. *J Exp Psychol Learn Mem Cogn*. 1987; 13: 501-18.
36. SIEGEL RK. The psychology of life after death. *Am Psychol*. 1980; 35: 911-931.
37. SNO HN & LINSZEN DH. "The déjà vu experience: Remembrance of things past?" *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 1587–1595.
38. SNO HN, LINSZEN DH & DE JONGHE F. Art imitates life: Déjà-vu experiences in prose and poetry. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 511–518.
39. TELLEGEN A. Practicing the two disciplines for relaxation and enlightenment: Comment on "Role of the feedback signal in electromyo graph biofeedback: The relevance of attention by Qualls and Sheehan". *J Exp Psychol.* 1981; 110 (2): 217-226.
40. TELLEGEN A & ATKINSON G. Openness to absorbing and self altering experiences ("Absorption"), a trait related to hypnotic susceptibility. *J Abnorm Psychol*. 1974; 83: 268-277.
41. WILSON SC & BARBER TX. The fantasy-prone personality: Implications for under standing imagery, hypnosis, and parapsycho logical phenomena. In SHEIKH AA (Ed.) *Imagery: Current theory, research, and application*. New York: John Wiley; 1982.
42. ZUGER B. The time of dreaming and the déjà vu. *Comprehensive Psychiatry*. 1996; 7: 191-196.