

# Interrelación entre disociación, absorción y propensidad a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica

Alejandro Parra<sup>1</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, Año 16, Vol. 14, N° 1, septiembre de 2007, págs. 61 a 71.

## Resumen

Que una porción sustancial de individuos mentalmente saludables indique haber tenido experiencias que podrían llamarse “alucinaciones” representa un descubrimiento potencialmente importante. Como sugiere la hipótesis del continuo de la psicosis, tales experiencias son una parte de la conciencia normal para la población general, ya que las alucinaciones generalmente no están asociadas con una estructura neurótica. En este estudio, se examinan tres factores que podrían estar relacionados con la experiencia alucinatoria en individuos normales: la propensidad a la fantasía, la absorción psicológica y las experiencias disociativas. Las personas que tienen alta capacidad de absorción, tienen imaginación visual intensa y vívida, y experiencias sensoriales intensas e imaginativas, lo cual también podría ser un factor de predisposición para la experiencia alucinatoria. En la categoría de la disociación “normal”, se incluyen experiencias alu-

cinatorias también que operan en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos normales, como la autohipnosis, hasta estados patológicos, como la amnesia disociativa y la despersonalización. Testeamos tres hipótesis sobre una muestra de 650 estudiantes universitarios de ambos sexos (24% varones y 76% mujeres; rango etario = 17–57 años) y encontramos diferencias significativas en absorción ( $r = .615$   $p < .001$ ) y –aunque algo menor– propensidad a la Fantasía ( $r = .546$ ;  $p < .001$ ), y disociación ( $r = .554$ ;  $p < .001$ ) con el puntaje total de tendencia a alucinar. Se realizó un análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos para valorar hasta que punto la absorción, la disociación y la propensidad a la fantasía explican la presencia de experiencias alucinatorias. Dada la consistencia de nuestros resultados tenemos una validación de las experiencias alucinatorias en población normal.

## Palabras Clave

Absorción, Disociación, Experiencias alucinatorias, Propensidad a la fantasía, Población no-clínica.

---

<sup>1</sup> Psicólogo y docente de psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Presidente del Instituto de Psicología Paranormal de Buenos Aires ([www.alipsi.com.ar](http://www.alipsi.com.ar)), y autor de tres libros, el más reciente, *Psicología de las Experiencias Paranormales: Introducción a la teoría, investigación y aplicaciones terapéuticas* (Ed. Akadia, Buenos Aires, 2006). [rapp@fibertel.com.ar](mailto:rapp@fibertel.com.ar)

## Introducción

Hay un sustancial número de artículos en la literatura psiquiátrica y psicológica acerca de individuos en la población general que dicen haber tenido experiencias alucinatorias. Sidgwick (1864), quien investigó la incidencia de los reportes alucinatorios en 17.000 individuos de 10 países y West (1948) con una muestra más pequeña, encontraron que aproximadamente el 10% de estas muestras estaba relacionado con el uso de drogas o con presencia de psicopatología.

Al igual que Galton (1883) y James (1892) en el siglo XIX, Sarbin y Juhasz (1967) sugieren que las alucinaciones deben ser entendidas como resultado de un proceso mental normal conocido como *modelo psicológico de alucinación*. Una versión particular de este *modelo* es defendido por Slade y Bentall (1988) que desarrollaron la “hipótesis de continuidad” de la experiencia alucinatoria. De acuerdo con estos autores, las alucinaciones están relacionadas con experiencias de la conciencia normal, como las ensoñaciones diurnas vívidas e intensas (Launay y Slade, 1981). Utilizando información de 300 individuos, Launay y Slade construyeron un instrumento que contenía 12 declaraciones sobre pensamientos y fantasías vívidas y alucinaciones visuales y verbales (ver Bentall, 1990, 2000).

Posey y Losch (1983) estudiaron una muestra de 375 estudiantes utilizando un cuestionario que contenía descripciones de experiencias verbales en la población general y descubrieron que el 71% indicaba haber experimentado algo similar al menos una vez por semana. Barret y Etheridge (1992) examinaron a una muestra de 576 estudiantes utilizando una versión modificada de la escala de alucinación de Barret que permitió una estimación más precisa de cuan a menudo estas ex-

periencias ocurrían en cada individuo en particular. Más del 10% había tenido la experiencia al menos una vez al mes, y el porcentaje general de individuos que tuvieron una experiencia era virtualmente el mismo que el de Posey y Losch (1983).

Barret y Etheridge observaron que el 45% había ocurrido con la frecuencia de una vez al día en un mes. No hubo una correlación significativa entre las alucinaciones verbales y la discapacidad social así como tampoco diferencia alguna entre las alucinaciones verbales entre alucinadores y no alucinadores en las escalas de psicopatología. Las alucinaciones verbales parecen ser un componente normal, y relativamente frecuente para gran parte de la población general.

Parra, Adróver y González (2006) llevaron a cabo un estudio descriptivo y correlacional de experiencias alucinatorias para determinar en qué medida estas experiencias se presentan en individuos saludables y de buen nivel cultural. Basados en las escalas creadas por Barrett (Barrett & Etheridge, 1992) y Launay y Slade (Launay & Slade, 1981), se creó y administró un cuestionario de 38 ítems que mide la predisposición a tener experiencias perceptuales inusuales/anómalas en siete modalidades sensoriales (auditiva, visual, gustativa, táctiles, olfativas e hipnagógico/hipnopómpicas) sobre una muestra de 650 estudiantes universitarios de ambos sexos (22% varones 78% mujeres; edad promedio 25 años) y otra a 26 pacientes hospitalizados (13 varones y 13 mujeres, edad promedio 38 años). La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente alfa de Cronbach indicó que ésta producía datos internamente consistentes (.93). Los resultados mostraron que entre el 16 y el 24% indicaba haber tenido una experiencia alucinatoria; que la modalidad táctil tenía el mayor porcentaje (25%) seguido de la modalidad au-

ditiva (“oír voces” 20%) y la visual (16%); que el 5% las experimentaba al menos dos veces por mes; y no se encontró diferencia alguna entre varones y mujeres, si bien la población femenina era dos veces superior a la masculina.

Aunque algunos ítems incluían experiencias alucinatorias claramente patológicas (por ejemplo, “He oído mis propios pensamientos en voz alta... los oigo como desde fuera de mi cabeza, a pesar de que estoy seguro de no haber hablado en voz alta”) otras incluían experiencias menos disfuncionales (por ej. Cuando estoy completamente solo en casa, oigo una voz que me llama por mi nombre, una sola vez). En ambos casos, el porcentaje de las experiencias más disfuncionales era bastante menor que las experiencias “normales”. Por otra parte, la modalidad hipnagógica (por ejemplo, “Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no-humanas cerca de mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen”) también reveló un indicador elevado (22%).

La hipótesis del continuo normalidad–patología sugiere que la propensión a la fantasía, la absorción psicológica, y las experiencias disociativas parecen ser indicadores que contribuyen a generar experiencias alucinatorias. Personas que tienen alta capacidad de absorción tienen imaginación intensa y vívida, y experiencias sensoriales e imaginativas, lo cual también podría ser un factor de predisposición para la experiencia alucinatoria, por ejemplo, el concepto de propensión a la fantasía se refiere a un pequeño grupo de personas (aproximadamente el 4% de la población) que fantasea la mayor parte del tiempo; pueden ver, oír y tocar absolutamente todo lo que fantasean.

Wilson y Barber (1981, 1983), por ejemplo, descubrieron que individuos con alta su-

ceptibilidad hipnótica tendían a tener fantasías vívidas y sueños diurnos, al punto que no podían imaginar su vida sin ellos (Lynn y Rhue, 1988), lo cual confirma la sospecha de que la fantasía y la absorción están altamente correlacionadas ( $r = .70$  en el artículo de Lynn y Rhue). Tellegen (1982) ha utilizado una escala de absorción para investigar dos aspectos de experiencias relacionadas conceptualmente con las experiencias alucinatorias, como la sinestesia y eidetismo (Glicksohn, 1992, 1999; Rader y Tellegen, 1987) que involucran tanto a la imaginación (Crawford, 1993-4; Glicksby *et al.*, 1991) como a las experiencias subjetivas anómalas y las creencias (Glickson, 1990).

Según Tellegen (1982), la absorción es un rasgo de la personalidad que permite que un individuo se implique en una variedad de experiencias mediante la imaginación. Las personas que tienen absorción tienen imaginación intensa y vívida, y tienen experiencias sensoriales e imaginativas al punto de perder su sentido del yo (un ejemplo común es ver una película involucrándose tanto en ésta, que se pierde el contexto que lo rodea, incluso si otro le habla). Si la absorción es un factor de predisposición para las experiencias alucinatorias, esto tiene algunas implicaciones para la psicología cognitiva. Sujetos con alta disposición para la absorción a menudo han tenido también alguna experiencia traumática en la infancia (Lynn y Rhue, 1988) debido a una sensibilidad premórbida que intensifica las experiencias subjetivas, como las alucinaciones (Mackelbach *et al.*, 2000; Freyd, Martorello, Alvarado, Hayes, y Christman, 1998; Glickson, 2001; Glickson y Barret, 2003). Como sugieren Berenbaum, Kerns, y Raghavan (2000, p. 39): “aquellos individuos con niveles elevados de absorción... están en riesgo de tener experiencias anómalas debido a que quizás traten de tenerlas intencionalmente, o quizás estén

más dispuestos a explorar aspectos de sus mundos fenomenológicos que otras personas no pueden explorar”.

Para el DSM-IV la disociación se entiende como una “ruptura de las funciones de la consciencia que normalmente están integradas a la memoria, la identidad, y la percepción del entorno” (American Psychiatric Association, 1994, p. 477). Hilgard (1986) define a la disociación como una “manera especial de la consciencia de mantener conectados eventos que de lo contrario estarían divididos entre sí”. (p. 80) De este modo, los procesos disociativos incorporan la idea de que la mente está compuesta por módulos que constantemente están interactuando en varios niveles para generar la unidad de la consciencia. En circunstancias normales, la integración de estos módulos ocurre a la perfección, operando como una entidad homogénea. Pero, en el caso de la disociación, los sistemas cognitivos comienzan a desconectarse entre si hasta que se desintegran funcionalmente. Finalmente, para Cardeña (1994), es “el dominio de la disociación” (p. 15) el que identifica el núcleo de la constelación de la disociación y sus fenómenos relacionados. Otras definiciones adoptan una perspectiva psicodinámica y consideran a la disociación como un mecanismo de defensa inconsciente.

Los procesos disociativos pueden ocurrir en contextos normales como así también en contextos patológicos. En la categoría de la disociación “normal”, encontramos las experiencias como las “experiencias fuera del cuerpo”, el automatismo, y la absorción hipnótica y cognitiva (Cardeña, 1994; Kihlstrom y Hoyt, 1990; Putnam, 1997; Steinberg, 1995). De hecho, actualmente algunos antropólogos y psicólogos transculturales creen que una amplia variedad de experiencias religiosas y de posesión son fenómenos disociativos norma-

les (Bourguignon, 1976; Castillo, 1997; Golub, 1995; Goodman, 1988). La cuestión aquí es determinar cuando un estado disociativo se desvía de lo normal o se convierte en patológico, o sea, cuando se presentan tendencias disociativas que causan malestar o sufrimiento innecesario al individuo. Esta desviación se comprende mejor sólo si estas experiencias ocurren contextualmente, esto es, en relación a influencias culturales, religiosas o sociales (Martínez-Taboas, 1999, 2001). Entonces, cuando las experiencias disociativas son normales o patológicas, es importante comprender su construcción social, y la pluralidad de los significados culturales que se les puede atribuir (Martínez-Taboas, 1999, 2001). Existen varios tipos de fenómenos disociativos, como la amnesia disociativa, las fugas disociativas, la despersonalización/desrealización, y el trastorno de identidad disociativa (conocida también como trastorno de personalidad múltiple) (Kihlstrom, 1994).

En efecto, algunos especialistas coinciden en que las experiencias disociativas operan en un continuo en cuyo extremo están los estados disociativos normales (autohipnosis), hasta estados patológicos (amnesia disociativa y la despersonalización) (Ross, 1989). Otros investigadores proponen que la disociación no debería ser conceptualizada como dimensional, sino estudiada de manera categorial. Por ejemplo, hay estudios taxométricos que sugieren que hay categorías cualitativamente diferentes de procesos disociativos, algunas más patológicas que otras (Waller, Putnam y Carlson, 1996). El modelo “taxonómico” de disociación supone que la disociación normal y la patológica son de diferente tipo, y que este último se relaciona con experiencias que son profundamente diferentes –o que nunca o rara vez aparecen– entre sí y de aquellas experiencias disociativas normales que las personas tie-

nen. De acuerdo a este modelo, los ejemplos típicos de disociación patológica serían la fuga disociativa o el trastorno de identidad disociativo. Hoy día, sin embargo, ni la validez del modelo "taxonómico" ni la del modelo "dimensional de continuidad" han sido concluyentes (Putnam, 1997).

Algunos investigadores han tratado de determinar cuál es la naturaleza de los fenómenos disociativos en individuos normales. Muchos estudios han descubierto que los individuos seleccionados de una población "normal" por lo general tienen puntajes más altos en el factor absorción/imaginación del DES, y algo menos en despersonalización/desrealización y amnesia (ver Carlson, 1994; Ray, 1996). 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 consciente. Tales circunstancias pueden implicar cogniciones y conductas percibidas como involuntarias o que ocurren sin estar accesibles a la conciencia. Este tipo de disociación no es patológica. Estos procesos mentales no-conscientes no se limitan sólo a los que surgen de conductas sexuales o agresivas primitivas; de hecho, no tiene por qué estar motivada por mecanismos de defensa contra conflictos intrapsíquicos o experiencias traumáticas.

El objetivo de este estudio es determinar si existen relaciones entre los constructos de disociación, absorción y propensión a la fantasía como factores que potencialmente desencadenan experiencias perceptuales anómalas/alucinatorias en población saludable.

## Material y método

### Participantes

La muestra se compone de 650 estudiantes de psicología de ambos sexos, 156 varones (24%) y 494 mujeres (76%), cuyo rango etario es de 17 a 57 años (Media= 25,57; SD= 7,23; Media varones= 26,07; SD= 6,59; Media mujeres= 25,39, SD= 7,42) de la Universidad Abierta Interamericana.

### Instrumentos

*Cuestionario de Experiencias Alucinatorias.* Es una escala de 38 ítems diseñada para medir la predisposición a las alucinaciones, en siete modalidades sensoriales: auditiva, visual, gustativa, táctiles, olfativas e hipnagógico/hipnopómpicas, la cual es una subescala que representa la suma de los ítems correspondientes a cada modalidad sensorial. Cada ítem se responde mediante una escala Likert de cinco puntos, siendo 0 (nunca) y 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy a menudo). La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente  $\alpha$  de Cronbach indicó que produce datos consistentes internamente (alfa de Cronbach = .93); la confiabilidad estimada para las modalidades sensoriales también fue alta (auditivas= .90, visuales= .90, gustativas= .72, táctiles= .76, olfativas= .74 e H/H= .75, Media= .80). En general, un valor  $\alpha$  de Cronbach de .60 es una medida aceptable de confiabilidad (Grady y Wallston, 1988; Kim y Mueller, 1978).

*Escala de Absorción de Tellegen.* (Tellegen y Atkinson, 1974). Es un test autoadministrable de 34 ítems de respuesta dicotómica (V-F) cuya estabilidad test-retest y consistencia interna ha demostrado ser adecuada (Tellegen, 1982). La confiabilidad del cuestionario en su versión al español mostró alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .91). Ha

sido previamente utilizada para investigar varias facetas de experiencias subjetivas, conceptualmente relacionadas, como la imaginación, e incluso brinda una apertura a la experiencia de las alteraciones cognitivas afectivas en una variedad de situaciones (Roche y McConkey, 1990).

*Escala de Experiencias Disociativas – Revisada* (Bernstein, Carlson y Putnam, 1986). Es un cuestionario autoadministrable de 28 ítems con una escala Likert de cero (nada) a 100 (máxima) que permite identificar tanto pacientes con psicopatologías disociativas así como servir como instrumento de investigación cuantitativa de experiencias disociativas en población normal. La confiabilidad del cuestionario en su versión al español mostró alta consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = .85) como ha sido observado en otras pruebas de confiabilidad (Frischholz, *et al.*, 1990; Ross, Norton, y Anderson, 1988; Pitblado y Sanders, 1991; Ross, Joshi, Currie, 1991, 1995). En el DES se pide circular un número en un rango de 0 a 100 (“nunca” a “todo el tiempo”). El DES explora experiencias disociativas, como absorción, despersonalización y amnesia. El instrumento permite obtener un valor que es el promedio del puntaje total.

*Cuestionario de Propensidad a la Fantasía* (Merckelbach, Horselenberg y Muris, 2000). Es un instrumento autoadministrable de 25 ítems de respuesta dicotómica que permite evaluar la tendencia a fantasear. La confiabilidad del cuestionario en su versión en español mostró alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .89). Las respuestas son sumadas y se obtiene un puntaje total. Puntuaciones altas implican niveles elevados de propensión a la fantasía. Una correlación producto-momento de Pearson entre este cuestionario y los puntajes del DES fueron altamente significativas, en un rango de .47 a .63 (Merckelba-

ch, Muris, Horselenberg y Stougie, 2000). El CEQ tiene validez predictiva en el sentido de que ciertos individuos (por ejemplo, personas con experiencias paranormales, actores, ver Lawrence *et al.*, 1995) tienden a puntuar alto en propensidad a la fantasía más que un grupo control. El CEQ también correlaciona con otras medidas de fantasía (por ejemplo, El ICMI) y conceptos relativamente cercanos de absorción, esquizotipia y personalidad. Recientes estudios también han identificado que eventos de la niñez imaginarios o escribir acerca de eventos ficticios pueden producir pseudo-recuerdos en un subgrupo de participantes (por ejemplo, Garry *et al.*, 1996; Horselenberg *et al.*, 2000). Hay indicadores de que la propensidad a la fantasía puede contribuir a la susceptibilidad a pseudo-recuerdo y generar experiencias alucinatorias (ver Hyman y Billings, 1998).

### **Procedimiento**

Aplicamos una técnica de muestreo no-probabilística para obtener el mayor número de casos para analizar. La muestra comprende estudiantes universitarios de ambos sexos, a partir de los 17 años, e incluye 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).

El set de tests autoadministrables fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante, en forma contrabalaceada, durante una clase de la cursada teórica. 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 comple-

tando los tests, en una única sesión, en días y horarios previamente pactados con los docentes. El orden de administración de ambas pruebas fue contrabalanceado y el cuestionario de alucinaciones fue presentado bajo el pseudotítulo de *Cuestionario de Experiencias Psicológicas*, con lo cual intentamos evitar distorsiones en las respuestas. Los análisis fueron procesados mediante el *SPSS 11.5* (en español).

## Resultados y discusión

Empleando el análisis de correlación con el estadístico  $r$  de Pearson, se encontraron diferencias significativas en Absorción con el puntaje total de alucinación ( $r = .615$ ,  $p < .001$ , a dos colas) y –aunque algo menor– propensión a la Fantasía ( $r = .546$ ;  $p < .001$ ), lo cual indica que individuos que “alucinan” tienden a puntuar alto en absorción y son más propensos a fantasear. No se encontró una correlación estadísticamente significativa entre Disociación con el puntaje total de alucinación, excepto la modalidad auditiva ( $r = .554$ ;  $p < .001$ , a dos colas).

Finalmente, se realizaron análisis de regresión lineal por el método de pasos sucesivos para valorar hasta que punto la absorción, la disociación y la propensión a la fantasía explican la presencia de experiencias alucinatorias. A causa de que las modalidades sensoriales de experiencias alucinatorias mostraban una

notable asimetría, lo cual podría distorsionar el análisis, procedimos a normalizar las variables mediante la fórmula de estimación de la proporción de Blom. Para ello, se obtuvieron estimaciones de la proporción de casos acumulado hasta cada rango, y luego se obtuvieron puntuaciones típicas normales que corresponden a tales proporciones. Se incluyeron en la fórmula aquellas variables seleccionadas cuyo coeficiente de correlación sea igual o superior a  $.30$ , respecto a la modalidad sensorial de alucinación. Tomando como variable criterio tres de las seis modalidades (auditiva, táctil, hipnagógico/hipnopómpica) y el puntaje total de alucinación, nuestros resultados muestran que la absorción (VC Auditiva:  $R^2 = .350$ ,  $\beta = .400$ ,  $t = 10.192$ ,  $p < .001$ ; VC Táctil:  $R^2 = .194$ ,  $\beta = .261$ ,  $t = 6.23$ ,  $p < .001$ ) y la disociación (VC H/H:  $R^2 = .248$ ,  $\beta = .252$ ,  $t = 6.03$ ,  $p < .001$ ; VC: P. Total:  $R^2 = .393$ ,  $\beta = .276$ ,  $t = 4.90$ ,  $p < .001$ ) explican el 16% de la varianza observada en la experiencia alucinatoria. La varianza explicada de la propensión a la fantasía no ha sido satisfactoria en este análisis.

Dada las características de la muestra y la consistencia de nuestro descubrimiento con respecto a la absorción, la disociación, y la propensión a la fantasía tenemos una validación de las experiencias alucinatorias en población normal. En efecto, las características de absorción que subyacen a las experiencias alucinatorias es que éstas pueden ser vistas como formas de disociación. Nuestros hallaz-

Tabla 1. Correlación entre modalidades sensoriales de alucinación y los puntajes de disociación, absorción y propensión a la fantasía

	Modalidad Sensorial						
	Auditiva	Visual	Gustativa	Táctil	Olfativa	H/H	P. Total
<b>Disociación</b>	.554***	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
<b>Absorción</b>	.597***	.460***	.428***	.449***	.473***	.503***	.615***
<b>Fantasía</b>	.509***	.413***	.401***	.393***	.382***	.455***	.546***

\*\*\* $p < .001$ ;

$p$  ajustada = .008, a dos colas

gos son apenas el inicio de importantes implicaciones para aplicar en psicología cognitiva.

Se ha prestado un enorme interés recientemente en la investigación del trastorno por estrés postraumático. Los desastres naturales y otras catástrofes pueden servir como eventos estresores precipitadores (por ejemplo, destrucción de una casa o de una comunidad por una explosión volcánica, huracanes, incendios forestales, terremotos) dan lugar a un tipo de trastorno en la población. El PTSD se define y caracteriza por tres síntomas primarios (Kinzie, 1989): experiencia *intrusiva* (imágenes no inventadas), *regresión* y *negación* (por ejemplo, disociación), y aumento de la excitación (hipervigilancia) (Burgess, Watson, 1988; Horowitz, 1986; Kinzie, 1989) aunque no todos los individuos expuestos a eventos traumáticos desarrollen (o evidencien) PTSD, se hace evidente que debe haber algún elemento que predispone a la personalidad pre-mórbida del sujeto que interactúa con el evento traumático, y esto resulta en un síndrome (Horowitz, 1986). La frecuencia de la ocurrencia de la intrusión y la negación de la experiencia indica claramente su severidad, y coloca a la PTSD firmemente dentro de la categoría de los trastornos disociativos (ver Bremner, 1992; Horowitz, 1986; Spiegel, 1988, van der Kolk y van der Hart, 1989). Los sujetos que padecen de PTSD puntúan alto en el DES en relación a sujetos de control, o en individuos con fobias y esquizofrénicos (Bernstein y Putman, 1986).

Las investigaciones en el campo de la memoria autobiográfica, la memoria traumática y los pseudo-recuerdos, que ignoren las diferencias individuales en áreas tan vinculadas entre sí como la absorción y la disociación, tendrán necesariamente una severa limitación. Afortunadamente, como lo ha demostrado un gran número de artículos (Destun y Kuiper, 1999;

Eisen y Carlson, 1998; Loftus, 1997; Platt, 1998), se puede tender productivamente puentes entre estos campos de investigación.

El verdadero problema que subyace es poder distinguir entre las alucinaciones “patológicas” y las alucinaciones “normales” porque, tradicionalmente, el diagnóstico está basado en el modelo médico de enfermedad psiquiátrica en el cual hay una distinción categórica entre condiciones “saludables” y condiciones “insanas”. También existe un gran debate sobre la validez de este abordaje, a causa de lo que debemos comprender por comportamiento “anormal.” Las experiencias anormales pueden ser vistas en un continuo de eventos mentales normales, que difieren tan sólo en su grado de severidad. En alguna medida, la psicosis puede ser considerada como un componente de una condición extrema o “límite” de la diversidad de la estructura psicológica humana. En consecuencia, no es necesario distinguir entre alucinaciones “patológicas” y “normales” —es tarea de la clínica evaluar cuáles alucinaciones surgen en un contexto bajo condición psiquiátrica y cuáles no.

## Referencias

- Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Bocker, K. B. E., y De Haan, E. H. F. (2001). Multidimensionality of hallucinatory predisposition: Factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Personality and Individual Differences*, 30, 287–292.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th ed). Washington, DC: Author.
- Barrett, T. R., y Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear ‘voices’. *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379–387.
- Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82–95.

- Bentall, R. P. (2000). Hallucinatory experiences. En E. Cardeña, S. J. Lynn, y S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 85-120). Washington, DC: American Psychological Association.
- Berenbaum, H., Kerns, J., y Raghavan, C. (2000). Anomalous experiences, peculiarity, and psychopathology. In E. Cardenã, S. J. Lynn, y S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 25-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, E. M., y Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Bourguignon, E. (1976). *Possession*. San Francisco: Chandler y Sharp Publishers.
- Bremner, S. D., Southwick, S., Brett, E., Fontana, A., Rosenheck, R., y Charney, D. S. (1992). Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, 149, 328-332.
- Burges Watson, I. P., Hoffman, L., y Wilson, G. V. (1988). The neuropsychiatry of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 152, 164-173.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn y J.W.Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Carlson, E. B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. En D. Spiegel. (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. En W.S. Tseng y J. Streltzer (Eds.), *Culture psychopathology* (pp.101-123). New York: Brunner/Mazel.
- Couch, A., y Keniston, K. (1960). Yeasayers and naysayers: Agreeing response set as a personality variable. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 60, 151-174.
- Council, J.R., y Green, J.P. (2004). Examining the Absorption-Hypnotizability Link: The Roles of Acquiescence and Consistency Motivation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 364-377.
- Crawford, H. J., Brown, A. M., y Moon, C. E. (1993). Sustained attentional and disattentional abilities: differences between low and highly hypnotizable persons. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 534-543.
- Freyd, J. J., Martorello, S. R., Alvarado, J. S., Hayes, A. E., y Christman, J. C. (1998). Cognitive environments and dissociative tendencies: Performance on the standard Stroop task for high versus low dissociators. *Applied Cognitive Psychology*, 12, S91-S103.
- Frischholz, E. J., Braun, B. G., Sachs, R. G., Schwartz, D. R., Lewis, J., Shaeffer, D., Westergaard, C., y Pasquotto, J. (1992). Construct validity of the dissociative experiences scale: II. Its relationship to hypnotizability. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35, 145-152.
- Galton, F. (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. London: Macmillan.
- Garry, M., Manning, C. G., Loftus, E. F., y Sherman, S. J. (1996). Imagination inflation: imagining a childhood event inflates confidence that it occurred. *Psychonomic Bulletin y Review*, 3, 208-214.
- Glicksohn, J. (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, 11, 675-683.
- Glicksohn, J. (1993-4). Rating the incidence of an altered state of consciousness as a function of the rater's own absorption score. *Imagination, Cognition and Personality*, 13, 225-228.
- Glicksohn, J. (2001). Temporal cognition and the phenomenology of time: A multiplicative function for apparent duration. *Consciousness and Cognition*, 10, 1-25.
- Glicksohn, J., y Avnon, M. (1997-8). Explorations in virtual reality: absorption, cognition and altered state of consciousness. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 141-151.
- Glicksohn, J., Salinger, O., y Roychman, A. (1992). An exploratory study of syncretic experience: eidetics, synaesthesia and absorption. *Perception*, 21, 637-642.
- Glickshon, J., Steinbach, I., y Elimalach-Malmilyan, S. (1999). Cognitive dedifferentiation in eidetics and synaesthesia: Hunting for the ghost once more. *Perception*, 28, 109-120.
- Glickson, J y Barret, T.R. (2003). Absorption and hallucinations. *Applied Cognitive Psychology*, 17, 833-849.
- Glisky, M. L., Tataryn, D. J., Tobias, B. A., Kihlstrom, J. F., y McConkey, K.M. (1991). Absorption, openness to experience, and hypnotizability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 263-272.
- Golub, D. (1995). Cultural variations in multiple personality disorder. En L. Cohen, J. Berzoff y M. Ellin (Eds.), *Dissociative identity disorder* (pp. 285-327). Nortirvale, NJ.: Aronson.

- Goodman, E (1988). *How about demons?* Indiana: Indiana University Press.
- Grady, K.E. y Wallston, B.S. (1988). *Research in health care setting*. Newbury Park: Sage.
- Hilgard, E. R. (1986). *Divided consciousness*. New York: Wiley.
- Hoffman, R. E. (1986). Verbal hallucinations and language production processes in schizophrenia. *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 503–548.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2da edición). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horselenberg, R., Merckelbach, H., Muris, P., Sijsehaar, M., y Spaan, V. (2000). Imagining fictitious childhood events: the role of individual differences in imagination inflation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 128-137.
- Hyman, I. E., y Billings, F. J. (1998). Individual differences and the creation of false memories. *Memory*, 6, 1-20.
- James, W. (1892). *Psychology: Briefer Course*. New York: Henry Holt.
- Kihlstrom, J. E., y Hoyt, I. P. (1990). Repression, dissociation, and hypnosis. En J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 181-208). Chicago: University of Chicago Press.
- Kim, J. y Mueller, C.W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Newbury Park: Sage.
- Kinzie, J. D. (1989). Post-traumatic stress disorder. En H. I. Kaplan, y B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Vol. 1, 5ta edición (pp. 1000–1008). Baltimore: Williams y Wilkins.
- Launay, G., y Slade, P. (1981). The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221–234.
- Lawrence, T., Edwards, C., Barraclough, N., Church, S., y Hetherington, F. (1995). Modelling childhood causes of paranormal belief and experience: childhood trauma and childhood fantasy. *Personality and Individual Differences*, 19, 209-215.
- Lynn, S. J., y Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist*, 43, 35–44.
- Martinez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 333-348.
- Martinez-Taboas, A. (2001). Dissociative experiences and disorders: A review. *International Journal of Parapsychology*, 12, 131-162.
- Merckelbach, H., Muris, P., Horselenberg, R., y Stougie, S. (2000). Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Personality and Individual Differences*, 28, 49–58.
- Parra, A.; Adrover, F. & González, G. (2006). Estudio exploratorio de la experiencia alucinatoria: Comparación entre población clínica y no-clínica. En A. Trimboli, J.C. Fantin; S. Raggi y P. Fridman (Eds.), *Encrucijadas actuales en salud mental: Primer Congreso Argentino de Salud Mental* (pp. 258-267) Buenos Aires: Akadia.
- Pitblado, C., y Sanders, B. (1991). Reliability and short term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In B. Braun (Ed.), *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality/Dissociative States* (p. 19). Chicago, IL: Rush Presbyterian-St. Luke's Medical Center.
- Platt, R. D., Lacey, S. C., Iobst, A. D., y Finkelman, D. (1998). Absorption, dissociation, and fantasy-proneness as predictors of memory distortion in autobiographical and laboratory-generated memories. *Applied Cognitive Psychology*, 12, S77–S89.
- Posey, T. B., y Losch, M. E. (1983). Auditory hallucinations of hearing voices in 375 normal subjects. *Imagination, Cognition and Personality*, 3, 99–113.
- Putnam, E. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Putnam E. W. y Carlson, E. B. (1998). Hypnosis, dissociation, and trauma: Myths, metaphors, and mechanisms. En J. D. Bremner y C. R. Marmar (Eds.), *Trauma, memory and dissociation* (pp. 27-56), Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rader, C., y Tellegen, A. (1987). An investigation of synesthesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 981–987.
- Ray, W. J. (1996). Dissociation in normal populations. En L.Y. Michelson y W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 51-66). New York: Plenum.
- Roche, S. M., y McConkey, K.M. (1990). Absorption: nature, assessment, and correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 91–101.
- Ross, C. A., (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical feature, and treatment*. New York: Wiley.
- Ross, C.A.; Norton, G.R.; y Anderson, G. (1988). The Dissociative Experiences Scale: A replication study. *Dissociation*, 1(3), 21-22.
- Ross, C. A., Joshi, S., y Currie, R. (1991). Dissociative experiences in the general population: A factor analysis. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 297–301.

- Ross, C. A., Ellason, J. W., y Anderson, G. (1995). A factor analysis of the Dissociative Experiences Scale (DES) in dissociative identity disorder. *Dissociation*, 8, 229–235.
- Sarbin, T. R., y Juhasz, J. B. (1967). The historical background of the concept of hallucination. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 5, 339–358.
- Sargant, W. (1957). *Battle for the mind: A physiology of conversion and brain-washing*. New York: Doubleday.
- Sidgwick, H. (1894). Report of the census of hallucinations. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 10, 25–422.
- Slade, P. D., y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Tellegen, A. (1982). *Multidimensional Personality Questionnaire*. University of Minnesota.
- Tellegen, A., y Atkinson, G. (1974). Openness to absorbing and self-altering experiences ('absorption'), a trait related to hypnotic susceptibility. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 268–277.
- Van der Kolk, B., y van der Hart, O. (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1530–1540.
- Waller, N. G., Putnam, E. W., y Carlson, E. B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300–321.
- West, D. J. (1948). A mass-observation questionnaire on hallucinations. *Journal of the Society for Psychical Research*, 34, 187–196.
- Wilson, S. C., y Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. En A. A. Sheikh (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and application* (pp. 340–382). New York: John Wiley.