

LAS EXPERIENCIAS EXTRACORPÓREAS Y LAS EXPERIENCIAS ALUCINATORIAS: RELACIÓN CON VARIABLES COGNITIVAS Y PERCEPTUALES

Alejandro Parra*
Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires
Facultad de Psicología

Recibido: 02 de enero de 2008

Revisado: 22 de mayo de 2008

Aceptado: 30 de junio de 2008

RESUMEN

La experiencia fuera del cuerpo (EFC) se define como una experiencia mediante la cual el “yo” o centro de conciencia parece ocupar una posición remota respecto a su propio cuerpo. Un total de 648 estudiantes de psicología que incluyó 78% de mujeres y 24% de hombres, completaron un número de escalas para comparar los puntajes de ambos grupos (con EFC N = 132 vs sin EFC N = 516). Los resultados mostraron mayor esquizotipia cognitivo-perceptual, absorción, disociación, propensión a la fantasía, tendencia a alucinar, imaginería visual en individuos que tienen EFC en comparación con un grupo control. La incidencia de tales experiencias incluye a individuos que han señalado los efectos benéficos de las EFCs como un modo adaptativo al estrés postraumático.

Palabras clave: Experiencia fuera del cuerpo, absorción/disociación, imaginería, esquizotipia cognitivo-perceptual.

ABSTRACT

Abstract. An out-of-body experience or OBE is one in which the “self” or center of awareness seems to the experient to occupy temporarily a position that is spatially remote from his or her body. A total of 648 undergraduate students population included 76% females and 24% males, and who completed a number of scales. Data for experients of OBE were compared with data for those who did not (experients N= 132 vs. non-experients N= 516). The results showed a higher level of cognitive-perceptual schizotypy, absorption, dissociation, fantasy and hallucination proneness, and visual imagery in OBErs than in non-OBErs. This study suggest that the dissociational model of OBE. Anomalous perceptual experiences and some subjects report beneficial effects from OBEs in an adaptive way.

Keywords: Out-of-body Experience, Absorption/Dissociation, Fantasy Proneness, Visual Imagery, Cognitive-Perceptual Schizotypy.

De acuerdo a Irwin (1985), la experiencia de salir del cuerpo o “experiencia fuera del cuerpo” (EFC) se define como una experiencia mediante la cual el “yo” o el centro de conciencia parece ocupar –para quien la experimenta– una posición remota respecto a su propio cuerpo (Alvarado, 1986; Alvarado y Zingrone, 1999; Irwin, 1985; Palmer, 1979). La EFC, o la sensación de estar ubicado y percibir el entorno desde una posición diferente desde donde se encuentra el cuerpo físico, ha sido tema de enorme interés en los últimos años.

Las EFCs parecen ocurrir en un gran porcentaje de personas en la población en general. Las encuestas que han incluido esta pregunta muestran valores en torno al 15% (Palmer, 1979; Blackmore, 1984), mientras que la misma pregunta en muestras de estudiantes parecen producir una tasa mayor, aproximadamente el 25% (Myers, Austrin, Grisso, y Nickeson., 1983; Irwin, 1985, Gómez Montanelli y Parra, 2003; Zangari y Machado, 1996). Palmer (1979), en una encuesta en residentes de la ciudad de Charlottesville, en Virginia, encontró que el 25% de los estudiantes y el 14% de residentes, manifestaron haber tenido al menos una EFC. Además, el 20% de quienes dijeron haber tenido EFC, al menos una había sido inducida

voluntariamente. En la mayoría de los casos, la experiencia simplemente da la impresión repentina de que uno está “fuera” del cuerpo. En una EFC típica, los individuos se encuentran a si mismos instantáneamente exteriorizados en inmediata vecindad a sus propios cuerpos, mirando el entono desde abajo y percibiéndose de manera vívida, de forma aparentemente realista. La impresión de pasar por un espacio oscuro y penetrar un dominio transcendente aparece solamente en el 20% hasta el 25% de todas las EFC, siendo la más común la EFC que se presenta bajo circunstancias que ponen en peligro la vida del individuo (Gabbard, Twemlow, y Jones, 1981).

De acuerdo a Crookall (1961), se puede hacer una distinción entre las EFCs espontáneas y las inducidas. Las experiencias espontáneas pueden ocurrir bajo condiciones anormales, como por ejemplo, estar cansado, una enfermedad, la cercanía a la muerte, o normales (p.ej. durmiendo, o mientras se está meditando, orando o en bajo un estado de relajación). La EFC inducida puede ocurrir bajo condiciones causadas por drogas, sofocación, shocks emocionales y físicos, hipnosis o la inducción voluntaria de la experiencia. Crookall cuestiona esta distinción, enfatizando que es difícil determinar todas las

*rapp@fibertel.com.ar

circunstancias bajo las cuales puede ocurrir una EFC. Por lo tanto, esta taxonomía parece ser demasiado simple y no refleja la complejidad de las influencias contextuales que la pueden provocar.

Algunos de quienes tuvieron EFC manifestaron una exteriorización del yo de forma definida. A estos casos se aplica la categoría de “experiencia parasomática”, que en la literatura ocultista se denomina “cuerpo astral”. De acuerdo a una encuesta de Irwin (1985, p. 114), los porcentajes de estas formas parasomáticas varían entre el 15 y el 84%; pero en promedio, una leve mayoría de EFCs son parasomáticas, y casi el 90% de las EFCs son visuales (Green, 1968, pp. 67-68). De acuerdo a quienes la han experimentado, de algún modo pueden controlar el contenido de la EFC (Irwin, 1985, p. 100).

Se ha sugerido un número de características de personalidad en particular, o estilos de respuesta, que podrían estar asociadas a la EFC. Las características de personalidad relacionadas con esta experiencia incluyen la tendencia a sentirse aislados socialmente, o diferentes de los otros a temprana edad, cualidades de liderazgo, agresividad, y búsqueda de sensaciones o riesgos. Algunos estudios han mostrado una relación cercana entre la EFC y variables de personalidad (ver Irwin, 1985), como la propensión a la esquizotipia (McCreery y Claridge, 1995; Tobacyk, Wells, y Millar, 1998), y algunas de las dimensiones de personalidad del modelo penta-factorial (por ej. “Apertura a la experiencia” del NEO-PI) (Alvarado, Zingrone, y Dalton, 1996), la absorción (Glicksohn, 1990; Irwin, 1980) y las tendencias disociativas (Myers, Austrin, Grisson, y Nickeson, 1983; Richards, 1991).

Como la experiencia parece ser puramente cognitiva; esto es, el contenido de la EFC puede ser controlado simplemente por la intención mental, la experiencia se caracteriza por un estado de vigilancia relajada, claridad mental, y concentración sin esfuerzo. Por lo tanto, se presenta como un estado de conciencia de elevada absorción (Maitz y Pekala, 1991), pueden desencadenarse como consecuencia de circunstancias que ponen en riesgo la vida del individuo, y hay una disminución del temor a la muerte (Irwin 1988; Osis, 1979) que resulta luego en una justificación a la existencia de vida después de la muerte (Irwin, 1988). La EFC normalmente se interpreta en términos espirituales, si quien la experimento tenía creencias religiosas previas, o si la experiencia ocurrió en un contexto de amenaza para la vida (Gabbard, Twemlow, y Jones, 1981), pero la EFC normalmente no produce conversiones religiosas en individuos no creyentes o ateos (Irwin, 1985, pp. 215-216; Palmer, 1979, p. 245). La mayoría de quienes tuvieron una EFC creen que la experiencia resulta beneficiosa, proporciona una mejor comprensión de sí mismo/a, y aumenta la capacidad de reconocer un estado alterado de conciencia, la cual abre la

posibilidad de la existencia de “realidades alternativas”. De hecho, a la mayoría le gustaría volver a tener otra EFC (Gabbard y Twemlow, 1984; Irwin, 1988; Osis, 1979).

Ha habido muchas especulaciones acerca de la etiología de las EFCs (Black, 1975; Ehrenwald, 1974, Grosso, 1976; Palmer, 1979), pero por lo general uno podría adoptar una u otra categoría. Por ejemplo, las teorías separacionistas dicen que durante una EFC un elemento no-físico de nuestra existencia (se emplean términos tales como cuerpo astral, psique, agente theta, etc.) deja el cuerpo físico y “viaja” a un lugar remoto desde el cual se puede “percibir” el mundo. La conciencia se experimenta como espacialmente localizada fuera del cuerpo físico, siendo en esencia alucinatoria. La veridicabilidad de muchas EFCs indica que en estos casos, en particular el estado de conciencia bajo una EFC, facilitó una forma de percepción extrasensorial del entorno, físicamente inaccesible para el individuo. Por lo tanto, y de acuerdo a muchas teorías psicológicas, la EFC podría requerir la mediación de alguna forma de información extrasensorial por medio de una alucinación.

Debemos advertir que no necesariamente las teorías separacionistas y las psicológicas son mutuamente excluyentes. La mayoría de los defensores del abordaje psicológico consideran que no es necesario postular la separación de un cuerpo “astral” durante la EFC. Sin embargo, el elemento común de la psicología de la experiencia es que la percepción desde un lugar remoto tiene fundamentalmente una naturaleza alucinatoria. Esto significa que las personas que han tenido tales experiencias son hábiles en su capacidad de imaginar/alucinar y fantasear.

A este respecto, han habido algunas investigaciones acerca de la intensidad de la imaginación visual de las EFCs, pero no está dicha aun la última palabra. Por ejemplo, Palmer y Vassar (1974) observaron una relación positiva entre la veridicabilidad de las EFCs inducidas experimentalmente y los puntajes del Betts Questionnaire of Mental Imagery (QMI; see Sheehan, 1967). La habilidad de generar representaciones visuales es solo una parte de la imaginación mental; la otra es si el individuo está inclinado a confiar en la imaginación visual o en alguna otra forma de representación informacional de tareas ideacionales cotidianas. Se podría esperar que si la EFC fuera simplemente una experiencia de la imaginación, esto requeriría cierta destreza en los procesos de imaginación para “conjurar” una imagen vívida del propio cuerpo y del entorno inmediato, tal como aparecen si fueran observados desde un punto cerca del techo.

Irwin (1981) estudió la EFC en relación al estilo cognitivo de absorción, que se describe como la capacidad de tener episodios de atención y compenetración sostenida por representaciones imaginativas. Durante estos episodios, los individuos quedan totalmente absorbidos en su experiencia, en un estado de

“total involucramiento de los recursos perceptuales, motores, imaginativos e ideacionales de representación unificada del objeto atencional” (Tellegen y Atkinson, 1974). Irwin encontró que individuos con altos niveles de absorción son más susceptibles a la técnica de inducción de una EFC. El primer punto de unión formal entre la experiencia disociativa y las EFCs podría verse como una relación positiva consistente entre las EFCs y las experiencias de absorción (Alvarado y Zingrone, 1997; Irwin, 1985).

Por ejemplo, Zingrone y Alvarado (1994) y Richards (1991) encontraron una evidencia marginalmente significativa de asociación positiva entre la EFC, tanto espontáneas como inducidas, y puntajes elevados de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bernstein and Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993). De hecho, uno de los ítems de la DES es “... estar parado al lado de uno mismo o mirándose a si mismo como si estuviese cerca de su propio cuerpo.” Para Beere (1995) y Sanders (1989) hay una relación positiva entre ver el propio cuerpo desde una perspectiva externa y la frecuencia de experiencias traumáticas: “Las experiencias disociativas pueden ocurrir espontáneamente como una respuesta adaptativa a una situación de tensión extrema, prolongada e inevitable. Por ejemplo, una violación sexual puede desencadenar una experiencia de sentirse a si mismo fuera del cuerpo” (Sanders, 1989, pp. 21-22). Sin embargo, la propensidad a tener una EFC quizá pueda ser explicada no a causa de un trauma inmediato, sino como una “respuesta al trauma” a lo largo de la vida de un individuo. Una persona puede acostumbrarse a utilizar la EFC como un mecanismo de defensa a todos los tipos de traumas cuyo patrón de respuesta han aprendido a generalizar hacia situaciones que pueden o no ser traumáticas, lo cual explicaría la propensidad a tener EFCs después del trauma original (Alvarado, 1997; Irwin, 1996)

Además, los sujetos que tuvieron EFCs espontáneas tienden a tener un nivel más elevado de actividad imaginativa/fantasia o propensidad a la fantasía, lo cual es coherente con la perspectiva de Wilson y Barber (1982) de que las características de personalidad de estos individuos apoyan las ideas de Blackmore (1978) y Siegel (1980) según las cuales aquellos individuos que tienen EFC pueden tener una fantasía alucinatoria, fácil de producir para aquellos propensos a fantasear. Personas que están más atentas a sus procesos mentales quizá sean más abiertos a recordar las fantasías de su infancia. En un sentido clínico, los pacientes que son propensos a fantasear, así como también estar profundamente absortos en eventos con personalidad internalizada, curiosa, intelectual, y estable pueden tener EFCs. Stanford (1987) también sugirió que varios de los tipos de fantasía infantil estaban relacionados con las circunstancias que rodean a la EFC. Wilson y Barber (1982) estudiaron la personalidad

propensa a fantasear entrevistando a 27 mujeres voluntarias que fueron agrupadas como “alta hipnotizabilidad” y como “baja hipnotizabilidad”. El 88% del primer grupo, a diferencia del 8% del grupo control, indicaron haber tenido EFCs.

Blackmore (1978) analizó una serie de estudios y concluyó que la EFC debe ser vista como una fantasía alucinatoria, especialmente a causa de las siguientes características: (1) percepciones imaginarias, (2) errores en la percepción, (3) distorsiones perceptuales, (4) viajes instantáneos a otros lugares, y (5) fantasías de percepción del yo (como carentes de cuerpo). Siegel (1980) sugirió que la persona no necesariamente está confundida, ni padece delirios, para experimentar estas alucinaciones, y que las alucinaciones típicamente son “tan reales como la realidad” y a veces, “más reales que la realidad misma.” Además, Siegel analizó casos del tipo “experiencias cercanas a la muerte” y coincidió con el modelo de fantasía alucinatoria de Blackmore. Aunque muchas experiencias cercanas a la muerte no aparecen acompañadas por EFCs, la experiencia simultánea de ambos fenómenos es suficientemente frecuente como para sugerir que alguna forma de actividad alucinatoria subyace a la EFC.

La esquizotipia también puede estar correlacionada con una variedad de experiencias anómalas, incluyendo a la EFC. McCreery y Claridge (1995) observaron que quienes tuvieron EFCs puntúan significativamente alto en esquizotipia, aberración perceptual, ideación mágica, y sinestesia que los que no han tenido EFCs, mientras que un grupo control correlacionó en anhedonia (imposibilidad de sentir placer) en comparación con quienes tuvieron EFC. Presumiblemente, quienes tuvieron EFCs pueden ser clasificados como individuos con esquizotipia positiva, capaces de alterar la conciencia y aplicar estilos inusuales de procesamiento perceptual, sin sufrir de síntomas displacenteros. Recientemente, Wolfradt y Watzke (2005) investigaron las diferencias entre individuos con y sin EFCs utilizando el SPQ de Raine. Los resultados mostraron que aquellos que deliberadamente auto-inducían EFCs puntuaba alto en esquizotipia, pero también en despersonalización, en comparación con quienes no tenían EFC.

Por estas razones, creo que la EFC es parte de la experiencia humana, y como tal merece ser estudiada en función de relacionar las EFCs con sus posibles componentes psicológicos y paranormales. Mi perspectiva es coherente con el planteo de Palmer (1979) y Alvarado y Zingrone (1997, 1999) acerca de la importancia de distinguir modelos convencionales de explicación, aunque poco se conoce acerca de los factores psicológicos y los procesos que subyacen a las EFCs. Sin embargo, hay indicadores, en la literatura psicológica, parapsicológica y psiquiátrica, de variables cognitivas (mentales) que merecen ser estudiadas.

HIPÓTESIS

¿Por qué algunas personas tienen experiencias fuera del cuerpo y otras no? Este informe estudiará un número de estilos cognitivos (variables) tales como la absorción psicológica, las tendencias disociativas, la propensión a la fantasía, la intensidad de la imaginación (particularmente asociadas a la EFC, por ej. visual y cinética), la propensión a alucinar (modalidad visual y táctil), y el estilo de personalidad propenso a la esquizotipia. Se ponen a prueba cuatro hipótesis específicas: que los estudiantes que tienen EFC puntuarán más alto en (1) absorción, disociación, y propensión a la fantasía, (2) intensidad de la imaginación, (3) propensión a alucinar, (4) y esquizotipia cognitivo-perceptual, desorganizada e interpersonal, en comparación con quienes no han tenido EFC.

MÉTODO

Participantes

La muestra incluyó 648 estudiantes de psicología de ambos sexos, 494 (76%) mujeres y 154 (24%) varones, cuya 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

Los estudiantes completaron seis escalas, cinco de éstas de experiencias perceptuales: la Escala de Imaginación (QMI) (Sheehan, 1967; Richardson, 1990; alfa de Cronbach = .77) un inventario de 35 ítems que mide la intensidad de la imaginación en una escala Likert 1-7, siendo 1 alta imaginación y 7 baja imaginación, en siete modalidades sensoriales (sólo dos se usaron: visual, por ej. "El sol poniéndose en el horizonte", y cinética, por ej. "Alcanzar un estante alto"), el Cuestionario de Alucinaciones (CEA) (Parra, Adróver y González, 2006; alfa de Cronbach = .93) que mide la propensión a alucinar en seis modalidades sensoriales de 38 ítems con una escala Likert 0-5, siendo 1 rara vez a 5 frecuentemente (sólo dos se usaron: visual, por ej. "He visto sombras, o figuras humanas o no-humanas cerca de mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen" y táctiles, por ej. "He tenido la experiencia de sentir una palmada en mi hombro, o cualquier otra sensación vívida de contacto físico de otra persona detrás mío, pero cuando me doy vuelta no veo a nadie"), y el Cuestionario de Experiencias Creativas (CEQ) (Merckelbach, Horselenberg y Muris, 2000; 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 ej., "Cuando veo escenas de violencia por televisión, me siento tan involucrado en éstas que me provoca mucha inquietud"), y

la Escala de Absorción de Tellegen (TAS) (Tellegen y Atkinson, 1974; 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 ej. "Cuando escucho música de órgano u otra música imponente a veces siento como si me estuvieran levantando en el aire").

Se empleó también la Escala de Experiencias Disociativas (DES-II) (Bernstein y Putman, 1993) 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 ej. "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"), El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para el DES-II fue de 0.93 y la fiabilidad test-retest de 0.87 para la versión en español. Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con otras escalas y entrevistas estructuradas fue de 0.67 en el trabajo de van Ijzendoorn y Schungel, de 0.63 comparada con la Perceptual Alternations Scale, de 0.54 con la Tellegen Absorption Scale, y de 0.80 con el Questionnaire of Experiences of Dissociation. En cuanto a entrevistas semiestructuradas, la correlación con la Structured Clinical Interview for DSM Dissociative Disorders (SCID-D) fue de 0.76, y con la Dissociative Interview Schedule (DDIS) de 0.68. El cuestionario mostró, un adecuado poder discriminante, mediante análisis ROC: una puntuación ≥ 30 identificó correctamente al 74% de los pacientes con trastorno disociativo según la DSM y al 80% de los pacientes sin trastorno disociativo según el DSM; así mismo, los sujetos sin trastorno disociativo según la DSM y con una puntuación ≥ 30 , el 61% tenían otro tipo de trastorno disociativo o un síndrome de estrés posttraumático (ver van Ijzendoorn M, Schuengel C, 1996; Sanders, 1986; Tellegen A, Atkinson, 1974).

Se empleó también una medida de rasgos de personalidad el Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) (Raine, 1991; Raine, 1992, Raine y Baker, 1992; Raine y Benishay, 1995; alfa de Cronbach = .91) una escala tri-factorial de 74 ítems de respuesta dicotómica sí/no que mide estilos de pensamiento esquizotípicos: factor Cognitivo perceptual (por ej. "¿Alguna vez ha visto cosas que para los demás son invisibles?" o "¿Son sus pensamientos a veces tan fuertes que usted casi podría escucharlos?"), Interpersonal (por ej. "Tengo poco interés en conocer a otras personas" o "Soy muy pobre al expresar mis verdaderos sentimientos por el modo en el que hablo y miro"), y Desorganizado (por ej. "Otras personas me ven como desatento o excentrico" o "A veces utilizo palabras de un modo inusual").

En general, un valor alfa de Cronbach de .60 es una medida aceptable de confiabilidad (Grady y Wallston, 1988; Kim y Mueller, 1978). Las medidas de alfa corresponden a la versión en español de cada escala.

Respecto a la Experiencia Fuera del Cuerpo, se formuló la pregunta (basada en la encuesta de Palmer, 1979) de la siguiente manera: “¿Ha tenido alguna experiencia en la cual usted ha sentido que se encuentra a sí mismo “fuera de su cuerpo” o alejado de su cuerpo físico, es decir, tener la sensación que su mente conciente, está en un lugar diferente que su cuerpo físico? (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

El set de tests autoadministrables fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante, en forma contrabalanceada, durante una clase de la cursada teórica. El tiempo promedio para completar los cuestionarios fue de 50 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. 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. Se aplicó una técnica de muestreo no-probabilística. Los análisis fueron procesados mediante el SPSS 11.5 (en español) y los análisis estadísticos fueron evaluados a dos colas.

RESULTADOS

En base a las respuestas obtenidas para la pregunta de EFC se conformaron dos grupos. Para agrupar a quienes tenían EFC o “experientes” [N = 132 (20.3%); 38 (28.8%) varones y 94 (71.2%) mujeres] se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy frecuentemente). Para agrupar a quienes no tuvieron EFC (“no experientes”) [N = 516 (79.7%), 116 (22.7%) varones y 396 (77.3%) mujeres] se empleó sólo la respuesta “Nunca”.

Tabla 1: Experiencias de fuera del cuerpo: Frecuencia, explicación e impacto emocional

	Respuesta afirmativa	N (%)
Frecuencia	Una vez	54 (40.9)
	A veces	71 (53.8)
	Frecuentemente	7 (5.3)
Explicación	Racional/Explicable	39 (29.5)
	Desconozco	61 (46.2)
	Paranormal/inexplicable	32 (24.3)
Impacto emocional	Media (1-7)(1) – SD	3.17 – 1.94

⁽¹⁾ 1 negativo - 7 positivo impacto emocional.

Tabla 2: Comparación de las medidas psicológicas de estudiantes con EFC con aquellos que no las tuvieron (a).

VARIABLES	Grupos	Media	SD	U de Mann-Whitney	z
TAS	No-experientes	23.31	13.24	11255.50	4.91***
	Experientes	30.20	13.06		
DES	No-experientes	31.40	15.22	10702.50	4.50***
	Experientes	40.80	15.95		
CEQ	No-experientes	22.69	11.54	11729	5.40***
	Experientes	28.06	11.72		
QMI-KI	No-experientes	13.86	6.73	15009.00	1.61
	Experientes	12.84	6.18		
QMI-VI	No-experientes	12.60	6.73	14512.00	2.05**
	Experientes	11.43	5.97		
CEA-VH(b)	No-experientes	1.46	2.39	12600.50	4.13***
	Experientes	3.31	4.47		
CEA-TH(b)	No-experientes	1.36	2.02	11991.00	4.61***
	Experientes	3.69	3.58		
SPQ-CP	No-experientes	7.17	4.67	10971.00	5.17***
	Experientes	10.41	4.83		
SPQ-I	No-experientes	5.39	3.49	14631.50	1.28*
	Experientes	6.04	3.63		
SPQ-D	No-experientes	8.12	4.79	15385.00	1.95*
	Experientes	7.50	4.60		

*p < .05; **p < .01; ***p < .001 (Todos los valores de p a dos colas).

(a) TAS= Absorción (Media = 24.41; SD= 13.48; Mediana = 21.87); BIS-KI=Imaginería kinética; BIS-VI=Imaginería visual; CP-SPQ= Esquizotipia Cognitivo-perceptual (Media = 7.87; SD = 4.93; Mediana = 7.00); D-SPQ = Desorganizada (Media = 7.87; SD = 4.93; Mediana = 7.00); I-SPQ = Interpersonal (Media = 7.87; SD = 4.93; Mediana = 7.00); DES = (Media = 32.86; SD = 15.79; Mediana = 31.60); y CEQ= Propensidad a la Fantasía (Media = 32.86; SD = 15.79; Mediana = 31.60).

(b) Respuesta si-no (1-0).

Absorción, Disociación, y Propensidad a la Fantasía: La Hipótesis 1 era que los estudiantes con EFC puntuarían más alto en Absorción (medido con el TAS) que quienes no tuvieron EFC, Propensidad a la fantasía (medido con el CEQ), y Disociación (medido con el DES), la cual se confirmó: quienes tienen EFCs puntuaron significativamente más alto (TAS z = 4.91, p < .001, a dos colas; CEQ z = 5.40, p < .001, a dos colas; y DES z = 4.50, p < .001, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 2).

Intensidad de la Imaginería. La Hipótesis 2 era que los estudiantes con EFC puntuarían más alto en Imaginería visual e Imaginería kinética (medidos con el QMI) que quienes no tuvieron la EFC, la cual se confirmó sólo para la modalidad

visual: quienes tienen EFCs puntuaron levemente más alto (VI $z = 2.05$, $p < .01$, a dos colas) que quienes no la tuvieron, pero no fue significativa para la modalidad kinética (ver Tabla 2).

Propensidad a alucinar. La Hipótesis 3 era que los estudiantes con EFC puntuarían más alto en propensidad a alucinar (medidos con el CEA) que quienes no tuvieron EFC, la cual se confirmó: quienes tienen EFCs puntuaron significativamente más alto (VH $z = 4.13$, $p < .001$, a dos colas; TH $z = 4.61$, $p < .001$, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 2).

Personalidad esquizotípica. La Hipótesis 4 era que los estudiantes con experiencias puntuarían más alto en el factor cognitivo-perceptual, desorganizado e interpersonal (medidos con el SPQ) que quienes no tuvieron EFC, la cual se confirmó sólo para el factor cognitivo-perceptual ($z = 5.17$, $p < .001$, a dos colas), pero no fue significativa para los factores desorganizado e interpersonal (ver Tabla 2).

Los datos también se analizaron con las diez variables –absorción, disociación, propensidad a la fantasía, imaginería visual, imaginería kinética, alucinación visual, alucinación táctil, y esquizotipia cognitivo-perceptual, desorganizada e interpersonal– consideradas en conjunto. Las diez variables, juntas, mostraron una gran diferencia entre quienes tuvieron EFC y quienes no. Las puntuaciones medias para quienes tuvieron EFC fue significativamente más altas que las puntuaciones de quienes no las tuvieron.

Para explorar la diferencia de géneros, se dividió en masculino/femenino y experientes/no-experientes, y se examinó el número de individuos que obtuvo puntuaciones sobre o por encima de la media, utilizando el test de probabilidad exacta de Fisher. El análisis de la frecuencia de las medidas psicológicas para los hombres en comparación con las mujeres no fue significativo en conjunto, así como también los experientes en comparación con los no-experientes examinados por separado. La diferencia entre ambos grupos no fue significativa. En otras palabras, no se encontró evidencia en cuanto a la diferencia por género en el conjunto de datos.

Análisis de Regresión Logística

¿Cuáles de las diez variables predicen mejor entre el grupo de EFC y quienes no tuvieron la experiencia? Se llevó a cabo un análisis de Regresión Logística binaria para buscar el principal predictor. Parcialmente debido a un problema de colinealidad, después de verificar los requerimientos de la técnica, se llevó a cabo un análisis por el método de pasos hacia adelante de Wald. Para reducir la colinealidad, se excluyeron del análisis de regresión algunas variables.

De la muestra de 648 participantes, los resultados del mejor

modelo (Paso 2) mostró que Alucinación táctil era el mejor predictor para EFC (si/no) [$\chi^2 = .18$, Wald = 14.26; $gI = 1$; $p < .001$; Exp(B) = 1.22; R2 de Nagelkerke's = .118], y en segundo orden Esquizotipia cognitivo-perceptual como predictora [$\chi^2 = .08$, Wald = 8.84; $gI = 1$; $p < .05$; Exp(B) = 1.09; R2 de Nagelkerke = .149], pero ambas en un grado moderado. Esto sugiere que la Esquizotipia cognitivo-perceptual puede estar por debajo de la diferencia entre ambos grupos. De los dos predictores, solamente Alucinación táctil tuvo una Beta levemente significativa (.20); mientras que el resto de las variables no resultaron predictoras. Sin embargo, la EFC parece ser una variable continua en el sentido de que la experiencia puede ocurrir más de una vez. Un análisis de la frecuencia del impacto emocional (Media = 3.17; SD = 1.94, siendo 1 positiva a 5 negativa) no resultó significativa.

DISCUSIÓN

Este estudio examinó las diferencias entre individuos con EFC y sin EFC a partir de diferentes medidas perceptuales y comportamentales. Los resultados mostraron un mayor nivel de esquizotipia cognitivo-perceptual, alta absorción, tendencias disociativas, intensidad de la imaginería visual, propensidad a fantasear y a alucinar en individuos que indican tener frecuencia de EFCs en comparación con quienes no las han tenido, muy cercano al estudio de Palmer (1979). Estos resultados sugieren el modelo disociacional de las EFCs, el cual asume que los procesos disociativos subyacentes –tales como la absorción, la propensidad a la fantasía y modalidad perceptual de la esquizotipia– están de algún modo asociados con la EFC. Irwin (1985) sugirió que la EFC se caracteriza por una disrupción del sentido corporal normal, que conduce a sensaciones somatoestésicas.

Estos procesos requerirían de cierta capacidad de absorción para involucrarse en una experiencia nueva y una disociación de las sensaciones somáticas. Pero la EFC no necesariamente tiene un significado psicopatológico para el individuo. McCreery y Claridge (2002) enfatizaron que los individuos que tienen EFCs son sensibles a tener experiencias cenestésicas y perceptuales anómalas, pero de ninguna manera pueden ser etiquetados como neuróticos ni psicóticos en comparación con quienes no tienen EFC. Además, en este estudio, es claro que la dimensión cognitivo-perceptual de la esquizotipia, la disociación y la absorción, parecen estar presentes en la predisposición para experimentar EFC, que sustituye un modelo dicotómico por uno distribucional.

La incidencia del EFC fue de 20%, más elevada que la de los estudios que han empleado muestras de la población general (Blackmore, 1984; Palmer, 1979). Otros estudios han mostrado porcentajes de 30% (Alvarado y Zingrone, 1997), 28% (Irwin, 1996), 29% (Glickson, 1990), 31% (Blackmore,

1987; Zangari y Machado, 1996) y 28% (Gómez Montanelli y Parra, 2005). Además, ningún estudio previo (ver Irwin, 1985) ha mostrado relaciones significativas entre la incidencia de EFCs y variables demográficas, tales como género, edad o religión. Estos resultados también ofrecen un soporte a la presencia “normalizada” de determinadas vivencias y creencias paranormales en la población universitaria (Bentall, 1990; Dag, 1999; Heber, Fleisher, Ross, y Stanwick, 1989) (por ej. la precognición, ver Rattet y Bursik, 2001), así como una baja frecuencia de experiencias de despersonalización.

CONCLUSIONES

Un posible modelo teórico, es adoptar los términos “esquizotipia feliz” o “esquizotipia sana” sugeridos por McCreery y Claridge (2002), con manifestaciones propias de la psicosis pero sin contenido o consecuencia patológica. De este modo, estas características positivas, si bien son consideradas como parte de la personalidad esquizotípica, no son exclusivas de ésta, ni son sinónimo de psicopatología. Existe una asociación entre determinadas creencias paranormales y haber experimentado vivencias de este tipo. Asimismo, vivenciar experiencias de tipo cognitivo se asocia a mantener creencias paranormales.

Por lo tanto, aceptaríamos el término de esquizotipia feliz porque si bien se aprecian manifestaciones propias de la psicosis, no hay contenido o consecuencias patológicas. En efecto, en algunas personas se observan creencias paranormales y experiencias inusuales que no necesariamente cumplen el criterio de personalidad esquizotípica. Además, es preciso contextualizar el marco sociocultural (Sharpley y Peters, 1999) y las circunstancias particulares del individuo que manifiesta dichas creencias y experiencias para calificarlas como patológicas. A pesar de sus peculiaridades, estas personas pueden ser funcionales (y de hecho, si tomamos como referencia el nivel formativo en esta muestra, lo son) y tener una buena adaptación social. Será necesario que el resto de factores de la esquizotipia se combinen de un modo para dar lugar al perfil esquizotípico de vulnerabilidad a la esquizofrenia.

Hay estudios que han encontrado relaciones positivas entre las EFCs y una variedad de experiencias alucinatorias y experiencias de distorsión perceptual (Blackmore 1984; Mc Creery y Claridge, 1995). Irwin (1996) sugirió que bajo circunstancias normales, nuestro procesamiento sensorial de los estímulos kinestésicos y somatoestésicos sirven para mantener a la “conciencia”, o el pensamiento y la percepción de sí mismo, en el cuerpo físico.

La EFC puede tener importantes implicaciones clínicas, por ejemplo, algunos terapeutas podrían creer que aquellos pacientes que tienen EFCs (o cualquier otra posible experiencia anómala) (Tart, 1983a, 1983b, 1984, Gómez Montanelli y Parra, 2003)

pueden padecer algún trastorno mental o ilusorio. Por esta razón, las personas propensas a la fantasía temen al ridículo, y a menudo no narran a nadie sus experiencias. Indudablemente, el término alucinación tiene un contenido peyorativo debido a su casi exclusiva asociación con la enfermedad mental. Sin embargo, la amplia distribución de estas experiencias perceptuales en la población normal, sugiere que las experiencias no son parte de un síntoma de desintegración mental. Claridge (1995) ha enfatizado el lado positivo de la esquizotipia, que difiere del aspecto negativo de la esquizofrenia, sugiriendo que en un grado moderado, la esquizotipia podría ser de valor adaptativo.

Claramente, no es posible concluir que la EFC es patológica. La experiencia parece estar relacionada particularmente con aquellos aspectos de la disociación que afectan las vidas de las personas, a veces de manera negativa, dependiendo del contexto. Pero estos aspectos de la disociación pueden ser adaptativos para la habilidad cognitiva que subyace por detrás de los estados alterados de conciencia y una variedad de experiencias perceptuales y cuasi-perceptuales. Será necesario ampliar la presente investigación en relación con la disociación con muchas experiencias no patológicas, como los sueños y otros estados alterados de conciencia.

REFERENCIAS

- Alvarado, C. S. (1986). ESP during spontaneous out-of-body experiences: A research and methodological note. *Journal of the Society for Psychical Research*, 53, 393-397.
- Alvarado, C.S. (1997). Mapping the characteristics of out-of-body experiences. *Journal of the American Society Psychical Research*, 91, 15-32.
- Alvarado, C.S. y Zingrone, N. (1997). Out-of-body experiences and dissociation. In R. Wiseman (Ed.), *Proceedings of Presented Papers at the 40th Annual Convention of the Parapsychological Association*. (pp. 11-25).
- Alvarado, C. S., Zingrone, N. L., y Dalton, K. (1996). Out-of-Body-Experiences, psi experiences, and the Big Five: Relating the NEOPI-R to the experience claims of experimental subjects. Paper presented at the 39th Annual Convention of the Parapsychological Association, San Diego, CA.
- Alvarado, C. S., y Zingrone, N. L. (1999). Out-of-body experiences among readers of a Spanish New Age magazine. *Journal of the Society for Psychical Research*, 63, 65-85.
- Bentall, R. P. (1990). The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 107, 82-95.

- Beere, D. (1995). Dissociative reactions and characteristics of trauma: Preliminary tests of a perceptual theory of dissociation. *Dissociation*, 8, 175-202.
- Bernstein, E., y Putnam, F. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735.
- Black, D. (1975). *Ekstacy: Out-of-the-body experiences*. New York: Bobbs-Merrill.
- Blackmore, S. (1978). *Parapsychology and out-of-the-body experiences*. London: Transpersonal Books / Society for Psychical Research.
- Blackmore, S.J. (1984) A postal survey of OBEs and other experiences. *Journal of the Society for Psychical Research*, 52, 225-244.
- Blackmore, S.J. (1987). Where am I? Perspectives in imagery and the out-of-body experience. *Journal of Mental Imagery*, 11, 53-66.
- Carlson, E.B., y Putnam, F. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Claridge, G. S. (1995). *The origins of mental illness*. Cambridge, MA: Malor Books.
- Crookall, R. (1961). *The Study and Practica of Astral Projection*. London: Aquarian.
- Dag, I. (1999). The relationships among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences*, 26, 723-737.
- Ehrenwald, J. (1974). Out-of-the-body experiences and the denial of death. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159, 227-233.
- Gabbard, G. O. y Twemlow, S. W. (1984) *With the Eyes of the Mind: An Empirical Analysis of Out-of-Body States*. New York: Praeger.
- Gabbard, G.O.; Twemlow, S.W. y Jones, F.C. (1981). Do "near death experiences" occur only near death? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 374-377.
- Glicksohn, J. (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, 11, 675-683.
- Gómez Montanelli, D. y Parra, A. (2003). Un abordaje modelo para el procesamiento de las reacciones emocionales ante experiencias paranormales. *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, 14, 9-27.
- Gómez Montanelli, D. y Parra, A. (2005). ¿Las Experiencias Paranormales son psicológicamente perturbadoras? Una encuesta comparando estudiantes universitarios y aficionados a temas paranormales. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 285-294.
- Grady, K.E. y Wallston, B.S. (1988). *Research in health care setting*. Newbury Park: Sage.
- Green, C. E. (1968) *Out-of-the-Body Experiences*. London: Hamish Hamilton.
- Grosso, M. (1976). Some varieties of out-of-body experience. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 70, 179-193.
- Heber, A., Fleisher, W., Rooss, C. y Stanwick, R. (1989). Dissociation in alternative healers and traditional therapists: a comparative study. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 564-574.
- Irwin, H. J. (1980). Out of the body down under: Some cognitive characteristics of Australian students reporting OOBES. *Journal of the Society for Psychical Research*, 50, 448-459.
- Irwin, H.J. (1981). Soma psychological dimensions of the out-of-body experience. *Parapsychology Review*, 12(4), 1-6.
- Irwin, H. J. (1985) *Flight of Mind: A psychological study of the out-of-body experience*. Metuchen, NJ: Scarecrow Press.
- Irwin, H.J. (1988). Out-of-body experiences and attitudes to life and death. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 82, 237-251.
- Irwin, H. J. (1996). Childhood antecedente of out-of-body and déjà vu experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 90, 157-173.
- Kim, J. y Mueller, C.W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Newbury Park: Sage.
- Maitz, E.A. y Pekala, R.J. (1991). Phenomenological quantification of an out-of-body experience associated with a near-death event. *Omega*, 22, 199-214.
- McCreery, C., y Claridge, G. (1995). Out-of-the body experiences and personality. *Journal of the Society for Psychical Research*, 60, 129 -148.
- McCreery, C. y Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 141-154.
- Merckelbach, H., Muris, P., Horselenberg, R., y Stougie, S. (2000). Dissociative experiences, response bias, and fantasy

- proneidad en estudiantes de colegio. *Personality and Individual Differences*, 28, 49-58.
- Myers, S. A., Austrin, H. R., Grisso, J. T. y Nickeson, R. C. (1983). Personality characteristics as related to the out-of-body experience. *Journal of Parapsychology*, 47, 131-144.
- Osis, K. (1979). Insiders' views of the OBE: A questionnaire survey. In W.G. Roll (Ed.), *Research in Parapsychology 1978* (pp. 50-52). Metuchen, NJ: Scarecrow Press.
- Palmer, J. (1979). A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 73, 221-251.
- Palmer, J. y Vassar, C. (1974). ESP and out-of-body-experience. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 68, 257-280.
- Parra, A.; Adróver, F. y 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.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 556-564.
- Raine, A. (1992). Sex differences in schizotypal personality in a non-clinical population. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 361-364.
- Raine, A. y Baker, L. (1992) The Schizotypal Personality Questionnaire: Genetics, Psychophysiology. *Neuropsychology and Gender Differences*. Western Psychological Association, Portland, Oregon, April 30-May 3.
- Raine, A. y Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.
- Rattet, S. L. y Bursik, K. (2001). Investigating the personality correlates of paranormal belief and precognitive experience. *Personality and Individual Differences*, 31, 433-444
- Richards, D. G. (1991). A study of the correlation between subjective psychic experience and dissociative experiences. *Dissociation*, 4, 83-91.
- Richardson, A. (1990). *Mental imagery*. New York, NY: Springer.
- Sanders S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 95-102.
- Sanders, B., McRoberts, G., y Tollefson, C. (1989). Childhood stress and dissociation in a college population. *Dissociation*, 2, 17-23.
- Sharpley, M. S. y Peters, E. R. (1999). Ethnicity, class and schizotypy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 507-512.
- Sheehan, P. W. (1967). A shortened forms of Betts' Questionnaire upon Mental Imagery. *Journal of Clinical Psychology*, 23, 386-389.
- Siegel, R.K. (1980). The psychology of life after death. *American Psychologist*, 35, 911-931.
- Stanford, R. G. (1987). The out-of-body experience as an imaginal journey: The developmental perspective. *Journal of Parapsychology*, 51, 137-155.
- Tart, C. T. (1983a). The controversy about psi: Two psychological theories. *Journal of Parapsychology*, 46, 313-320.
- Tart, C. T. (1983b). Who's afraid of psychic powers? Me? *The Open Mind*, 1(3), 1-5.
- Tart, C. T. (1984). Acknowledging and dealing with the fear of psi. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 78, 133-143.
- 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.
- Tobacyk, J. J., Wells, D. H., y Miller, M. M. (1998). Out-of-body experiences and personality functioning. *Psychological Reports*, 82, 481-482.
- van Ijzendoorn M, Schuengel C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: meta-analytic validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365-382.
- Wilson, S.C., y Barber T.X. (1982). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A.A. Sheikh (Ed.) *Imagery: Current theory, research, and application*. New York: John Wiley.
- Wolfradt, U. y Watzke, S. (2005). Deliberate out-of-body experience, depersonalization, schizotypal traits, and thinking

style. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 93, 249-258.

Zangari, W., y Machado, F.R. (1996). Incidencia e importancia social de las experiencias psíquicas en los estudiantes universitarios brasileiros. *Revista Argentina de Psicología Paranormal*, 7, 19-35.

Zingrone, N.L. y Alvarado, C.S. (1994). Psychic and dissociative experiences: A preliminary report. *The Parapsychological Association 37th Annual Convention: Proceedings of Presented Papers*, pp. 489-501.