

**EXPERIENCIAS EXTRACORPÓREAS EN
RELACIÓN A LA PROPENSIÓN A ALUCINAR,
ESQUIZOTIPIA Y DISOCIACIÓN EN
ESTUDIANTES ARGENTINOS Y PERUANOS**

*EXTRACORPOREAL EXPERIENCES RELATING TO THE
PROPENSITY TO HALLUCINATE, SCHIZOTYPY AND
DISSOCIATION IN ARGENTINIAN AND PERUVIAN STUDENTS*

Alejandro Parra*

Luis Espinoza Paul**

Instituto de Psicología
Buenos Aires-Argentina

*Recibido 20 de diciembre 2008/Received december 20, 2008
Aceptado 15 de mayo 2009/Accepted may 15, 2009*

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. La experiencia parece estar ampliamente distribuida en la población en general. De hecho, algunos estudios han demostrado una relación cercana entre la incidencia de EFC y sus correlatos psicológicos. Se ha sugerido un número de características de personalidad que podrían estar asociadas a la EFC, por ejemplo, habilidad para fantasear e imaginar, propensidad a la esquizotipia, la absorción y las tendencias disociativas. Se ponen a

* Instituto de Psicología Paranormal. Salta 2015, C1137ACQ. Buenos Aires, Argentina. E-mail: rapp@fibertel.com.ar

** Núcleo de Investigación en Psicología Anómala. Jr. Granada 454. Lima 21. Perú. E-mail: lespinoza@nipa-peru.com

prueba tres hipótesis específicas: que estudiantes que indican haber tenido EFC tienen tendencia a (1) la alucinación visual y táctil, (2) esquizotipia cognitivo-perceptual, desorganizada e interpersonal y (3) disociación, absorción y propensión a la fantasía, en comparación con un grupo sin EFC. Un total de 648 estudiantes de psicología argentinos (78% mujeres y 24% varones) y 214 estudiantes de psicología peruanos (74% mujeres y 26% varones), completaron un número de mediciones psicológicas para comparar las medias entre ambos grupos (con y sin EFC). Los resultados mostraron mayor nivel de esquizotipia cognitivo-perceptual, absorción psicológica, disociación, propensión a la fantasía y a la alucinación, imaginación visual en individuos que tienen EFC en comparación con los que no la tienen en ambas muestras, lo cual sugiere el modelo disociacional de la EFC. Aunque el término *alucinación* tiene un contenido peyorativo, no obstante la incidencia de tales experiencias en la población normal incluye a individuos que han señalado los efectos benéficos de las EFC como un modo adaptativo.

Palabras Clave: Experiencia fuera del cuerpo, Absorción, Disociación, Propensión a la fantasía, Esquizotipia Cognitivo-Perceptual.

ABSTRACT

An out-of-body experience or OBE is one in which the “self” or center of awareness seems to the person who experiences it to occupy temporarily a position that is spatially remote from his or her body. The experience seems to be quite widespread in the general population. Some studies show a close relationship between the incidence of OBEs and its psychological correlates, especially personality variables, absorption, and dissociative experiences. Six specific hypotheses are tested: Students who report out-of-body experiences have a higher capacity for (1) Visual and Tactile hallucination, (2) Cognitive-perceptual, Disorganized and Interpersonal schizotypy, (3) Dissociation, Absorption, Fantasy proneness, than students that do not report such experiences. A total of 648 undergraduate students population (Argentine sample) and 214 undergraduate students population (Peruvian sample), completed a number of scales. Data for subjects who experienced OBE were compared with data for those who did not. The results showed higher levels of cognitive-perceptual schizotypy, absorption, dissociation, fantasy and hallucination proneness, and visual imagery in OBEs than in non-OBEs which confirms previous studies. This study suggests the dissociational

model of OBE, although the term hallucination has pejorative overtones in spite of the widespread occurrence of anomalous perceptual experiences in the normal population. Some subjects report beneficial effects from OBEs in an adaptive way.

Key Words: *Out-of-body experience, Absorption, Dissociation, Fantasy proneness, Kinetic and Visual Imagery, Cognitive-Perceptual Schizotypy.*

INTRODUCCIÓN

La presencia de alucinaciones en la población normal ha despertado interés en algunos autores por investigar las variables que pudieran estar ayudando a la aparición de tales experiencias (Aleman & de Haan, 1998; Aleman, Nieuwenstein, Boecker, & de Haan, 1999; Berenbaum, Kerns, & Raghavan, 2000; Slade & Bentall, 1988). Los estudios más recientes sobre la incidencia de las alucinaciones en población no clínica han sido llevados a cabo por Barrett (1993) y Barrett y Etheridge (1992, 1994), quienes encontraron que casi la mitad de su muestra tenía experiencias alucinatorias al menos una vez al mes. Slade y Bentall¹ sostienen que la alucinación “es una experiencia similar a la percepción que ocurre en ausencia de un estímulo apropiado, tiene toda la fuerza e impacto de la correspondiente percepción real y no es susceptible de ser dirigida ni controlada voluntariamente por quien la experimenta” (p. 23). Otro aspecto característico es la fuerza o impacto de la experiencia, la que sirve como criterio para diferenciar las alucinaciones de las pseudoalucinaciones; en la alucinación existe la convicción de que el fenómeno tiene su origen fuera de uno mismo, esto es, que se produce en el mundo real. El tercer punto de la definición, la ausencia de control por parte del individuo, intenta distinguir entre las alucinaciones y otras clases de imágenes mentales vívidas, por ejemplo, la imaginación. Finalmente en las alucinaciones existe una imposibilidad, o por

¹ Slade & Bentall, 1988, p. 23.

lo menos una dificultad, de alterar o disminuir la experiencia por deseo expreso de la persona.

En base a los conceptos antes mencionados, algunos autores han discutido diferentes definiciones de la experiencia alucinatoria, pero el verdadero problema es poder distinguir entre las alucinaciones “patológicas” y las alucinaciones “normales”. A diferencia de la psicosis como una entidad dicotómica en la práctica clínica, existe un continuo de severidad en los trastornos mentales donde se puede plantear que la psicosis existe en la condición humana como una *distribución* de síntomas. El presente estudio se enmarca en el modelo del continuo de la psicosis –también conocido como modelo cuantitativo o dimensional– donde la experiencia alucinatoria también puede ocurrir en individuos no clínicos. La hipótesis de que los síntomas psicóticos varían a lo largo de dimensiones cuantitativas es un terreno mucho más funcional para la investigación psicológica que psicopatológica.

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 & Zingrone, 1999; Irwin, 1985; Palmer, 1979) y tiene varios puntos de contacto con una experiencia alucinatoria. Las EFC parecen ocurrir en un gran porcentaje de personas en la población en general y muestran valores en torno al 15% (Palmer, 1979; Blackmore, 1984), mientras que la misma pregunta en muestras de estudiantes parece producir una tasa mayor, aproximadamente el 25% (Myers *et al.*, 1983; Irwin, 1985, Gómez Montanelli & Parra, 2003; Zangari & Machado, 1996).

En una experiencia fuera del cuerpo el individuo tiene la impresión de que la conciencia se encuentra fuera del cuerpo físico. Esta impresión no se limita a circunstancias vinculadas con la muerte, puede surgir también en una variedad de situaciones, como se describen en la siguiente narración de AT:

“Cuando tenía 18 años, una tarde me sentí mal y con náuseas. Llegué a mi casa y me acosté. Estaba tan mareada que no me podía levantar. Sentía que la cama giraba, sentía que algo me absorbía. De repente, me vi en el techo boca abajo, mirándome a mí misma en la cama, pero estaba tomada con mis manos de la orilla de la cama. Me veía como muerta. Me asusté mucho y temí que mi mamá entrara. Sentí como si yo fuera agua que se iba por un canal. Temía tanto el no poder regresar a mi cuerpo, que volví, no sé como, pero volví. Esta experiencia me ocurrió otras veces. Recordar estas experiencias me hace sentir muy mal, sobre todo porque nadie me comprende”.

En otro caso, SM relata:

“Estaba acostado en una cama marinera. De repente, siento que me voy; que salía volando por la habitación. Me sentía bien, muy liviano, como sostenido por una brisa que me desplazaba en la misma posición en la que estaba en la cama. Continué boca abajo, a la misma altura, como si la cama se moviera empujada por alguien. Recorrí dos habitaciones, pero no recuerdo cuando regresé”.

Otros casos ocurren con cierta dificultad para expresar claramente los objetos, sentimientos y sensaciones que rodean la experiencia. (MD) relata el siguiente testimonio:

“Cuando tenía aproximadamente 30 años, una mañana, yo estaba en la cocina preparando la comida para el almuerzo, y de repente sentí que no tenía cuerpo. Me veía a mí misma, girando una y otra vez, en forma de espiral. Yo (siendo una espiral) me abría cada vez más, hasta que quedé mirando hacia una brillante luz, como el sol. Sólo sentía la cabeza, pero no el resto del cuerpo. Recuerdo que cuando llegué al sol, me pregunté: ¿Cómo puedo estar viendo ese sol y no cegarme? Tenía la sensación de estar en un espacio abierto, adimensional. Luego regresé a mi cuerpo, y sentí un estremecimiento. De inmediato, estaba de pie, preparando la comida”.

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, en 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. La impresión de pasar por un espacio oscuro y penetrar un dominio trascendente 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 & Jones, 1981).

Estas experiencias pueden ocurrir espontáneamente bajo condiciones tales como, por ejemplo, estar cansado, una enfermedad, la cercanía a la muerte, durmiendo, mientras se está meditando, orando o bajo un estado de relajación (Crookall, 1961). De acuerdo a una encuesta de Irwin,² los porcentajes de estas formas parasomáticas varían entre el 15 y el 84%; pero en promedio, una leve mayoría de EFC son parasomáticas, y casi el 90% de las EFC son visuales.³ De acuerdo a quienes la han experimentado, de algún modo pueden controlar el contenido de la EFC.⁴

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,⁵ como la propensidad a la esquizotipia (McCreery & Claridge, 1995; Tobacyk, Wells & Miller, 1998), y algunas de las dimensiones de personalidad del modelo penta factorial (por ejemplo: “Apertura a la experiencia” del NEO-PI) (Alvarado, Zingrone & Dalton, 1996), la absorción (Glicksohn, 1990; Irwin,

² Irwin, 1985, p. 114.

³ Green, 1968, pp. 67-68.

⁴ Irwin, 1985, p. 100.

⁵ Ver Irwin, 1985.

1980) y las tendencias disociativas (Myers, Austrin, Grisso & Nickeson, 1983; Richards, 1991).

Como la experiencia parece ser puramente cognitiva, 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 & Pekala, 1991); puede 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 experimente tenía creencias religiosas previas, o si la experiencia ocurrió en un contexto de amenaza para la vida (Gabbard, Twemlow & Jones, 1981), pero la EFC normalmente no produce conversiones religiosas en individuos no creyentes o ateos.⁶ 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 & Twemlow, 1984; Irwin, 1988; Osis, 1979).

Ha habido muchas especulaciones acerca de la etiología de las EFC (Black, 1975; Ehrenwald, 1974, Grosso, 1976; Palmer, 1979). 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 (Palmer & Vassar, 1974). La habilidad de generar representaciones visuales es sólo 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

⁶ Irwin, 1985, pp. 215-216; Palmer, 1979, p. 245.

podría esperar que si la EFC fuera simplemente una experiencia de la imaginación, requeriría cierta destreza en los procesos de imaginación para “conjurar” una imagen vívida del propio cuerpo y del entorno inmediato. 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 (Tellegen & 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 EFC podría verse como una relación positiva consistente entre las EFC y las experiencias de absorción (Alvarado & Zingrone, 1997; Irwin, 1985).

Por ejemplo, Zingrone & Alvarado (1994) y Richards (1991) encontraron una evidencia marginalmente significativa de asociación positiva entre la EFC y puntajes elevados de la Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bernstein & Putnam, 1986; Carlson & Putnam, 1993). 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 sí mismo fuera del cuerpo” (p. 21).⁷ Sin embargo, la propensión 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 ha aprendido a generalizar hacia situaciones que pueden o no ser traumáticas, lo cual explicaría la propensión a tener EFC después del trauma original (Alvarado, 1997; Irwin, 1996).

⁷ Sanders, 1989, p. 21.

Además, los sujetos que tuvieron EFC tienden a tener un nivel más elevado de actividad imaginativa/fantasía o propensión 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 abiertas a recordar las fantasías de su infancia. En un sentido clínico, los pacientes que son propensos a fantasear, así como también a estar profundamente absortos en eventos con personalidad internalizada, curiosa, intelectual y estable pueden tener EFC. 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 EFC.

Aunque Rawcliffe (1959) sugirió el modelo teórico según el cual las EFC representaban una forma de alucinación esquizofrénica, sería muy difícil imaginar que el 25 o 30% de los estudiantes universitarios padecen alucinaciones esquizofrénicas. Sin embargo, Blackmore (1978) 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”. Aunque muchas experiencias cercanas a la muerte no aparecen acompañadas por EFC, 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 EFC puntuaban significativamente alto en esquizotipia, aberración perceptual, ideación mágica y sinestesia que los que no han tenido EFC, mientras que un grupo control correlacionó en anhedonia (imposibilidad de sentir placer) en comparación con quienes tuvieron EFC. Presumiblemente, quienes presentaron EFC 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 EFC utilizando el SPQ de Raine. Los resultados mostraron que aquellos que deliberadamente autoinducían EFC puntuaban alto en esquizotipia, pero también en despersonalización, en comparación con quienes no tenían EFC. El objetivo de este informe es examinar un número de estilos cognitivos (variables) tales como la absorción psicológica, las tendencias disociativas, la propensión a la fantasía, la intensidad de la imaginería (particularmente asociada a la EFC, por ejemplo, visual y cinética), la propensión a alucinar (modalidad visual y táctil) y el estilo de personalidad propensa a la esquizotipia.

HIPÓTESIS

Ponemos a prueba tres hipótesis específicas: que los estudiantes que ven apariciones o que tienen otras modalidades semejantes de experiencia tienen puntajes altos de (1) experiencias alucinatorias Visual y Táctil, (2) propensión a la esquizotipia (factores Cognitivo-perceptual, Desorganizado e Interpersonal) y (3) Disociación, Absorción y Propensión a la fantasía en

comparación con quienes no tienen tales experiencias. Un estudio exploratorio *ad hoc*, será determinar posibles diferencias entre estudiantes universitarios argentinos y peruanos.

RESULTADOS

En base a las respuestas obtenidas para las preguntas de experiencia fuera del cuerpo (EFC) se conformaron dos grupos para cada experiencia. Para agrupar a quienes tenían la experiencia se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy frecuentemente). Para agrupar a quienes no tuvieron la experiencia empleó sólo la respuesta “Nunca”.

Los análisis fueron procesados mediante el *SPSS 11.5* (en español) y los análisis estadísticos fueron evaluados a dos colas. A causa de la alta asimetría en los puntajes de las escalas de la muestra, en lugar de un test t, aplicamos una *U* de Mann-Whitney.

Participantes

Muestra argentina: Un total de 648 estudiantes de psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana de Buenos Aires, Argentina, 494 (76%) mujeres y 154 (24%) varones (rango de edad 17 a 57 años, $M = 25,11$, $SD = 7,23$).

Muestra peruana: Un total de 214 estudiantes de psicología en la Facultad de Psicología de la Universidad Ricardo Palma de Lima, Perú, 159 (74%) mujeres y 55 (26%) varones (rango de edad 17 a 47 años; $M = 20,87$; $SD = 3,51$). Ningún estudiante de ambas muestras recibió compensación económica.

Instrumentos

Todos los estudiantes completaron cinco escalas:

Cuestionario de Alucinaciones (CEA) (Parra, Adróver & González, 2006; alfa de Cronbach = .93) mide la propensidad 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 ejemplo: “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 ejemplo: “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”).

Cuestionario de Personalidad Esquizotípica (SPQ) (Raine, 1991; Raine, 1992, Raine & Baker, 1992; Raine & Benishay, 1995; alfa de Cronbach = .91). Medida de rasgos de personalidad en una escala trifactorial de 74 ítems de respuesta dicotómica sí/no que mide estilos de pensamiento esquizotípicos: factor 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?”), Interpersonal (por ejemplo: “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 ejemplo: “Otras personas me ven como desatento o excéntrico” 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 & Wallston, 1988; Kim & Mueller, 1978). Las medidas de alfa corresponden a la versión en español de cada escala.

Escala de Experiencias Disociativas (DES) (Bernstein & Putnam, 1993; alfa de Cronbach = .91). Es una escala trifactorial 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 subterráneo y de repente se dan cuenta que no recuerdan lo que pasó durante todo o parte del viaje”).

Escala de Absorción de Tellegen (TAS) (Tellegen & Atkinson, 1974; alfa de Cronbach = .91). 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”).

Cuestionario de Experiencias Creativas (CEQ) (Merckelbach, Horselenberg & Muris, 2001; alfa de Cronbach = .89). Es 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”).

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 consciente está en un lugar diferente que su cuerpo físico? (si duda, por favor, responda no)”.

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 pseudotítulo 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” 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”) se empleó sólo la respuesta “Nunca”.

Tabla 1

Comparación de las medidas psicológicas de estudiantes con EFC con aquellos que no las tuvieron en argentinos y peruanos

Medidas	Grupos	Argentina (a)				Peruana (b)			
		Media	SD	U	z	Media	SD	U	z
Alucinación visual	Sin experiencia	1,41	2,26	12600,5	4,13***	3,37	3,23	2855,0	4,96***
	Con experiencia	3,29	4,56			1,39	2,11		
Alucinación Táctil	Sin experiencia	1,36	2,02	11991,0	4,61***	3,15	2,64	2905,0	4,75***
	Con experiencia	3,69	3,58			1,49	1,68		
E. Cognitivo-perceptual	Sin experiencia	7,09	4,69	15385,0	5,81***	7,15	4,44	3392,5	3,49***
	Con experiencia	10,39	5,11			11,48	4,50		
E. Interpersonal	Sin experiencia	8,04	4,74	14731,0	n.s.	6,81	4,66	4257,5	n.s.
	Con experiencia	7,48	4,53			7,80	4,85		
E. Desorganizada	Sin experiencia	5,46	3,46	14631,5	n.s.	5,37	3,52	3392,5	3,49***
	Con experiencia	6,11	3,67			7,35	3,91		
Disociación	Sin experiencia	22,55	11,43	11255,5	4,91***	31,48	13,33	2824,0	4,84***
	Con experiencia	28,10	11,77			22,01	13,38		
Absorción	Sin experiencia	23,37	13,11	11729,5	4,50***	31,89	12,78	3023,5	4,36***
	Con experiencia	30,27	13,06			23,45	14,22		
Fantasía	Sin experiencia	31,29	15,09	10702,5	5,40***	42,00	15,70	2724,5	5,08***
	Con experiencia	40,37	15,80			29,46	16,56		

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

(a) Sin experiencia N = 516; Con experiencia N = 132.

(b) Sin experiencia N = 149; Con experiencia N = 65.

ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS DE LA MUESTRA ARGENTINA

Propensidad a alucinar. La Hipótesis 1 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 EFC puntuaron significativamente más alto (Visual: $z = 4,13$, $p < ,001$, a dos colas; Táctil: $z = 4,61$, $p < .001$, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 2).

Personalidad esquizotípica. La Hipótesis 2 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 ($z = 5,81$, $p < ,001$, a dos colas), pero no fue significativa para los factores desorganizado e interpersonal (ver Tabla 1).

Disociación, absorción y propensidad a la fantasía: La Hipótesis 3 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 EFC puntuaron significativamente más alto (DES $z = 4,91$, $p < ,001$; TAS $z = 4,50$, $p < ,001$, a dos colas; CEQ $z = 5,40$, $p < ,001$, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 1).

Los datos también se analizaron con las diez variables –absorción, disociación, propensidad a la fantasía, imaginación visual, imaginación 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 fueron significativamente más altas que las puntuaciones de quienes no las tuvieron.

Para explorar la diferencia de géneros, se dividió en masculino/femenino y con experiencia/sin experiencia, 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.

ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS DE LA MUESTRA PERUANA

Propensidad a alucinar. La Hipótesis 1 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 EFC puntuaron significativamente más alto (Visual: $z = 4,96$, $p < ,001$, a dos colas; Táctil: $z = 4,75$, $p < ,001$, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 1).

Personalidad esquizotípica. La Hipótesis 2 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 ($z = 3,49$, $p < ,001$, a dos colas), pero no fue significativa para los factores desorganizado e interpersonal (ver Tabla 1).

Disociación, absorción y propensidad a la fantasía: La Hipótesis 3 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 EFC puntuaron significativamente más alto (DES $z = 4,84$, $p < ,001$; TAS $z = 4,36$, $p < ,001$, a dos colas; CEQ $z = 5,08$, $p < ,001$, a dos colas) que quienes no la tuvieron (ver Tabla 1).

Tabla 2

Comparación de medidas psicológicas entre estudiantes argentinos y peruanos que reportan experiencias fuera del cuerpo^(a)

<i>Medidas</i>	<i>Muestra</i>	<i>Media</i>	<i>SD</i>	<i>U</i>	<i>z</i>
<i>Alucinación visual</i>	Argentina	3,29	4,56	3554,0	n.s.
	Peruana	3,37	3,23		
<i>Alucinación Táctil</i>	Argentina	3,61	3,63	3900,0	n.s.
	Peruana	3,15	2,64		
<i>E. Cognitivo-perceptual</i>	Argentina	10,39	5,11	3010,5	n.s.
	Peruana	11,48	4,50		
<i>E. Interpersonal</i>	Argentina	7,48	4,53	3435,5	n.s.
	Peruana	7,80	4,85		
<i>E. Desorganizada</i>	Argentina	6,11	3,67	2866,5	2,11**
	Peruana	7,35	3,91		
<i>Disociación</i>	Argentina	28,10	11,77	3050,5	n.s.
	Peruana	31,48	13,33		
<i>Absorción</i>	Argentina	30,27	13,06	3245,0	n.s.
	Peruana	31,89	12,78		
<i>Fantasía</i>	Argentina	40,37	15,80	3322,0	n.s.
	Peruana	42,00	15,70		

(a) Argentina N = 109; Peruana N = 65.

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

Un análisis exploratorio comparando ambas muestras (argentinos y peruanos) no encontró diferencia significativa alguna entre ambas en las medidas psicológicas, excepto una diferencia marginal en el Factor 2 del SPQ (Esquizotipia desorganizada).

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 imagería visual, propensión a

fantasear y a alucinar en individuos que indican tener frecuencia de EFC en comparación con quienes no las han tenido, muy cercano al estudio de Palmer (1979). Estos resultados sugieren el modelo disociacional de las EFC, el cual asume que los procesos disociativos subyacentes –tales como la absorción, la propensión 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 interrupción 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 & Claridge (2002) enfatizaron que los individuos que tienen EFC 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 & Zingrone, 1997), 28% (Irwin, 1996), 29% (Glickson, 1990), 31% (Blackmore, 1987; Zangari & Machado, 1996) y 28% (Gómez Montanelli & Parra, 2005). Además, ningún estudio previo⁸ ha mostrado relaciones significativas entre la incidencia de EFC y variables demográficas, tales como género, edad o religión. Estos resultados también ofrecen un soporte a la presencia “normalizada” de determinadas vivencias y creencias anómalo/paranormales en la población universitaria (Bentall, 1990; Dag, 1999; Heber, Fleisher, Ross

⁸ Ver Irwin, 1985.

& Stanwick, 1989) (por ejemplo, la precognición, ver Rattet & Bursik, 2001), así como una baja frecuencia de experiencias de despersonalización.

Un posible modelo teórico es adoptar los términos “esquizotipia feliz” o “esquizotipia sana” sugeridos por McCreery & 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 y haber experimentado vivencias de este tipo. Asimismo, vivenciar experiencias de tipo cognitivo se asocia a mantener tales creencias. 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 & 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.

Irwin considera que la psicoetiología de la EFC está en la confluencia de dimensiones de la absorción psicológica (como la sensibilidad a los estímulos, sinestesia, expansión cognitiva, y recuerdos vívidos), y que las circunstancias asociadas a extremos bajos o altos de excitación cortical evocan un estado de alta absorción, particularmente en el caso de una persona con cierta capacidad de absorción y una percepción placentera de la experiencia. La absorción puede ser inducida deliberadamente, aunque en situaciones en las que la absorción aparece en forma

gradual, la pérdida cognitiva de todo contacto somático puede ser señalada por ciertas señales biológicas. La orientación continuada de la atención hacia fuera de los estímulos exteriores y somáticos refuerza la impresión de que la conciencia no se encuentra asociada espacialmente al cuerpo (Irwin, 1985).

La EFC puede tener importantes implicaciones clínicas, por ejemplo, algunos terapeutas podrían creer que aquellos pacientes que tienen EFC (o cualquier otra posible experiencia anómala) (Tart, 1983a, 1983b, 1984, Gómez Montanelli & 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 (1985) 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.

Finalmente, los procesos disociativos pueden ocurrir en contextos normales como así también en contextos patológicos. En la categoría de la disociación “normal”, también encontramos estas experiencias (Cardeña, 1994; Kihlstrom, Glisky & Angiulo, 1994; Steinberg, 1995). El problema es determinar cuándo un estado disociativo se desvía de lo normal o se convierte en patológico, o sea, cuándo se presentan tendencias disociativas que causan malestar o sufrimiento innecesario al individuo (Martínez-Taboas, 1999, 2001).

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 cuasiperceptuales. Individuos que tienen EFC 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 (McCreery & Claridge, 2002).

REFERENCIAS

- Aleman, A. & de Haan, E. H. F. (1998). On redefining hallucination. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 656-658.
- Aleman, A., Nieuwenstein, M. R., Boecker, K. B. E. & de Haan, E. H. F. (1999a). Hallucinatory experiences in normal subjects: Factor structure of the Launay-Slade Hallucination Scale. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie en haar Grensgebieden*, 54, 241-246.
- 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. & 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). England, Brighton.
- Alvarado, C. S., Zingrone, N. L. & 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. & 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.
- Barrett, T. R. (1993). Verbal hallucinations in normals, 2: Self-reported imagery vividness. *Personality and Individual Differences*, 15, 61-67.
- Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1992). Verbal hallucinations in normals, I: People who hear "voices". *Applied Cognitive Psychology*, 6, 379-387.

- Barrett, T. R. & Etheridge, J. B. (1994). Verbal hallucinations in normals III: Dysfunctional personality correlates. *Personality and Individual Differences*, 16, 57-62.
- 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.
- Berenbaum, H., Kerns, J. & Raghavan, C. (2000). Anomalous experiences, peculiarity, and psychopathology. En E. Cardeña, S. J. Lynn & S. Krippner, (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 25-46). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, E. & 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. (1987). Where am I? Perspectives in imagery and the out-of-body experience. *Journal of Mental Imagery*, 11, 53-66.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. En S. J. Lynn, & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and teoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Carlson, E. B. & Putnam, F. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, 6, 16-27.
- Crookall, R. (1961). *The Study and Practice 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. & 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. & Jones, F. C. (1981). Do "near death experiences" occur only near death? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 374-377.

- Glickson, J. (1990). Belief in the paranormal and subjective paranormal experience. *Personality and Individual Differences*, 11, 675-683.
- Gómez Montanelli, D. & 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. & 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. & 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., Ross, C. & 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.
- Kihlstrom, J. F., Glisky, M. L. & Angiulo, M. J. (1994). Dissociative tendencies and dissociative disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 117-124.
- Kim, J. & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Newbury Park: Sage.
- Maitz, E. A. & Pekala, R. J. (1991). Phenomenological quantification of an out-of-body experience associated with a near-death event. *Omega*, 22, 199-214.
- Martínez-Taboas, A. (1999). A case of spirit possession and glossolalia. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 23, 333-348.

- Martínez-Taboas, A. (2001). Dissociative experiences and disorders: A review. *International Journal of Parapsychology*, 12, 131-162.
- McCreery, C. (2006). *Perception and hallucination: The case for continuity*. Oxford: Oxford forum.
- McCreery, C. & Claridge, G. (2002). Healthy schizotypy: The case of out-of-the-body experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 141-154.
- Myers, S. A., Austrin, H. R., Grisso, J. T. & 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. & Vassar, C. (1974). ESP and out-of-body-experience. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 68, 257-280.
- Palmer, J. (1979). A community mail survey of psychic experiences. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 73, 221-251.
- Palmer, J. & Vassar, C. (1974). ESP and out-of-the-body experiences: An exploratory study. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 68, 257-280.
- Parra, A.; Adróver, 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 & 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. & Baker, L. (1992) *The Schizotypal Personality Questionnaire: Genetics, Psychophysiology, Neuropsychology and Gender Differences*. Western Psychological Association, Portland, Oregon.
- Raine, A. & Benishay, D. (1995). The SPQ-B: A brief screening instrument for schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9, 346-355.

- Rattet, S. L. & Bursik, K. (2001). Investigating the personality correlates of paranormal belief and precognitive experience. *Personality and Individual Differences, 31*, 433-444.
- Rawcliffe, D. H. (1959). *Illusions and delusions of the supernatural and the occult*. New York: Dover.
- 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.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment*. New York: John Wiley.
- Ross, C. A. & Joshi, S. (1992). Paranormal experiences in the general population. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 357-361.
- Sanders, B., McRoberts, G. & Tollefson, C. (1989). Childhood stress and dissociation in a college population. *Dissociation, 2*, 17-23.
- Sharpley, M. S. & 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.
- Slade, P. D. & Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stanford, R. G. (1987). The out-of-body experience as an imaginal journey: The developmental perspective. *Journal of Parapsychology, 51*, 137-155.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 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. & 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. & Miller, M. M. (1998). Out-of-body experiences and personality functioning. *Psychological Reports*, 82, 481-482.
- Wilson, S. C. & 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. & 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. & 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. & Alvarado, C. S. (1994). Psychic and dissociative experiences: A preliminary report. *The Parapsychological Association 37th Annual Convention: Proceedings of Presented Papers*, pp. 489-501. Amsterdam, The Netherlands.