

Experiencias Alucinatorias Nocturnas: Relación con la Esquizotipia, Tendencias Disociativas y Propensidad a la Fantasía

Alejandro Parra^{1,2}

Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires, Argentina

Compendio

Sobre una muestra de 650 estudiantes universitarios, 24% varones y 76% mujeres, se administraron seis escalas; cuatro para medir la intensidad de experiencias perceptuales y dos escalas de personalidad. Los resultados mostraron que los individuos con experiencias puntuaron significativamente alto en relación a absorción ($r = .48, p < .001$, a dos colas), disociación ($r = .46, p < .001$, a dos colas), esquizotipia cognitivo-perceptual ($r = .44, p < .001$, a dos colas), propensidad a fantasear ($r = .42, p < .001$, a dos colas), y neuroticismo ($r = .20, p = .001$, a dos colas). Se puede concluir que estas diferencias reflejan la facilidad con que una persona puede atravesar estados de consciencia que permiten el pasaje entre el estado de vigilia y el mundo de fantasía.

Palabras clave: Experiencias alucinatorias; esquizotipia; disociación; propensidad a la fantasía; absorción psicológica; experiencias hipnagógico/hipnopómpicas.

Experiences: Links with Schizotypy, Dissociation and Fantasy Proneness

Abstract

In this paper, we investigate whether the personality trait of Absorption is a predisposing factor for HG/HP hallucinatory experience. Our participants, six hundred and fifty-six undergraduate students, 76% females and 24% males (age range 17-57), completed four scales, assessing absorption ($r = .48, p < .001$, 2-tailed), Cognitive-perceptual schizotypy and schizotypy proneness ($r = .44, p < .001$, 2-tailed), dissociation ($r = .46, p < .001$, 2-tailed), and Fantasy proneness ($r = .42, p < .001$, 2-tailed), subjective experiences along the sleep-wakefulness continuum. Our findings are indicative of a common, pseudo-hallucinatory experiential base, suggesting that absorption can indeed serve as the predisposing factor for hallucinatory experience. In our discussion, we look at the implications of this finding for applied cognitive psychology, focusing on the study of false memories and reality monitoring.

Keywords: Hallucinatory experiences; schizotypy proneness; dissociation; fantasy proneness; absorption; hypnagogic/hipnopompic experiences.

Se ha venido estudiando una amplia variedad de experiencias alucinatorias en los estados hipnagógicos e hipnopómpicos en torno a los períodos del sueño. Algunas personas pueden experimentar breves pero vívidas visiones, o encontrarse por momentos incapaces de moverse o hablar entre el estado de vigilia y el de sueño. A estas sensaciones y experiencias temporarias se las conoce como imagería hipnagógico/hipnopómpica (HG/HP) y parálisis del sueño, es decir, la imposibilidad de moverse o hablar (American Sleep Disorders Association, 1990).

El término *hipnagógico* fue acuñado por Maury (1848/n.d., p. 26) en referencia a aquellas alucinaciones que comienzan poco tiempo después que una persona va a la cama, o cuando la misma persona necesita descansar, o cuando sus ojos están cerrados. El término imagería hipnopómpica fue creado por F. W. H. Myers

(1903), quien la definió como “imágenes que se caracterizan, por lo general, en la persistencia de esas imágenes del sueño en los primeros momentos del despertar” (p. 125). Algunos autores distinguen entre la imagería que ocurre en los estados HG/HP (Glicksohn, 1989; McKellar, 1989) y otros no (Mavromatis, 1987; Mavromatis & Richardson, 1984). Conviene decir que ambas experiencias son similares, y por ello se puede aplicar muchas de estas características a ambos estados. Sin embargo, ciertas características o experiencias parecen ser más comunes en el estado hipnagógico que en el hipnopómpico, y viceversa (Sherwood, 2001).

La mayoría de las encuestas han focalizado más el estado hipnagógico (el período entre la vigilia y el sueño, por ejemplo, el momento en que una persona se está quedando dormida) que el estado hipnopómpico (el período entre el sueño y la vigilia, por ejemplo, el momento en que la persona está despertando del sueño). El estado hipnagógico es bastante complejo y está compuesto por varias etapas (Mavromatis, 1987; Rechtschaffen, 1994). El período de “conciliar el sueño” y el “período del despertar” son estados únicos que no

¹ Dirección: Salta 2015, Buenos Aires, Argentina, C1137ACQ. E-mail: rapp@fibertel.com.ar

² Agradecimientos: Este informe ha sido posible gracias a un subsidio otorgado por la Fundación BIAL de Portugal.

pueden ser considerados como vigilia o sueño (Hori, Hayashi, & Morikawa, 1994). Es muy difícil determinar el momento exacto en que una persona se duerme, a menos que se utilice un criterio arbitrario, debido a que la transición es gradual y porque existen grandes diferencias individuales (Lavie, 1996; Rechtschaffen, 1994).

El movimiento de los ojos en vigilia es muy rápido y el trazado del EEG tiene ondas irregulares de alta frecuencia (Bray, Cragg, Macknight, Mills, & Taylor, 1992), pero cuando una persona se relaja o entra en estado de somnolencia aumenta la actividad alfa (8-12 Hz), el movimiento de los ojos se hace más lento, disminuyendo la frecuencia (Parker, 1975; Rechtschaffen, 1994). Cuando una persona atraviesa el período hipnagógico en las primeras etapas del sueño no-REM hay una disminución de la actividad alfa y un aumento de la actividad theta más lenta (4-7 Hz) (Baddia, Wright, & Wauquier, 1994; Bray et al., 1992; Rechtschaffen, 1994). Se considera que una persona está dormida cuando alcanza la Etapa 2 de sueño, que se caracteriza por la actividad Theta (Lavie, 1996; Rechtschaffen, 1994). Durante la transición de la vigilia al sueño hay también una disminución del tono muscular, retardo del ritmo respiratorio y del corazón, reducción de la presión sanguínea, y un aumento de la temperatura corporal (Mavromatis, 1987; Mavromatis & Richardson, 1984; Schacter, 1976). Al despertar, estos cambios van en la dirección opuesta (Mavromatis, 1987). Durante los estados HG/HP, las personas pueden experimentar imaginación breve y vívida, o sensaciones en una única o más modalidades sensoriales diferentes (Foulkes & Vogel, 1965; Hori et al., 1994; Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001), o parálisis temporaria (American Sleep Disorders Association, 1990).

Se pueden mencionar otras características del período de entrada al sueño, tales como una disminución de la atención de la observación de los contenidos de la propia mente, un aumento de la absorción, una pérdida del control volitivo sobre la representación mental, inexactitud en la percepción del tiempo, reducción de la atención del entorno, y disminución en el exámen de realidad (Foulkes & Vogel, 1965; Mavromatis & Richardson, 1984; Rechtschaffen, 1994), así como también el fenómeno del "discurso hipnagógico/hipnopómpico" y el sobresalto en el sueño; el discurso hipnagógico/hipnopómpico es un fenómeno que ocurre cuando una persona se escucha a sí misma pronunciando palabras, a veces absurdas y sin sentido, durante el período en que la persona se está quedando dormida o despierta del sueño (Mavromatis, 1987; McKellar, 1989). Los sobresaltos son breves contracciones musculares en una o más partes del cuerpo que ocurren durante el sueño (American Sleep Disorders Association, 1990). El inicio del sueño está a veces asociado con la imaginación hipnagógica, como las sensaciones de movimiento (Nielsen, 1992; Oswald, 1959).

Algunos estudios han demostrado que como se experimentan cambios a lo largo del sueño, la cantidad de imaginación hipnagógica visual tiende a aumentar (Hori et al., 1994), se torna más confusa (Foulkes & Vogel, 1965; Stickgold & Hobson, 1994) y la calidad de la imagen, vivacidad, luminosidad, e intensidad del color también aumenta (Mavromatis, 1987; Nielsen, 1992). McKellar (1989) lo cual sugiere que la forma de imaginación hipnagógica también cambia desde la secuencia de objetos, rostros, o paisajes a episodios más complejos. Aunque el estado hipnagógico (y probablemente también el hipnopómpico) tiene una única característica electrofisiológica y comportamental (Hori et al., 1994); éste también es sumamente variable y existen grandes diferencias individuales (Rechtschaffen, 1994; Tart, 1969, p. 73).

Al parecer los episodios de imaginación HG/HP a veces ocurren de manera esporádica aunque también pueden ocurrir bajo la forma de series concentradas de episodios (Mavromatis, 1987), las imágenes son muy breves y dinámicas y pueden durar no más de un segundo o dos (Nielsen, 1992), y la imaginación hipnagógica parece ser más común que la imaginación hipnopómpica. Las primeras investigaciones (Mavromatis, 1987) estimaban que cerca del 2% de los adultos habían experimentado alguna forma de imaginación hipnagógica. Investigaciones más recientes han estimado que cerca del 33% (Leaning, 1925), 61-63% (McKellar, 1957; McKellar & Simpson, 1954), o cerca del 75% (Glicksohn, 1989; Richardson, Mavromatis, Mindel, & Owens, 1981; Sherwood, 1999, 2001) las han experimentado al menos en una ocasión, comparado con el 21,4% (McKellar, 1957) al 67,6% con imaginación hipnopómpica (Richardson et al., 1981; Sherwood, 1999). Una reciente investigación estimó que un 37% (12,5%) de la población del Reino Unido ha experimentado alguna forma de imaginación hipnagógica (e hipnopómpica) al menos dos veces a la semana (Ohayon, Priest, Caulet, & Guilleminault, 1996).

Aunque las modalidades visuales y auditivas son dos de las formas más comunes de imaginación HG/HP (Foulkes & Vogel, 1965; Hori et al., 1994; McKellar & Simpson, 1954), también pueden ocurrir la olfativa (olores), gustativa (sensaciones agradables o desagradables en la boca), táctil (sensación de contacto), térmica (frio o calor intensos que se experimentan como provenientes del exterior), y cenestésica (sensación de movimiento) (Leaning, 1925; Mavromatis 1987; Schacter, 1976). Una sensación de presencia es también una modalidad HG/HP bastante común (Sherwood, 2001), normalmente ocurre con los ojos cerrados, aunque también puede ocurrir con los ojos abiertos (Gurney, Myers, & Podmore, 1886; Leaning, 1925; McKellar, 1989; McKellar & Simpson, 1954; Sherwood, 2001). A veces comienza con descripciones de nubes o niebla de colores brillantes, o

un círculo de luz. Las imágenes pueden cambiar rápidamente de una a otra forma o pueden transformarse progresivamente en imágenes más complejas (Gurney et al., 1886; Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001). Ocasionalmente, las imágenes pueden ser más en blanco y negro que en color (McKellar, 1989; McKellar & Simpson, 1954; Sherwood, 2001), pueden ser pequeñas (micropsias) o gigantescas (megalopsias), aunque también en diferentes tamaños y formas (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar, 1957; McKellar & Simpson, 1954). Otras veces las imágenes aparecen curiosamente iluminadas o se las puede ver como desde un ángulo en particular (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar, 1957).

La imaginación visual HG/HP suele ser placentera, e incluso humorística, pero también puede resultar aterradora (Mavromatis, 1987; McKellar & Simpson, 1954). Aunque la imaginación HG/HP se caracteriza por su variedad, Leaning (1925) identificó seis tipos: (a) amorfas (ondas, nubes de colores); (b) con diseños (modelos geométricos, simétricos y formas); (c) rostros, figuras, animales, y objetos; (d) escenas de la naturaleza (paisajes, escenas de mar, jardines); (e) escenas con gente; y (f) letras y escritos (en lenguaje imaginario o real). Sherwood (2001), en su análisis temático de imaginación, confirma la mayoría de esas categorías, aunque sugiere una categoría separada para "objetos" y agrega categorías asociadas con visiones de caídas o tropiezos y movimientos. También se ha asociado a la imaginación visual HG/HP como "el fenómeno de los rostros en la oscuridad" debido a que ver rostros es algo bastante común (McKellar, 1989).

Otras experiencias de imaginación incluyen música y cantos, explosiones, ruido de pasos, motores y maquinaria, rasguños, y zumbidos (Sherwood, 2001). A veces la imaginación hipnopómpica auditiva puede tomar la forma de una advertencia o una dificultad en el futuro, o de un evento importante; otras veces puede ser sólo un presentimiento (Mavromatis, 1987). Durante los estados HG/HP también se presentan sensaciones olfativas, gustativas, sensaciones de mantener un contacto o ser apenas tocado por alguien o algo, y sensaciones de frío o calor, a veces moviéndose por todo el cuerpo, o por un miembro (Mavromatis, 1987; Sherwood, 2001).

Hay sensaciones corporales como por ejemplo, una sensación de energía atravesando el cuerpo, ingravidez, pesadez, hormigueo, temblor/vibración, dolor, y estiramiento/constricción del cuerpo (Sherwood, 2001). También pueden venir acompañadas por sensación de presencia (Ohayon et al., 1996) y puede coincidir con imaginación y parálisis del sueño (Conesa, 1995; Rose & Blackmore, 1996; Spanos, Cross, Dickson, & DuBreuil, 1993). También presentimientos desagradables o la sensación de estar bajo amenaza, y por lo general sensación de confusión y desorientación. Las creencias personales y las expectativas, el conocimiento que la persona tiene

de las experiencias, y el entorno en el que las experiencias HG/HP tienen lugar son todos factores importantes que pueden influenciar en la interpretación de estas experiencias (Leaning, 1925; Mavromatis, 1987; McKellar & Simpson, 1954). Algunas personas prestan poca atención a su imaginación, o son indiferentes a ésta; otras pueden encontrarla algo difícil de interpretar y mostrarse ansiosos por encontrar una explicación, particularmente si no han tenido experiencias con anterioridad.

Probablemente, las experiencias perceptuales que ocurren en los estados HG/HP generen creencias que tienden a estructurar experiencias subjetivas semejantes a las experiencias que refuerzan tales creencias (French & Kerman, 1996; Lynn & Rhue, 1988). En este aspecto, subyace la presunción de que la propensión a la fantasía y la absorción están altamente correlacionadas, y conceptualmente relacionadas con las experiencias alucinatorias (Glicksohn, 1993-1994; Glicksohn & Avnon, 1997-1998; Glisky, Tataryn, Tobias, Kihlstrom, & McConkey, 1991; Rader & Tellegen, 1987), las experiencias subjetivas y las creencias (Alvarado, 2000; Glicksohn, 1989).

Por ejemplo, Watson (2001), que analizó varios tipos de experiencias del sueño, tales como los sueños lúcidos, somnolencia narcoléptica, pesadillas, y sueños recurrentes sugieren que las experiencias relacionadas con el sueño también estarían relacionadas con la disociación, la esquizotipia, y la apertura a la experiencia, las cuales son consistentes con la evidencia que establece un vínculo entre la esquizofrenia y la narcolepsia (Howland, 1997; Jackson & Claridge, 1991; Wilcox, 1985), un trastorno que a menudo se manifiesta con síntomas como la parálisis del sueño y alucinaciones HG/HP (American Sleep Disorders Association, 1990). La esquizofrenia y la esquizotipia también están relacionadas con las tendencias disociativas (Putnam, Guroff, Silberman, Barban, & Post, 1986; Startup, 1999).

En este sentido, la disociación se entiende como una "ruptura de las funciones de la consciencia que normalmente están integradas a la memoria, la identidad, y la percepción del entorno" (Cardeña, 1994), que pueden ocurrir en contextos normales como así también en contextos patológicos. En la categoría de la disociación "normal", encontramos experiencias como las "experiencias fuera del cuerpo," el automatismo, y la absorción hipnótica y cognitiva (Cardeña, 1994; Kihlstrom & Hoyt, 1990; Putnam, 1997; Steinberg, 1995). De hecho, algunos antropólogos y psicólogos transculturales creen que una amplia variedad de experiencias religiosas (por ej. la posesión) son fenómenos disociativos normales (Bourguignon, 1976; Castillo, 1997; Golub, 1995; Goodman, 1988). Otros investigadores también han tratado de determinar cuál es la naturaleza de los fenómenos disociativos en individuos normales (Carlson, 1994; Ray, 1996), esto es, pueden experimentar situaciones en las cuales su consciencia parece dividirse; donde existe un

procesamiento de percepciones, pensamientos, sentimientos y acciones sin representación conciente.

La propensión a la fantasía es otro factor común que parece estar asociada a las experiencias perceptuales inusuales en sueños y en vigilia. Wilson y Barber (1983) acuñaron el término de “personalidad con propensión a la fantasía” para referirse a un pequeño grupo de personas, aproximadamente el 4% de la población, que fantasean. Pueden ver, oír y tocar absolutamente todo lo que fantasea. Su imaginación eidética es el extremo de la habilidad para visualizar vívidamente, y se caracteriza por una profunda absorción en su fantasía, es decir, una capacidad habitual de suspender su monitoreo de realidad, diferente a su capacidad de absorción. En tres estudios (Council & Huff, 1990; S. Myers & Austrin, 1985; Powers, 1991), se encontró una fuerte correlación entre la propensión a la fantasía y la absorción, y ambos correlacionaron significativamente, particularmente la percepción (visual, auditiva o táctil) de apariciones y fantasmas.

Por otra parte, hay pocos estudios que hayan explorado las diferencias individuales. Parece haber alguna relación entre los puntajes obtenidos en la escala de Neuroticismo del *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1978) con los puntajes que miden la interferencia que las alucinaciones producen en los pacientes esquizofrénicos. Jakes y Hemsley (1987) observaron que la escala de Psicoticismo del EPQ no estaba relacionada con la frecuencia de imaginación HG/HP. Fukuda, Inamatsu, Kuroiwa, y Miyasita (1991) examinaron un grupo de estudiantes japoneses y encontraron que los participantes que habían padecido parálisis del sueño tuvieron puntajes más altos en inestabilidad emocional (emocionalidad negativa) medida con el EPQ. Watanabe (1998), Mitchell y Redman (1993), y G. D. Wilson (1990) concluyeron que las diferencias individuales de imaginación visual HG/HP estaban relacionadas con mayor frecuencia de experiencias HG/HP, neuroticismo y potencial creativo.

El objetivo de este estudio es examinar si un número de estilos cognitivos (variables) tales como la absorción psicológica, las tendencias disociativas, la propensión a la fantasía, la intensidad de la imaginación, la propensión a alucinar (visual y táctil), y el estilo de personalidad propenso a la esquizotipia en población no-clínica están significativamente asociadas a las experiencias HG/HP.

Hipótesis

Se ponen a prueba tres hipótesis específicas: que las experiencias HG/HP correlacionarán positiva y significativamente con puntajes altos en: (a) Hipótesis 1 - disociación, absorción, y propensión a la fantasía (medidos con la escala DES-II, TAS, CEC y, respectivamente); (b) Hipótesis 2 - propensión a la esquizotipia cognitivo-perceptual, interpersonal y desorganizada (medidos con la escala SPQ de Raine, 1991); y (c)

Hipótesis 3 - Neuroticismo y Psicoticismo (medidos con el EPQ-A de Eysenck & Eysenck, 1978).

Método

Participantes

La muestra incluyó 650 participantes de ambos sexos, 156 varones (24%) y 494 mujeres (76%), cuyo rango etario es de 17 a 57 años (Media= 25,57; *SD*= 7,23; Media varones= 26,07; *SD*= 6,59; Media mujeres= 25,39, *SD*= 7,42), caucásicos, estudiantes de psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad Abierta Interamericana. Ningun estudiante recibió compensación económica.

Instrumentos

Los estudiantes completaron seis escalas: el *Cuestionario de Alucinaciones* (CEA) (Parra, Adróver, & 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 0 = nunca a 5 = frecuentemente (el subfactor Experiencias Hipnagógicas/Hipnopómpicas provienen de los cinco ítems 12, 25, 30, 33, 38, ver Tabla 1), la *Escala de Experiencias Disociativas* (DES) (Bernstein & Putman, 1993; alfa de Cronbach = .91) que contiene 28 ítems con escalas Likert 0-10, el cual mide tres factores: 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 *Cuestionario de Experiencias Creativas* (CEQ) (Merckelbach, Muris, Horselenberg, & Stougie, 2001; alfa de Cronbach = .89) que contiene 25 ítems de respuesta verdadero/falso que mide la propensión a la fantasía, especialmente la tendencia a fantasear en la niñez (por ej., “Cuando era niño, me podía identificar muy fácilmente con el protagonista de un relato o de una película”), y la *Escala de Absorción de Tellegen* (TAS) (Tellegen & Atkinson, 1974; alfa de Cronbach = .91) de 34 ítems verdadero/falso que mide 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 dos medidas de rasgos de personalidad; el *Cuestionario de Personalidad Esquizotípica* (SPQ) (Raine, 1991, 1992; Raine & Baker, 1992; Raine & Benishay, 1995; alfa de Cronbach = .91) una escala tri-factorial de 74 ítems de respuesta dicotómica si/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 excéntrico” o “A veces utilizo palabras de un modo inusual”). El *Inventario de Personalidad de Eysenck* (Eysenck & Eysenck, 1978) es una escala dimensional de personalidad ampliamente usada que mide Neuroticismo, Extroversión y Psicoticismo. En este estudio, se emplearon los factores Neuroticismo y Psicoticismo.

En general, un valor alfa de Cronbach mayor a .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.

Procedimiento

Aplicamos una técnica de muestreo no-probabilística para obtener el mayor número de casos para analizar. El set de tests autoadministrables fue entregado en un sobre A4 a cada estudiante, en forma contrabalanceada, durante una clase 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.

Análisis

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 los reactivos 12, 25, 30, 33 y 38 se conformaron dos grupos. Para agrupar a quienes tenían la experiencia o “Con experiencias” se convirtieron las respuestas 1 (rara vez), 2 (ocasionalmente), 3 (a menudo) y 4 (muy frecuentemente) en un solo valor (1). Para agrupar a quienes no tuvieron la experiencia “Sin experiencia” se convirtió la respuesta “Nunca” en un solo valor (0). En ambos casos, se dividió por género (ver Tabla 1).

Los resultados muestran que no hay diferencias significativas entre varones y mujeres, y que las experiencias HG/HP de modalidad sensorial auditiva es la más alta (32,5%) en comparación con las otras modalidades sensoriales (12,6% en promedio) (ver Tabla 1).

Tabla 1
Modalidades Sensoriales de Experiencias HG/HP en Varones y Mujeres

<i>Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño...</i>	Grupos	Mujeres	Varones	Total HG/HP
12. he oído voces o diálogos, música o melodías, sonidos, a veces agradables y otras no, pero que escucho nítidamente.	Sin experiencia	69.4 (345)	67.5 (105)	68.9 (450)
	Con experiencia	30.6 (152)	32.5 (51)	31.1 (204)
25. he visto sombras, o figuras humanas o no-humanas cercada mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen.	Sin experiencia	81.1 (403)	83.3 (130)	81.5 (533)
	Con experiencia	18.9 (94)	16.7 (26)	18.5 (121)
30. he sentido un aire frío que soplaba en mi cara. Nadie estaba en la habitación salvo la persona que comparte mi cuarto, que estaba dormida.	Sin experiencia	76.3 (379)	82.1 (128)	77.6 (508)
	Con experiencia	23.7 (118)	17.9 (28)	22.4 (146)
33. he tenido las vívidas sensaciones de presencia, como si alguien algo me tocara o presionara todo o alguna parte de mi cuerpo.	Sin experiencia	76.3 (379)	132 (84.6)	78.1 (511)
	Con experiencia	23.7 (118)	15.4 (24)	21.9 (143)
38. he tenido la experiencia de oler comidas o perfumes, pero cuando trato de determinar el origen de esos olores, no encuentro nada.	Sin experiencia	80.7 (401)	84.6 (132)	81.6 (534)
	Con experiencia	19.3 (96)	15.4 (24)	18.4 (120)

Disociación, Absorción, y Propensidad a la Fantasía. La Hipótesis 1 era que los estudiantes con experiencias HP/HG puntuarían más alto en disociación (DES), Absorción (medido con el TAS), y propensidad a la fantasía (CEQ), la cual fue confirmada: quienes tienen experiencias HG/HP puntuaron significativamente alto en relación a los puntajes de disociación ($r = .46, p < .001$, a 1 cola), absorción ($r = .48, p < .001$, a 1 cola), y fantasía ($r = .42, p < .001$, a 1 cola) (ver Tabla 2).

Propensidad a la Esquizotipia. La Hipótesis 2 era que los estudiantes con experiencias HG/HP puntuarían más alto en relación con la propensidad a la esquizotipia cognitivo-perceptual, interpersonal y desorganizada (medido con el SPQ), la cual fue confirmada: quienes

tienen experiencias HG/HP puntuaron significativamente alto en relación con los puntajes de los factores cognitivo-perceptual ($r = .44, p < .001$, a 1 cola), pero algo menor en interpersonal ($r = .18, p = .001$, a 1 cola), y desorganizada ($r = .25, p = .001$, a 1 cola) (ver Tabla 2).

Neuroticismo y Psicoticismo. La Hipótesis 3 era que los estudiantes con experiencias HG/HP puntuarían más alto en *Neuroticismo* y *Psicoticismo* (medido con el EPQ-A de Eysenck & Eysenck, 1978), la cual fue confirmada sólo para *Neuroticismo*: quienes tienen experiencias HG/HP puntuaron significativamente alto en relación a los puntajes de *Neuroticismo* ($r = .20, p = .001$, a 1 cola), pero no fue significativa para *Psicoticismo* (ver Tabla 2).

Tabla 2

Modalidades Sensoriales de las Experiencias HG/HP en Relación con Experiencias Esquizotípicas, Disociación, Absorción, Propensidad a la Fantasía y Esquizotipia

Modalidad Sensorial	Esquizotipia			EPQ				
	Cognitivo-Perceptual	Interpersonal	Desorganizada	DES	TAS	CEQ	Neuroticismo	Psicoticismo
12. Oír voces	.31***	.11**	.18***	.34***	.34***	.32***	.14**	.03
25. Ver luces y formas	.25***	.17***	.16***	.27***	.25***	.23***	.14**	.18*
30. Sensación de contacto	.34***	.06	.10*	.25***	.27***	.25***	.09	.003
33. Sensación de presencia	.26***	.13**	.17***	.28***	.29***	.25***	.16*	.07
38. Olores	.24***	.15***	.18***	.28***	.28***	.21***	.11*	.06
HP/HG Total	.44***	.18***	.25***	.48***	.46***	.42***	.20**	.09

Nota. DES = Disociación; TAS = Absorción; CEQ = Propensidad a la fantasía. * $p < .05$; ** $p = .001$; *** $p < .001$, a 1 cola.

Discusión

Este estudio demuestra que existen diferencias individuales en el comportamiento y la experiencia en algunos individuos con experiencias HG/HPs y sin experiencias. Las puntuaciones de propensión a la fantasía, disociación y absorción estuvieron altamente correlacionadas entre sí para cada modalidad sensorial, siendo la auditiva y la táctil las modalidades más relevantes. Por otra parte, la modalidad hipnagógica (por ej. "Sólo cuando me estoy durmiendo o estoy despertando del sueño, he visto sombras, o figuras humanas o no-humanas cerca de mi cama, yo las he visto claramente y veo lo que hacen") también reveló un indicador elevado (22%). Claramente, estas alucinaciones necesitan ser diferenciadas de otros tipos de imagerías en

el sentido de que ocurren solamente en el período transicional de la vigilia al dormir (hipnagógicas) o del dormir al despertar (hipno-pómpicas). La mayoría de los individuos que experimentaron estas alucinaciones saben que lo que perciben no es verdadero, aun cuando sean emocionalmente perturbadoras.

¿Qué factores son los responsables de estas diferencias individuales en la experiencia nocturna? Primero, las diferencias individuales de la calidad del sueño pueden relacionarse con la inestabilidad emocional, pero también en elevados niveles de disociación psicológica, absorción, propensidad a la fantasía y esquizotipia cognitivo-perceptual. Si estos niveles llegaran a resultar muy altos, trastornos tales como el insomnio – un síntoma muy común en la depresión y otros trastornos de ansiedad (Totterdell, Reynolds, Parkinson, & Briner,

1994) – podrían ocurrir en consecuencia. En nuestro estudio, las correlaciones son más bien bajas, pero indican un nivel de significación que no debe ser desatendido.

Otros estudios han examinado las diferencias individuales para el recuerdo del sueño (es decir, la frecuencia del recuerdo del sueño), los cuales son bastante consistentes, y sugieren que los individuos que tienen más recuerdo de sueños, es decir, sueños que son más vívidos e intensos, inusuales, e interesantes, muestran un mejor recuerdo global. Por ejemplo, los sueños que se recuerdan más frecuentemente se asocian a puntajes más altos en creatividad, propensión a la fantasía, absorción, y susceptibilidad hipnótica (Cohen, 1974; Fitch & Armitage, 1989; Hill, Dierner, & Heaton, 1997). En relación con esto, la tendencia a la esquizotipia se asocia a mayor capacidad para recordar sueños en general, particularmente pesadillas (Claridge, Clark, & Davis, 1997; Hartmann, Russ, Oldfield, Sivan, & Cooper, 1987; Levin, 1998; Levin & Raulin, 1991). Por ejemplo, Watson (2001) coleccionó diarios de recuerdos de sueños durante un periodo de tres meses y encontró que a mayor frecuencia en el recuerdo del sueño mayor nivel de disociación y esquizotipia general.

Se conoce menos sobre los correlatos de otras experiencias relacionadas con el sueño, como las parálisis del sueño, alucinaciones HG/HP, ensoñaciones en vigilia (la incerteza de si realmente se ha tenido la experiencia, o si solamente la soñó), y sueños lúcidos (estar consciente de que uno está soñando o que puede controlar el contenido del sueño). Sin embargo, es importante observar que muchas de estas experiencias oníricas son muy comunes en la población. Por ejemplo, Ohayon et al. (1996) examinaron una muestra representativa de casi 5000 británicos y encontraron que el 37% de su muestra había experimentado imágenes hipnagógicas por lo menos dos veces por semana, y que el 12% tuvo alucinaciones hipnagógicas al menos dos veces por semana, en ambos casos por un período de un año.

Es también importante advertir que los puntajes de los individuos de nuestro estudio que tuvieron experiencias HG/HP correlacionaron más fuertemente con disociación – seguido de absorción y propensión a la fantasía – que esquizotipia en general, aunque fuertemente correlacionada con el factor Cognitivo-perceptual.

Los resultados del presente estudio también sugieren que las experiencias disociativas (y otros constructos relacionados), la esquizotipia, y las experiencias oníricas definen un dominio común. ¿Cuál es la naturaleza de este dominio, y por qué están presentes estos vínculos entre sí? Hay un número creciente de investigadores – que parten de diversos modelos teóricos – que sugieren que hay diferencias individuales que reflejan la facilidad

con que una persona puede atravesar diferentes estados de consciencia (Hartmann, 1991; McCreery, 1997; Thalbourne & Houran, 2000). Hartmann (1991), por ejemplo, argumenta que los que tienden a recordar sueños más frecuentemente, o tienen sueños más vívidos, también tienen “límites finos” que permiten el pasaje entre estados de consciencia que corresponden a la realidad consciente, de vigilia, y los estados que corresponden a la fantasía. De manera similar, Thalbourne y Houran (2000, p. 853) sugieren que la propensión a la esquizotipia, la fantasía, la absorción, y la creatividad son todas manifestaciones del amplio rasgo de la transliminalidad, definida como la “tendencia de la imaginería, la ideación, el afecto y la percepción, u otras características psicológicas, a cruzar el umbral dentro y fuera de la consciencia... una experiencia de carácter dimensional.”

Desde este punto de vista, un indicador muy alto de transliminalidad puede inducir a individuos que pasan fácilmente de un estado mental normal a un estado mental de fantasía. Se caracteriza por experiencias tales como soñar despierto, sugestionabilidad, episodios de absorción, e imaginería HG/HP. La naturaleza específica de estos estados probablemente dependa de un número de factores, incluyendo el contexto (si la persona está recostada en su cama o conduciendo un coche), así como características disposicionales (por ej. individuos que son anhedónicos o muy introvertidos interpersonalmente pueden tener más manifestaciones esquizotípicas; ver Claridge et al., 1997).

El origen de estas diferencias de límite continúan siendo confusas. Por ejemplo, McCreery (1997) sostiene que muchas experiencias esquizotípicas y experiencias perceptuales anómalas, como las experiencias anómalo/paranormales, la sinestesia y las alucinaciones HG/HP, surgen a causa de intrusiones de la Etapa 1 de sueño a la conciencia de vigilia. De manera similar, Claridge et al. (1997) examinaron la evidencia según la cual la así llamada “propensión a la psicosis” estaría relacionada con un amplio espectro de fenómenos oníricos.

Muchos de los individuos propensos a fantasear creen que tienen la habilidad de sanar, la telepatía, experiencias fuera del cuerpo, o contacto con inteligencias extraterrestres (Powers, 1991). Este contacto parece ocurrir particularmente durante los estados HG/HP, “las imágenes parecen provenir del mundo exterior al individuo que las experimenta, no de su propia mente” (Wilson & Barber, 1983, p. 364). Ambos investigadores explican estas experiencias diciendo que la propensión a la fantasía hace que mucha gente fantasee con intensidad alucinatoria de modo tal que pueden experimentar sensaciones asociadas con la percepción de espíritus, fantasmas, o apariciones en una diversidad de modalidades sensoriales. Esta constelación de rasgos de

personalidad fantasiosa parece estar relacionada con acontecimientos que los sujetos prefieren olvidar. Esta información sugiere que quizá allí haya dos mecanismos de defensa que protegen al fantaseador de un evento perturbador: podría utilizar un episodio disociativo (por ej. amnésico) para bloquear un recuerdo doloroso y crear una realidad alternativa, y/o remplazar ese recuerdo perturbador por otro más deseable, menos doloroso y más fantástico. Finalmente, es posible que individuos con altos indicadores puedan traspasar relativamente sin esfuerzo el muy permeable "límite" entre el sueño y el despertar. Si esto es así, permitiría explicar porqué algunas personas que tienden a tener experiencias vívidas e inusuales durante el día, también podrían tenerlas durante la noche. Esto requerirá más estudios para alcanzar una conclusión firme.

Referencias

- Alvarado, C. S. (2000). Out-of-body experiences. In E. Cardeña, S. J. Lynn, & S. Krippner (Eds.), *Varieties of anomalous experience: Examining the scientific evidence* (pp. 183-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- American Sleep Disorders Association. (1990). *International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual (ICSD)*. Rochester, MN: Author.
- Baddia, P., Wright, K. P., & Wauquier, A. (1994). Fluctuations in single-Hertz EEG activity during the transition to sleep. In R. D. Ogilvie & J. R. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 201-218). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bernstein, E., & Putnam, F. W. (1993). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.
- Bourguignon, E. (1976). *Possession*. San Francisco: Chandler y Sharp.
- Bray, J. J., Cragg, P. A., Macknight, A. D. C., Mills, R. G., & Taylor, D. W. (Eds.). (1992). *Lecture notes on human physiology* (2nd ed.). Oxford, England: Blackwell.
- Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). New York: Guilford.
- Carlson, E. B. (1994). Studying the interaction between physical and psychological states with the Dissociative Experiences Scale. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Castillo, R. J. (1997). Dissociation. In W. S. Tseng & J. Streltzer (Eds.), *Culture and psychopathology: A guide to clinical assessment* (pp. 101-123). New York: Brunner.
- Claridge, G., Clark, K., & Davis, C. (1997). Night, dreams, and schizotypy. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 377-386.
- Cohen, D. S. (1974). Toward a theory of dream. *Psychological Bulletin, 81*, 138-154.
- Conesa, J. (1995). Relationship between isolated sleep paralysis and geomagnetic influences: A case study. *Perceptual and Motor Skills, 80*, 1263-1273.
- Council, J. R., & Huff, K. (1990). Hypnosis, fantasy activity, and reports of experiences in high, medium and low fantasizers. *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis, 7*, 9-13.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1978). *Eysenck Personality Questionnaire*. Madrid, España: TEA.
- Foulkes, D., & Vogel, G. (1965). Mental activity at sleep onset. *Journal of Abnormal Psychology, 70*, 231-246.
- Fitch, T., & Armitage, R. (1989). Variations in cognitive style among high and low fluency dream recallers. *Personality and Individual Differences, 10*, 869-875.
- French, C. C., & Kerman, M. K. (1996, September). *Childhood trauma, fantasy proneness and belief in the paranormal*. Paper presented at the Conference of the British Psychological Society at the Institute of Education, London.
- Fukuda, K., Inamatsu, N., Kurciwa, M., & Miyasita, A. (1991). Personality of healthy young adults with sleep paralysis. *Perceptual and Motor Skills, 73*, 955-962.
- Glicksohn, J. (1989). The structure of subjective experience: Interdependencies along the sleep-wakefulness continuum. *Journal of Mental Imagery, 13*, 99-106.
- Glicksohn, J. (1993-1994). Rating the incidence of an altered state of consciousness as a function of the rater's own absorption score. *Imagination, Cognition and Personality, 13*(3), 225-228.
- Glicksohn, J., & Avnon, M. (1997-1998). Explorations in virtual reality: Absorption, cognition and altered state of consciousness. *Imagination, Cognition and Personality, 17*(2), 141-151.
- Glisky, M. L., Tataryn, D. J., Tobias, B. A., Kihlstrom, J. F., & McConkey, K. M. (1991). Absorption, openness to experience, and hypnotizability. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 263-272.
- Golub, D. (1995). Cultural variations in multiple personality disorder. In L. Cohen, J. Berzoff, & M. Ellin (Eds.), *Dissociative identity disorder* (pp. 285-327). Northvale, NJ: Aronson.
- Goodman, E. (1988). *How about demons?* Indianapolis, IN: Indiana University Press.
- Grady, K. E., & Wallston, B. S. (1988). *Research in health care setting*. Newbury Park, CA: Sage.
- Gurney, E., Myers, F. W. H., & Podmore, F. (1886). *Phantasms of the living* (Vols. 1-2). London: Trubner.
- Kim, J., & Mueller, C. W. (1978). *Factor analysis: Statistical methods and practical issues*. Newbury Park, CA: Sage.
- Lynn, S. J., & Rhue, J. W. (1988). Fantasy proneness: Hypnosis, developmental antecedents, and psychopathology. *American Psychologist, 43*, 35-44.
- Hartmann, E. (1991). *Boundaries of the mind: A new psychology of personality*. New York: Basic Books.
- Hartmann, E., Russ, D., Oldfield, M., Sivan, I., & Cooper, S. (1987). Who has nightmares? The personality of the lifelong nightmare sufferer. *Archives of General Psychiatry, 44*, 49-56.
- Hill, C. E., Diemer, R. A., & Heaton, K. I. (1997). Dream interpretation sessions: Who volunteers, who benefits, and what volunteer clients view as most and least helpful. *Journal of Counseling Psychology, 44*, 53-62.
- Hori, T., Hayashi, M., & Morirawa, T. (1994). Topographical EEG changes and the hypnagogic experience. In R. D. Ogilvie & J. R. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 237-253). Washington, DC: American Psychological Association.
- Howland, R. H. (1997). Sleep-onset rapid eye movement periods in neuropsychiatric disorders: Implications for the pathophysiology of psychosis. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 730-738.
- Jackson, M., & Claridge, G. (1991). Reliability and validity of a psychotic traits questionnaire (STQ). *British Journal of Clinical Psychology, 30*, 311-323.
- Jakes, S., & Hemsley, D. R. (1987). Personality and mood of hallucination and imagery in a normal population. *Perceptual and Motor Skills, 64*, 765-766.

- Kihlstrom, J. E., & Hoyt, I. P. (1990). Repression, dissociation, and hypnosis. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 181-208). Chicago: University of Chicago Press.
- Lavie, P. (1996). *The enchanted world of sleep*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Leaning, F. E. (1925). An introductory study of hypnagogic phenomena. *Proceedings of the Society for Psychical Research*, 35, 287-411.
- Levin, R. (1998). Nightmares and schizotypy. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 61, 206-216.
- Levin, R., & Raulin, M. L. (1991). Preliminary evidence for the proposed relationship between frequent nightmares and schizotypal symptomatology. *Journal of Personality Disorders*, 5, 8-14.
- Maury, M. A. (n.d.). *Des hallucinations hypnagogiques, on des erreurs des sens dans l'état intermédiaire entre la veille et le sommeil*. Retrieved from http://www.bium.univ-paris5.fr/histmed/medical/cote?e90152x1848x01x26_40 (Reprinted from *Annales Medico-Psychologiques System Nerveux*, 11, 26-40, 1848)
- Mavromatis, A. (1987). *Hypnagogia: The unique state of consciousness between wakefulness and sleep*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Mavromatis, A., & Richardson, J. T. E. (1984). Hypnagogic imagery. *International Review of Mental Imagery*, 1, 159-189.
- McCreery, C. (1997). Hallucinations and arousability: Pointers to a theory of psychosis. In G. Claridge (Ed.), *Schizotypy: Implications for illness and health* (pp. 251-273). New York: Oxford University Press.
- McKellar, P. (1957). *Imagination and thinking: A psychological analysis*. London: Cohen & West.
- McKellar, P. (1989). *Abnormal psychology: Its experience and behaviour*. London: Routledge.
- McKellar, P., & Simpson, L. (1954). Between wakefulness and sleep: Hypnagogic imagery. *British Journal of Psychology*, 45, 266-276.
- Merckelbach, H., Muris, P., Horselenberg, R., & Stougie, S. (2000). Dissociative experiences, response bias, and fantasy proneness in college students. *Personality and Individual Differences*, 28, 49-58.
- Mitchell, P. L., & Redman, J. R. (1993). The relationship between morningness-eveningness, personality and habitual caffeine consumption. *Personality and Individual Differences*, 15, 105-108.
- Myers, F. W. H. (1903). *Human personality and its survival of bodily death* (Vol. 1). New York: Longmans, Green.
- Myers, S., & Austrin, H. (1985). Distal eidetic technology. *Journal of Mental Imagery*, 9, 57-66.
- Nielsen, T. A. (1992). A self-observational study of spontaneous hypnagogic imagery using the upright napping procedure. *Imagination, Cognition and Personality*, 11, 353-366.
- Ohayon, M. M., Priest, R. G., Caulet, M., & Guilleminault, C. (1996). Hypnagogic and hypnopompic hallucinations: Pathological phenomena? *British Journal of Psychiatry*, 169, 459-467.
- Oswald, I. (1959). Sudden bodily jerks on falling asleep. *Brain*, 82, 92-103.
- Parker, A. (1975). *States of mind: ESP and altered states of consciousness*. New York: Taplinger.
- Parra, A., Adrover, F., & González, G. (2006). Estudio exploratorio de la experiencia alucinatoria: comparación entre población clínica y no-clínica. In 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, Argentina: Akadia.
- Powers, S. M. (1991). Fantasy proneness, amnesia, and the UFO abduction phenomenon. *Dissociation*, 4(1), 46-54.
- Putnam, F. W., Guroft, J. J., Silbermart, F., Barban, L., & Post, R. M. (1986). The clinical phenomenology of multiple personality disorder: Review of 100 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 285-293.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Rader, C., & Tellegen, A. (1987). An investigation of synesthesia. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 981-987.
- 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*. Paper presented at Western Psychological Association Conference, 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.
- Ray, W. J. (1996). Dissociation in normal populations. In L. Y. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 51-66). New York: Plenum.
- Rechtschaffen, A. (1994). Sleep onset: Conceptual issues. In R. D. Ogilvie & J. R. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 3-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Richardson, J. T. E., Mavromatis, N., Mindel, T., & Owens, A. C. (1981). Individual differences in hypnagogic and hypnopompic imagery. *Journal of Mental Imagery*, 5, 91-96.
- Rose, N., & Blackmore, S. (1996, August). *Two pilot surveys of unusual personal experiences*. Paper presented at the 20th International Conference of the Society for Psychical Research, Cirencester, England.
- Schacter, D. L. (1976). The hypnagogic state: A critical review of the literature. *Psychological Bulletin*, 83, 452-481.
- Sherwood, S. J. (1999). Relationship between childhood hypnagogic/hypnopompic and sleep experiences, childhood fantasy proneness, and anomalous experiences and beliefs: An exploratory WWW survey. *Journal of the American Society for Psychical Research*, 93, 167-197.
- Sherwood, S. J. (2001). WWW survey of the content, sensory modalities and interpretation of hypnagogic and hypnopompic experiences. *Proceedings of Presented Papers: The Parapsychological Association 44th Annual Convention*, 301-319.
- Spanos, N. P., Cross, P. A., Dickson, K., & DuBreuil, S. C. (1993). Close encounters: An examination of UFO experiences. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 624-632.
- Startup, M. (1999). Schizotypy, dissociative experiences and childhood abuse: Relationships among self-report measures. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 333-344.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stickgold, R., & Hobson, J. A. (1994). Home monitoring of sleep-onset and sleep-onset mentation using the nightcap. In R. D. Ogilvie & J. Harsh (Eds.), *Sleep onset: Normal and abnormal processes* (pp. 141-160). Washington, DC: American Psychologists Association.
- Tart, C. T. (1969). *Altered states of consciousness*. New York: Wiley.
- 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.
- Thalbourne, M. A., & Houran, J. (2000). Transfirminality, the Mental Experience Inventory, and tolerance of ambiguity. *Personality and Individual Differences*, 28, 853-863.
- Totterdell, P., Reynolds, S., Parkinson, B., & Briner, R.-B. (1994). Associations of sleep with everyday mood, REM symptoms, and social interaction experience. *Sleep*, 17, 466-475.

- Watanabe, T. (1998). A study on the individual differences of the experience of hypnagogic imagery. *Japanese Journal of Psychology*, 68, 478-483.
- Wilcox, J. (1985). Psychopathology and narcolepsy. *Neuropsychobiology*, 14, 170-171.
- Wilson, G. D. (1990). Personality, dreamday, and arousal. *Personality and Individual Differences*, 11, 153-168.
- Wilson, S. C., & Barber, T. X. (1983). The fantasy-prone personality: Implications for understanding imagery, hypnosis, and parapsychological phenomena. In A. A. Sheik (Ed.), *Imagery: Current theory, research, and applications* (pp. 340-387). New York: Wiley.
- Watson, D. (2001). Dissociations of the night: Individual differences in sleep-related experiences and their relation to dissociation and schizotypy. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 526-535.

Received 14/11/2007
Accepted 24/10/2008

Alejandro Parra. Psicólogo, Instituto de Psicología Paranormal, Buenos Aires. Tiene interés en la investigación clínica y experimental de las experiencias psicológicas anómalas, estados no ordinarios de conciencia, y psicodiagnóstico diferencial entre perturbación psicológica y experiencias anómalas. Actualmente investiga en campos tales como la antropología transpersonal y la psiquiatría transcultural. Es editor de la *Revista Argentina de Psicología Paranormal*.