

Sigmund Freud (1969). Imago Editora. Edição Eletrônica em CD-ROM.

GABBARD, G.O.; TWEMLOW, S.W.; JONES, F.C. – Differential Diagnosis of Altered Mind/Body Perception. *Psychiatry* 45: 361-9, 1982.

GALLUP GH JR.; NEWPORT, F. – Belief in Paranormal Phenomena Among Adult Americans. *Skeptical Inquirer* 15: 137-46, 1991.

GREENBERG, D.; WIZTUM, E.; BUCHBINDER, J.T. – Mysticism and Psychosis: The Fate of Bem Zoma. *Br J Med Psychology* 65: 223-35, 1992.

GREYSON, B.; STEVENSON, I. – The Phenomenology of Near-Death Experiences. *Am J Psychiatry* 137: 1193-6, 1980.

GROF, S. – *Psychology of the Future – Lessons from Modern Consciousness Research* – New York. State University of New York Press, pp. 276-7, 2000.

GROF, S.; GROF, C. – *Emergência Espiritual: Crise e Transformação Espiritual*. Editora Cultrix, São Paulo, 2001

HALES, R.H. – *Psychiatric System Interface Disorders*. In: *DSM-IV Sourcebook*. Washington DC. American Psychiatric Press, 1994.

HARE, E.H. – *Masturbatory Insanity: The History of an Idea*. *The Journal of Mental Science* 108: 2-25, 1962 (apud LOTUFO NETO, 1997).

HERTZ-PICCIOTTO, I. – *What You Should Have Learned about Epidemiologic Data Analysis*. *Epidemiology* 10: 778-83, 1999.

HILL, A.B. – *The Environment and Disease: Association or Causation?* *Proc R Soc Med* 58: 295-300, 1965.

HORTON, P.C. – *The Mystical Experience: Substance of an Illusion*. *Am Psychoanal Assoc J* 22: 364-380, 1974.

HUFFORD, D.J. – *Commentary. Paranormal Experiences in the General Population*. *J Nerv Ment Dis* 180: 362-8, 1992.

JAMES, W. – *As Variedades da Experiência Religiosa*. Um Estudo Sobre a Natureza Humana. Editora Cultrix, São Paulo, 1991.

JUNG, C.G. – *Sobre a Psicologia e Patologia dos Fenômenos Chamados Ocultos*. In: JUNG, C.G. *Estudos Psiquiátricos*. Vozes, Petrópolis, pp. 15-96, 1994.

KING, M.B.; DEIN, S. – *The Spiritual Variable in Psychiatric Research*. *Psychological Medicine* 28: 1259-62, 1998.

KUHN, T.S. – *A Estrutura das Revoluções Científicas*. Editora Perspectiva, São Paulo, 2000.

LAKATOS, I.; MUSGRAVE, A. – *Criticism and the Growth of Knowledge*. Cambridge University Press, Cambridge, 1970.

LEWIS-FERNÁNDEZ, R. – *A Cultural Critique of the DSM-IV Dissociative Disorders Section*. *Transcultural Psychiatry* 35: 387-400, 1998.

LOTUFO NETO, F. – *Psiquiatria e Religião: a Prevalência de Transtornos Mentais entre Ministros Religiosos*. Tese (livre-docência), Faculdade de Medicina da Universidade de São

Paulo. São Paulo, 1997.

LU, F.G.; LUKOFF, D.; TURNER, R. – *Religious or Spiritual Problems*. In: *DSM-IV Sourcebook*. American Psychiatric Press, Washington DC, 1994.

LUKOFF, D.; LU, F.; TUNER, R. – *Toward a More Culturally Sensitive DSM-IV: Psychoreligious and Psychospiritual Problems*. *J Nerv Ment Dis* 180: 673-82, 1992.

LUKOFF, D.; LU, F.G.; TURNER, R. – *Cultural Considerations in the Assessment and Treatment of Religious Problems*. *Psych Clin N Am* 18: 467-85, 1995.

MOORE, L.J. – *Psychiatric Contributions to Understanding Racism*. *Transcultural Psychiatry* 37: 147-82, 2000.

MULHERN, S. – *Embodied Alternative Identities: bearing witness to a world that may have been*. *Psych Clin N Am* 14: 769-86, 1991.

MUNRO, C.; PERSINGER, M.A. – *Relative Right Temporal-lobe Theta Activity Correlates with Vingiano's Hemispheric Quotient and the "Sensed-Presence"*. *Perceptual and Motor Skills* 75:899-903, 1992.

MYERS, F.W.H. – *Human Personality and Its Survival*, 2 vols. Owens, 1906.

OWENS, J.E.; COOK, E.W.; STEVENSON, I. – *Features of "near-death experience" in Relation to Whether or not Patients Were Near Death*. *Lancet* 336: 1175-7, 1990.

OWENS, J.E.; COOK, E.W.; STEVENSON, I. – *Near-Death Experience*. *Lancet* 337: 1167-8, 1991.

PARISCHA, S.; STEVENSON, I. – *Near-Death Experiences in India*. *J Nerv Ment Dis* 174: 165-70, 1986.

PEKALA, R.J. – *The Phenomenology of Consciousness Inventory (PCI)*. West Chester, PA: Mid Atlantic Educational Institute, 1991.

PEKALA, R.J.; CARDEÑA, E. – *Methodological Issues in the Study of Altered States of Consciousness and Anomalous Experiences*. In: CARDEÑA, E.; LYINN, S.J.; KRIPPNER, S. *Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence*. Washington DC, American Psychological Association, 2000.

PERSINGER, M.A. – *Right Hemisphericity, Low Self-esteem, and Unusual Experiences: a Response to Vingiano*. *Perceptual and Motor Skills* 75: 568-70, 1992.

POPPER, K.R. – *Conjecturas e Refutações*. Brasília, Universidade de Brasília, 1982.

POST, S.G. – *DSM-III-R and Religion* (letter). *Am J Psychiatry* 147: 813, 1990.

RAO, D.; STEVENSON, I. – *Telepathy in Shared Dreams?* *Am J Psychiatry* 136: 1345-6, 1979.

ROSS, C.A.; JOSHI, S. – *Paranormal Experiences in the General Population*. *J Nerv Ment Dis* 180: SIDGWICK, H. – *Report on the Census of Hallucinations*. *Proceedings of the Society for Psychical Research* 10: 25-252, 1894. (Apud BERRIOS, G. E. – *The History of Mental*

Symptoms. Cambridge University Press, Cambridge, 1996)

SIMS, A. – *Symptoms in the Mind*. Ballière Tindall, London, 1988.

STEVENSON, I.; GREYSON, B. – *Near-Death Experience: Relevance to the Question of Survival after Death*. *JAMA* 242: 265-7, 1979.

STEVENSON, I. – *American Children who Claim to Remember Previous Lives*. *J Nerv Ment Dis* 171: 742-8, 1983.

STEVENSON, I. – *Do We Need a New Word to Supplement "Hallucination"?* *Am J Psychiatry* 140: 1609-11, 1983.

STEVENSON, I. – *The Explanatory Value of The Idea of Reincarnation*. *J Nerv Ment Dis* 164: 305-26, 1977.

TART, C.T. – *States of Consciousness and State-bearing witness to a world that may have been*. *Psych Clin N Am* 14: 769-86, 1991.

TART, C.T. – *States of Consciousness*. Lincoln, Authors Guild Backprint.com Edition, 2000 (1983).

TURNER, R.P.; LUKOFF, D.; BARNHOUSE, R.T.; LU, F.G. – *Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV*. *J Nerv Ment Dis* 183(7): 435-44, 1995.

VICTORA, C.G.; HUTTLY, S.R.; FUCHS, S.C.; OLINTO, M.T.A. – *The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: a Hierarchical Approach*. *International Journal of Epidemiology* 26: 224-7, 1997.

WEAVER, A.J.; SAMFORD, J.A.; LARSON, D.B. et al. – *A Systematic Review of Research on Religion in Four Major Psychiatric Journals: 1991-1995*. *J Nerv Ment Dis* 186: 187-9, 1998.

Palabras claves: Metodología; Estado alterado de conciencia; Espiritualidad; Experiencia anómala.

1 Médico Psiquiatra y Doctorado en Psiquiatría por el Departamento de Psiquiatría de FMUSP, Fundador y Coordinador del NEPER.

2 Médico Psiquiatra, Docente-Libre del departamento de Psiquiatría de la FMUSP y Fundador del NEPER.

* **Estados alterados de conciencia** (EAC) es la traducción que los autores brasileños Moreira de Almeida y Lotufo Neto hacen de la expresión inglesa *Altered states of consciousness* y que hemos mantenido en esta traducción del portugués al español. No obstante, los traductores hispanoparlantes prefieren la expresión **Estados modificados de conciencia** o **Estados no ordinarios de conciencia** puesto que el uso del término "alterado" en español remite más frecuentemente a la idea de algo patológico que de algo distinto. (Nota del traductor)

FASCÍCULO COLECCIONABLE

Directrices metodológicas para investigar estados alterados de conciencia y experiencias anómalas

por Alexander Moreira de Almeida (1). Francisco Lotufo Neto (2)

RESUMEN

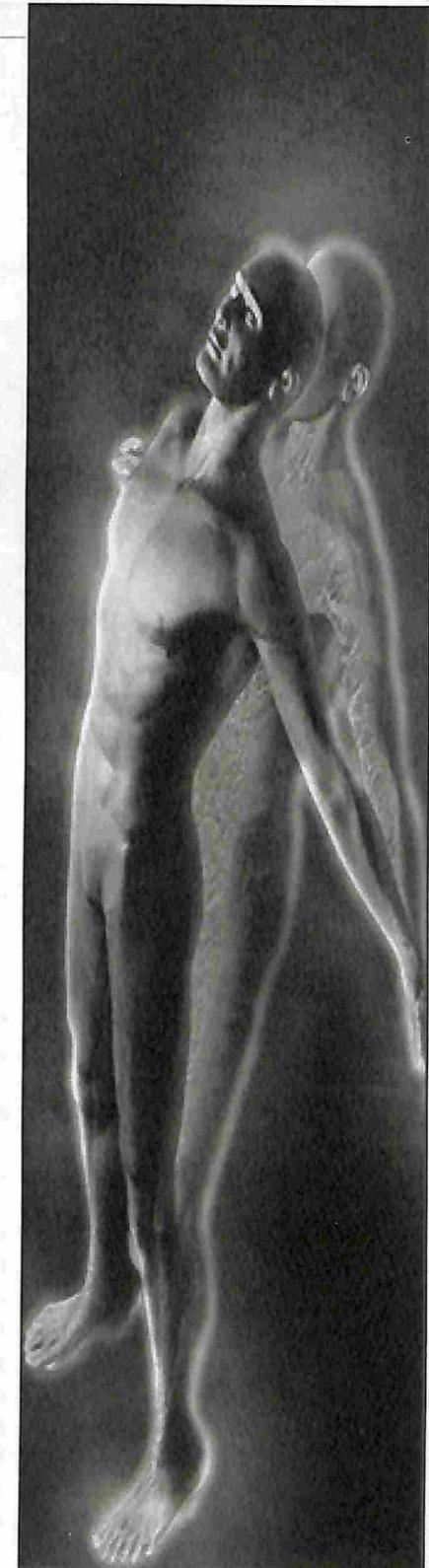
Las experiencias anómalas (EA) (vivencias no comunes o diferentes de lo habitual y las explicaciones usualmente aceptadas como realidad: alucinaciones, sinestesia y vivencias interpretadas como telepáticas...) y los estados alterados de conciencia (EAC)*, son descritos en todas las civilizaciones de todas las eras, constituyendo elementos importantes en la historia de las sociedades. A pesar de eso, han recibido poca atención de la comunidad científica, o son abordados en forma poco rigurosa. Las EA y los EAC pueden ser estudiados sin que se compartan las creencias involucradas, siendo posible investigarlos como experiencias subjetivas y, como tales, correlacionados con cualquier otro dato. En este artículo, se buscó presentar algunas directrices metodológicas para un estudio riguroso del tema, entre ellas: evitar un abordaje preconcebido y la "patologización" de lo diferente, la necesidad de una teoría y de una revisión exhaustiva de la literatura existente, utilizar diversos criterios de normalidad y patología, investigar poblaciones clínicas y no clínicas, desarrollo de instrumentos adecuados para la evaluación, cuidados en los términos escogidos y en el establecimiento de nexos causales, distinguir entre la experiencia vivenciada y sus interpretaciones, con-

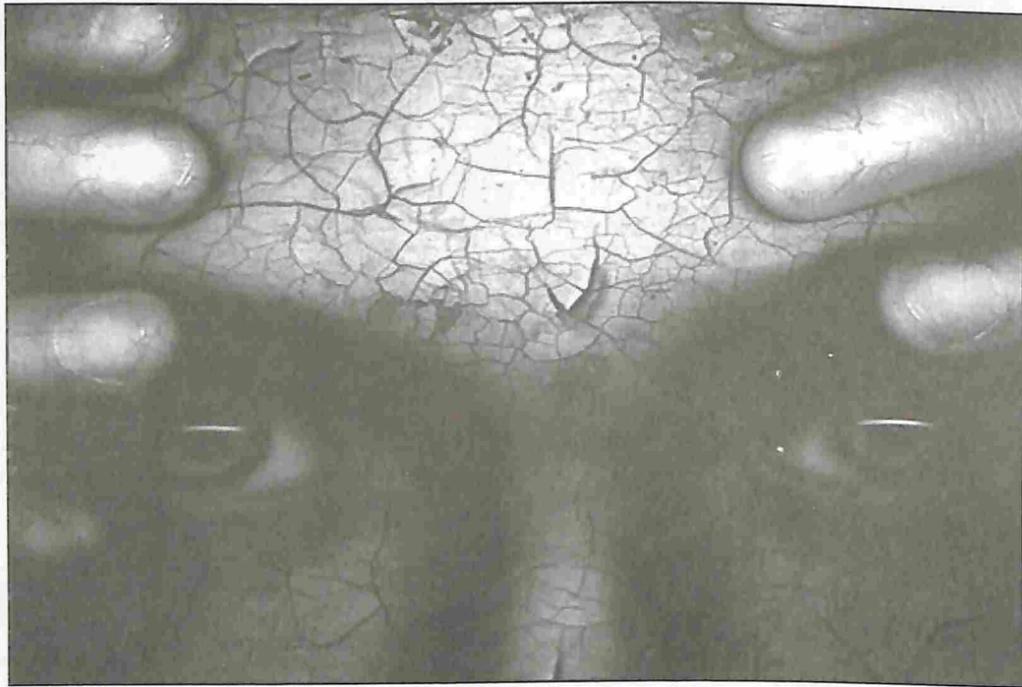
siderar el papel de la cultura, evaluar la confiabilidad y la validez de los relatos, y por fin, el desafío generado por la necesidad de creatividad y diversidad en los métodos seleccionados.

Introducción

El término "experiencia anómala" (EA) es empleado para designar una experiencia no común (ej.: alucinación, sinestesia) o que, aunque sea relatada por muchas personas (ej.: vivencias interpretadas como telepáticas), se aceptan como diferentes de lo habitual y de las explicaciones usualmente aceptadas como realidad. No hay necesariamente una relación con patología o anormalidad (Cardeña, Lyinn y Krippner, 2000).

Las EA están muy relacionadas con los "estados alterados de conciencia" (EAC), que Charles Tart (1972) definió como "una alteración cualitativa del patrón global de funcionamiento mental que el individuo siente como radicalmente diferente de su modo usual de funcionamiento". Este mismo autor hace una analogía entre el cambio de un estado habitual de conciencia a un EAC, al decir que una misma computadora puede funcionar con dos programas diferentes. De acuerdo con este ejemplo, un mismo conjunto de datos o informaciones puede ser procesado de formas





Las dimensiones religiosas y espirituales de la cultura están entre los factores más importantes que estructuran las creencias, los valores, los comportamientos y los patrones del sufrimiento humano, es decir, la experiencia humana.

muy diferentes y generar salidas muy diversas.

Aún cuando hubiera una superposición entre EA y EAC, las primeras pueden ocurrir en estados ordinarios de conciencia (alucinaciones). Las EA y los EAC son descritos en las civilizaciones de todos los tiempos, constituyendo muchas veces, elementos importantes en la historia de las sociedades y, principalmente, de sus religiones. Tienen un profundo impacto, tanto en la vida de aquellos que los viven directamente como de los que los acompañan de cerca. Las dimensiones religiosas y espirituales de la cultura están entre los factores más importantes que estructuran las creencias, los valores, los comportamientos y los patrones del sufrimiento humano, es decir, la experiencia humana (Lukoff y Turner, 1992.) Las experiencias disociativas ocurren muy frecuentemente en contextos religiosos, constituyéndose muchas veces en EAC. A pesar de ser conceptos específicos: EA, EAC, fenómenos disociativos y religiosos, están de tal modo interrelaciona-

dos, que los usaremos de modo más o menos intercambiable a lo largo de esta exposición. Frecuentemente las publicaciones científicas han considerado estas vivencias como fenómenos raros, vestigios de "culturas primitivas" o indicadores de psicopatología (Freud, 1969, Horton, 1974; Mulhern, 1991; Lukoff, 1992, Munro, 1992, Persinger, 1992; Greenberg, 1992). En tanto, recientes investigaciones en diversas poblaciones han demostrado que las experiencias disociativas (Ross, Joshi y Currie, 1990) tenidas como paranormales (Ross y Joshi, 1992) son muy frecuentes. En este último estudio, alguna experiencia "paranormal" (incluyendo telepatía, sueños precognitivos, *déjà vu*, conocimiento de vidas pasadas...) fue relatada por el 65 % de la población de una región en Canadá. En un relevamiento hecho en Estados Unidos, el 17% de la muestra respondió que Sí, cuando se les preguntó a los sujetos: "¿Usted se sintió, alguna vez, en contacto con alguien que ya había muerto?" (Gallup y Newport, 1991). Las EA son tan frecuentes en la población en general que ninguna teoría de psicología normal o patológica puede estar completa si no las toma en consideración (Ross y Joshi, 1992). La visión que esas vivencias son raras y patológicas ha sido una forma de control social, transformándose en una profecía autocumplida. Como socialmente se cree que estas experiencias son consideradas como obvios indicios de psicopatología, sólo los pacientes francamente psicóticos, que ya perdieron el juicio crítico, hablan abiertamente de las mismas (Hufford, 1992). A pesar de su enorme importancia, las experiencias anómalas, místicas, religiosas y paranormales han sido tratadas negligentemente por la investigación y por la práctica psiquiátrica. A fines del siglo XIX y comienzos del XX el asunto fue investigado de modo muy consistente (James, 1991/ 1902; Jung

1994/1902; Myers, 1906), pero prontamente fue eliminado del temario (Ross y Joshi, 1992). En las últimas décadas ha habido un florecimiento de las investigaciones en esa área (Grof y Grof, 2001; Lewis-Fernández, 1998). Es importante destacar que es posible estudiar las EA sin participar de las creencias involucradas, pero es necesario tomar en serio sus implicancias y no subestimar las razones por las cuales tantas personas las profesan (Hufford, 1992; King y Dein, 1998). Tales fenómenos pueden ser estudiados como experiencias subjetivas y, como tales, correlacionados con cualquier otro dato (King y Dein, 1998).

Más allá del valor cognitivo y del enriquecimiento del saber humano que una mayor comprensión de las EA puede traer, hay serias implicancias éticas. Los profesionales de la salud mental no reciben entrenamiento adecuado para abordar estas cuestiones, pero, como ellas ocurren en la práctica clínica, estamos actuando fuera de los límites de nuestro entrenamiento profesional. Se sabe que, según el abordaje realizado, una misma vivencia (experiencia cercana a la muerte) puede ser utilizada como estímulo para el crecimiento personal o reprimida como un evento indicador de inestabilidad mental (Turner et al., 1995). Compartimos con Cardeña (2000) la esperanza que "en el futuro, el clínico pueda consultar los manuales diagnósticos como auxilio en la definición de hasta dónde una cierta experiencia (mística) entra o no dentro de la psicopatología". Teniendo en cuenta la importancia, así como la falta de estudios sobre el tema, este trabajo tiene por objetivo la discusión de directrices metodológicas para el estudio de las EA y de los EAC, incluyendo religión y espiritualidad. Para una mejor organización didáctica, se optó por presentar tales directrices en tópicos.

Cuidados metodológicos Evitar el preconcepto dogmático

A pesar de saber de la inexistencia de una "observación no teórica" (Popper, 1982; Kuhn, 2000), es sumamente importante la apertura para rever posiciones e hipótesis. Principalmente en un área poco estudiada de modo riguroso y legítimamente científico como ésta, las hipótesis existentes generalmente son aceptadas más en base a la autoridad de quien las pronuncia que en las evidencias científicas disponibles. (Hare, 1962). En el área de la psiquiatría y de la religión, por ejemplo, es impresionante ver cuánto persisten ciertas ideas a pesar de la abundante evidencia en contrario. (Lotufo Neto, 1997). En el estudio de las EA, se debe transitar el estrecho camino entre dos abismos: el escepticismo pirrónico y la credulidad ingenua y buscar siempre tener apertura para explorar las diversas hipótesis posibles (Stevenson y Greyson, 1979; Stevenson 1977).

Buscar una teoría

En cualquier investigación, es muy importante la existencia de una teoría o por lo menos de un paradigma general, que guíe el diseño del estudio, la recolección de datos y su interpretación (Hertz-Picciotto, 1999; Vitoria et al., 1997). En su ausencia, no se sabe qué informaciones son importantes y deben ser escogidas, eligiéndose generalmente las más fácilmente accesibles, y que muchas veces, no son las más relevantes para entender el problema en cuestión (Kuhn, 2000; Berenbaum et al., 2000). En el área de las EA, estamos claramente en un período pre-paradigmático en el sentido kuhniano, pues "no hay ningún conjunto-padrón de métodos o de fenómenos" que todos los estudiosos del área "se sientan forzados a emplear y explicar" habiendo casi tantas teorías como cantidad de investigadores en

actividad en el área (Kuhn, 2000). Algunos buenos criterios en la elección de una teoría o paradigma son: simplicidad, abarcamiento (capacidad para resolver el mayor número posible de problemas), grado de falsedad (capacidad de hacer previsiones arriesgadas pasibles de ser testadas) y potencial heurístico (posibilidad de llevar a nuevos descubrimientos). (Kuhn, 2000; Popper, 1982; Lakatos, 1970). Se debe tener un cuidado especial para no intentar forzar que todos los datos obtenidos encajen en una teoría parcial y/o concebida prematuramente. Ese es

Se sabe que, según el abordaje realizado, una misma vivencia (experiencia cercana a la muerte) puede ser utilizada como estímulo para el crecimiento personal o reprimida como un evento indicador de inestabilidad mental

un problema común, se tiende a distinguir apenas las evidencias que confirman nuestra teoría, y se ignoran o se distorsionan las evidencias en contrario (Popper, 1982; Tart, 1972; Kuhn, 2000). La explicación para un caso específico puede no ser adecuada para la mayoría de los otros y EA similares pueden responder a etiologías y mecanismos diferentes. Lo mismo vale para fraudes: el hecho de haber descubierto fraudes en

ciertos relatos de EA no significa que todos los otros sean igualmente falsos (Pekala y Cardeña, 2000).

Revisión exhaustiva de la literatura existente

Esta es una de las recomendaciones "obvias", pero que necesitan ser reiteradas debido al hecho de ser constantemente incumplidas. En la gran mayoría de los casos, los autores parecen estar siempre "empezando de cero", ignoran

Es así como, casi todas las personas, de todas las culturas, en todas las épocas, pensamos que nuestra cultura local es la mejor y que las otras son salvajes y atrasadas. Generalmente no percibimos que nuestro estado ordinario de conciencia es apenas uno dentro de los muchos posibles de interpretar e interactuar con el ambiente con sus ventajas y limitaciones

los trabajos ya realizados o, a lo sumo, citan apenas las referencias que abonan su enfoque. (Rao y Stevenson, 1979).

Es indispensable hacer una revisión sistemática de la literatura sobre el tema en estudio (Clarke y Oxman, 2001), buscando abarcar no sólo la psiquiátrica, sino también la histórica, la sociológica, la psicológica y la religiosa (Lotufo Neto, 1997). William James (1902/1991) aclara que, en la investigación de las experiencias religiosas, "no deberemos buscar los documentos humanos más

instructivos en los campos de la erudición especializada", sino, "que los documentos más interesantes para nosotros serán los de los hombres que más se distinguieron en la vida religiosa y se mostraron más capaces de hacer una exposición comprensible de sus ideas y motivos". Ese es un recordatorio muy oportuno, pues habitualmente se ignora o se descalifica la literatura producida por las propias comunidades o individuos que vivencian los fenómenos en estudio.

Evitar "patologizar" lo diferente como "anómalo"

Es esencial adoptar una postura de humildad intelectual, puesto que la intolerancia ante la falta de conocimiento y el dolor mental de no saber, favorecen la aparición de respuestas y conclusiones apresuradas (Amaro, 1996). El psiquiatra Osorio César (1941) hizo una observación muy pertinente: "Los psiquiatras son gente desconfiada y tienen la pésima costumbre de catalogar, casi siempre con un grado de locura, las ideas y los hechos que exceden las fronteras del buen sentido de la época" (subrayado en el original).

Esta fue una actitud corriente en la historia de la psiquiatría, considerar psicopatológica cualquier manifestación fuera de los patrones ordinarios. Es un hecho reconocido que esa postura impidió una mejor comprensión de la mente humana y dio origen a actitudes discriminatorias. (Almeida y Almeida, 2000; Moore, 2000).

(Actualmente ya hay un reconocimiento, aún por el DSM-IV, de que la mayoría de las experiencias disociativas y aún alucinatorias que ocurren dentro de contextos aceptados culturalmente no son evidencias de psicopatología (Cardeña et al., 1994).

Charles Tart (2000, pp. 33-50) señala que el preconcepto, según el cual, nuestro estado ordinario de con-

ciencia es algo natural y el único modo de abordar correctamente la realidad, es un gran obstáculo para la comprensión de la naturaleza de la mente y de los estados de conciencia. Almeida, A.M.; Lotufo Neto, F. Rev. Psiq. Clín. 30 (1): 21-28, 2003

Nuestras percepciones del mundo y de nosotros mismos, así como nuestras reacciones ante ellas, son construcciones semi-arbitrarias. A pesar de tener una base en la realidad física, son dependientes de los recursos de nuestro aparato biológico y moldeados por el ambiente cultural donde nos desenvolvemos. Por el hecho de nacer en una cultura particular, solamente una pequeña porción de esas potencialidades se realizarán. Cada cultura valoriza y desarrolla un determinado repertorio de capacidades y condena o suprime, otros. Cada uno de nosotros es beneficiario de esta herencia cultural y víctima y esclavo de la estrechez de nuestra propia cultura. Es así como, casi todas las personas, de todas las culturas, en todas las épocas, pensamos que nuestra cultura local es la mejor y que las otras son salvajes y atrasadas. Generalmente no percibimos que nuestro estado ordinario de conciencia es apenas uno dentro de los muchos posibles de interpretar e interactuar con el ambiente con sus ventajas y limitaciones. Cada estado de conciencia puede traer informaciones adicionales, ayudándonos a tener una comprensión más global de nosotros mismos y del mundo en que vivimos.

Tart plantea un desafío: El método científico ¿se utilizará para la investigación de los estados de conciencia o el inmenso poder de los EAC continuará en manos de los diversos cultos o sectas? (Tart, 1972). Como bien destacó Glen Gabbard (1982): "Es incumbencia de los psiquiatras estar familiarizados con el amplio arco de experiencias humanas, saludables o patológicas. Necesitamos respetar y diferenciar las

experiencias no comunes, pero integradoras de las que son (...) desorganizadoras".

Utilizar diversos criterios de normalidad y patología

No hay un criterio universalmente aceptado sobre psicopatología, y las clasificaciones psiquiátricas tienen sus limitaciones. Muchas clasificaciones no tienen en cuenta el hecho que las EA pueden no asociarse necesariamente con trastornos mentales. En el DSM-III-R, las 12 citas sobre religión en el Glosario de Términos Técnicos son utilizadas para ilustrar psicopatología (Post, 1990). Varias escalas presentan sesgos teóricos, en virtud de los cuales, evalúan negativamente las vivencias espirituales y religiosas. Por ejemplo, en el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) respuestas positivas a preguntas sobre creencia religiosa, oración y experiencias de la presencia de Dios son consideradas evidencias de psicopatología (Batson y Ventis, 1982). Como cada criterio o escala psiquiátrica tiene sus directivas teóricas, las EA se pueden asociar de diversos modos con los diferentes instrumentos de evaluación existentes. Se recomienda la utilización de distintos conceptos psicopatológicos en la investigación de las EA (Berenbaum et al., 2000).

Más allá de los criterios diagnósticos de los manuales, son de mucho valor las evaluaciones sobre el desempeño social y el nivel de sufrimiento del individuo implicado. Cada experiencia requiere una atención especial pues inicialmente ella puede ser inicialmente fuente de sufrimiento e incapacidad, pero, a su término, traer beneficios como un mayor sentimiento de bienestar físico y psíquico. Tal es el caso de las denominadas "emergencias espirituales" que pueden manifestarse como crisis (Grof y Grof, 2001).



Evaluar los EAC bajo criterios adecuados

Cada EAC tiene un patrón de funcionamiento que privilegia ciertos aspectos de la realidad. En todo estado de conciencia hay una selección limitada del amplio arco de potencialidades humanas. Un error común es considerar un EAC como "bueno" o "malo" evaluándolo según los criterios más desarrollados en nuestro estado habitual de conciencia (raciocinio lógico, habilidades matemáticas...) Es necesario examinar el funcionamiento de los EAC bajo las condiciones bajo en las que es normalmente utilizado. Generalmente es inadecuado decir que un estado de conciencia mejor o peor que otro, la pregunta debería ser ¿mejor o peor en relación con qué habilidad? (Tart, 2000). El estado de somnolencia es pésimo para conducir un automóvil pero es ideal para conciliar el sueño a la noche.

Investigar poblaciones clínicas y no clínicas

La mayoría de los estudios sobre espiri-

son de mucho valor las evaluaciones sobre el desempeño social y el nivel de sufrimiento del individuo implicado. Cada experiencia requiere una atención especial pues inicialmente ella puede ser inicialmente fuente de sufrimiento e incapacidad, pero, a su término, traer beneficios como un mayor sentimiento de bienestar físico y psíquico



Muchos de los pacientes que relatan y creen haber vivido experiencias cercanas a la muerte, en realidad no estuvieron, desde el punto de vista médico, próximos a morir. Aunque sus experiencias compartan muchas semejanzas con los individuos que realmente estuvieron próximos a morir, hay algunas diferencias que han sido estudiadas

tualidad y EA fueron realizados en poblaciones clínicas. A pesar de tener su utilidad, estas investigaciones no permiten hacer inferencias para la población general. La población clínica posee una serie de vicios de selección que no la hace representativa de ella (Sims, 1988). Las motivaciones subyacentes en comportamientos similares pueden diferir entre individuos clínicamente

afectados o no (Cardeña, 2000). Un ejemplo son las alucinaciones, que son consideradas uno de los síntomas más clásicos y obvios de la psicopatología. No obstante, hace más de un siglo, relevamientos epidemiológicos demostraron que más de un 10 % de la población general relata fenómenos alucinatorios a lo largo de su vida (Sidgwick, 1894). Estos y otros datos revelan que una sustancial minoría de la población ha vivido alucinaciones. Hay una gran falta de información sobre alucinaciones en la población no clínica, y sería muy importante saber como éstas difieren de los portadores de trastornos mentales (Bentall, 2000).

Experiencias disociativas y tenidas como paranormales son frecuentes en la población general y no se asocian a una mayor presencia de trastornos mentales. (Ross, 1990; Lewis-Fernández, 1998, Hales, 1994; Ross y Joshi, 1992).

Desarrollar instrumentos adecuados para evaluar las creencias y las experiencias

Muchas veces las vivencias son evaluadas de modo inadecuado. Por ejemplo, se sabe que la evaluación de la religiosidad solamente por la afiliación religiosa de un individuo es incompleta y poco informativa, y ese fue el método más empleado en la última década (Weaver et al., 1998). La evaluación de la religiosidad debe ser siempre multidimensional, lo mismo vale para la mayoría de las EA. Necesitamos desarrollar y refinar escalas para evaluar tales vivencias de un modo amplio y confiable.

Cuidado en la elección de los términos que describen las experiencias

El repertorio ofrecido por el vocabulario occidental para la descripción de vivencias espirituales es extremadamente deficitario (Hufford, 1992). El

lenguaje que usamos para comunicarnos por cuestiones de la vida diaria no es adecuado para la descripción de las vivencias en un EAC, que muchas veces es considerado como **inefable**. Las palabras y las estructuras de nuestra lengua son herramientas muy inapropiadas para describir su naturaleza y dimensiones, particularmente para aquellos que no las vivenciaron (Grof, 2000).

Se hace necesario ser muy cuidadoso al escoger los términos. Algunas expresiones pueden inhibir el relato de experiencias asociadas. Stevenson (1983) argumenta que la palabra "alucinación", por estar muy ligada a inestabilidad mental, hace que las personas "normales" eviten describir sus experiencias alucinatorias. El autor, inclusive, cuestiona el empleo de ese término para todas las experiencias sensoriales no encasillándolas en personas mentalmente trastornadas o sanas, y propone otro término, idiofonía. Otro ejemplo ilustrativo proviene del relevamiento poblacional de Gallup y Newport (1991). Nueve por ciento relataron haber visto o estado en presencia de un fantasma, 17% dijeron haber estado en contacto con alguien que ya murió. Los que respondían decían que un fantasma es algo como una sábana blanca voladora que asusta y no un ser querido que ya falleció (Hufford, 1992).

En general, es siempre mejor evitar términos con implicancias causales o teóricas y preferir las descripciones fenomenológicas (Hufford, 1992). Cuando se traduce un término de una lengua a otra, ésta debe estar basada en los conceptos involucrados y no en las palabras (Alarcón, 1995).

Distinguir la experiencia vivida de sus interpretaciones

Si bien, tanto la descripción fenomenológica como su posterior interpretación por el individuo son importantes, las primeras se pueden relacionar de

modo diferente con otras variables (Berenbaum, 2000). Cuando se solicita la descripción, no las razones (por qué), sino el contenido (el qué) de sus experiencias subjetivas, las personas son mucho más precisas (Pekala, 1991).

Muchos de los pacientes que relatan y creen haber vivido experiencias cercanas a la muerte, en realidad no estuvieron, desde el punto de vista médico, próximos a morir. Aunque sus experiencias compartan muchas semejanzas con los individuos que realmente estuvieron próximos a morir, hay algunas diferencias que han sido estudiadas (Owens et al., 1990).

Considerar el papel de la cultura

El hecho de considerar patológica una experiencia disociativa particular está grandemente influenciado por la cultura (Lewis-Fernández, 1998), Cultura puede ser definida como un conjunto de significados, normas de comportamiento y valores que determinan las visiones particulares que grupos humanos tienen sobre el mundo y sobre ellos mismos (Favazza y Oman, 1978). La cultura puede influenciar la práctica clínica de diversas formas: como instrumento explicativo, agente patogénico o patoplástico, factor diagnóstico y como elemento terapéutico y protector (Alarcón et al., 1999).

Los estudios transculturales pueden determinar qué características de una experiencia dada son invariables, y cuáles, son moldeadas por el ambiente y las creencias del individuo. En las experiencias cercanas a la muerte se han hecho investigaciones en ese sentido (Greyson y Stevenson, 1980; Stevenson y Greyson, 1979; Parischa y Stevenson, 1986; Greyson, 2000) y en las supuestas memorias de vidas pasadas (Stevenson, 1977; Stevenson, 1983).

Postura del investigador: neutra pero empática.

La actitud del investigador puede tener serias implicancias sobre los datos obtenidos y sobre el individuo que relata sus experiencias. Uno de los riesgos es el de "incrementar" su relato u omitirlo, dependiendo de si el investigador asume una postura partidaria u hostil. (Stevenson y Greyson, 1979; Owens et al., 1991). Como las personas saben de modo general, que los partidarios "del cientificismo" tienden a descalificar las EA o a considerarlas señales de inestabilidad mental, gran parte de esas vivencias son disimuladas (Hufford, 1992).

Tanto por su formación (que tiende a adoptar una visión peyorativa de las dimensiones religiosas y místicas de la vida), como por el hecho de que los profesionales de la salud mental son bastante menos religiosos que la población en general, estos tienen una gran dificultad en empatizar con tales vivencias (Lukoff et al., 1992). Una postura hostil y/o "psiquiatrizante" ante estas experiencias y creencias puede traer graves consecuencias para aquél que las vivencia (Lu et al., 1994; APA, 1990).

Cuidado en el establecimiento de nexos causales

Una asociación causal es aquella en la que el cambio de la frecuencia o en la calidad de la presentación resulta en un cambio correspondiente en la frecuencia de una enfermedad o en alguna conclusión de interés. Descubrir relaciones causales, entre factores de riesgo y enfermedades, constituye un objetivo primordial. (...)

Referencias bibliográficas

- ALARCÓN, R.D. – Culture and Psychiatric Diagnosis. *Psychiatric Clinics of North America* 18(3): 449-65, 1995.
- ALARCÓN, R.D.; WESTERMEYER, J.; FOULKS, E.F.; RUIZ, P. – Clinical Relevance of Contemporary Cultural Psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 187: 465-71, 1999.
- ALMEIDA, A.M.; ALMEIDA, A.A.S – "História da "Loucura Espírita" no Brasil". XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Regional Meeting World Psychiatric Association. Associação Brasileira de Psiquiatria e World Psychiatric Association, 25-28 out. 2000.
- AMARO, J.W.F. – Psicoterapia e Religião. Lemos Editorial, São Paulo, 1996.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – Diagnostic Statistical Manual, 4th ed, Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
- APA (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION) – Guidelines Regarding Possible Conflict Between Psychiatrists' Religious Commitments and Psychiatry Practice. *Am J Psychiatry* 147: 542, 1990.
- BATSON, C.D.; VENTIS, W.L. – The Religious Experience. Oxford University Press, New York; 1982.
- BENTALL, R.P. – Hallucinatory Experiences. In: CARDEÑA, E.; LYINN, S. J. & KRIPPNER, S. Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence. Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- BERENBAUM, H.; KERN, J.; RAGHAVAN, C. – Anomalous Experiences, Peculiarity and Psychopathology. In: CARDEÑA, E.; LYINN, S. J. & KRIPPNER, S. Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence, Washington DC, American Psychological Association, 2000.
- CARDEÑA, E.; LEWIS-FERNÁNDEZ, R.; BEAR, D.; PAKIANATHAN, I.; SPIEGEL, D. – Dissociative Disorders. In: DSM IV Sourcebook, DC, Washington American Psychiatric Press, 1994.
- CARDEÑA, E.; LYINN, S.J.; KRIPPNER, S. – Varieties of Anomalous Experience: Examining the Scientific Evidence, DC, Washington American Psychological Association, 2000.
- CÉSAR, O. – Fenomenología Supranormal. *Revista Paulista de Medicina* 19(5): 49-73, 1941.
- CLARKE, M.; OXMAN, A.D. (eds.) – Cochrane Reviewers Handbook 4.1.4 [updated October 2001]. In: The Cochrane Library, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software. Updated quarterly.
- FAVAZZA, A.; OMAN, M. – Overview: Foundations of Cultural Psychiatry. *Am J Psychiatry* 135: 293-303, 1978.
- FREUD, S. – Mal-Estar na Civilização. In: Edição Standard das Obras Psicológicas Completas de