

Los fenómenos autoscópicos: dos casos de origen psicogénico

Autoscopic phenomena: two cases of psychogenic origin

Lizardo Cruzado^{1, a} , Joanna Vicuña-Ortega^{1, 2, a} , Mijail Cruz-Mamani^{1, 2, b} , Fabiola Quispe-Turpo^{1, 3, a} , Juan José Lazarte-Loayza^{1, 2, b} 

RESUMEN

Los fenómenos autoscópicos se manifiestan a través de la alucinación autoscópica, la heautoscopía y la experiencia extracorporal. Aunque no se les estudiaba lo suficiente por su aparente rareza, hoy constituyen un venero fructuoso para la comprensión de las bases neurobiológicas del *self* y la conciencia del yo. Su etiología, secundaria a organicidad y vinculada al consumo de sustancias psicoactivas y a cuadros psiquiátricos primarios, permite asomarse a eventuales conexiones entre la psicopatología clásica y los hallazgos recientes de la neurobiología más sofisticada. Se presentan dos casos de etiología psicógena, para cuya comprensión se postula la posibilidad heurística de que, a partir de la creciente vigencia de los *selfis* y de conceptos colaterales en la vida humana actual, puedan estar incrementándose, a su vez, los fenómenos autoscópicos.

Palabras clave: alucinaciones; imagen corporal; psicopatología.

ABSTRACT

Autoscopic phenomena include autoscopic hallucination, heautoscopy, and out-of-body experiences. Although their study had been neglected due to their apparent rarity, today they constitute a fruitful source for the study of the neurobiological bases of self and ego sense of consciousness. Its etiology, secondary to organicity, consumption of psychoactive substances and primary psychiatric conditions, also allows us to peer into the eventual connections between classical psychopathology and recent findings of the most sophisticated neurobiology. We present the report of two cases of psychogenic etiology, and postulate the heuristic possibility that, on the basis of the increasing frequency of selfies and related concepts in current human life, autoscopic phenomena may also be augmenting.

Keywords: hallucination; body image; psychopathology.

Citar como:

Cruzado L, Vicuña-Ortega J, Cruz-Mamani M, Quispe-Turpo F, Lazarte-Loayza JJ. Los fenómenos autoscópicos: dos casos de origen psicogénico. *Rev Neuropsiquiatr.* 2025; 88(1): 67-73. DOI: 10.20453/rnp.v88i1.6209

Recibido: 24-12-2024

Aceptado: 16-02-2025

En línea: 28-03-2025

Correspondencia:

Lizardo Cruzado
✉ lizardocd@yahoo.es



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© *Revista de Neuro-Psiquiatría*

¹ Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Lima, Perú.

² Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina de San Fernando. Lima, Perú.

³ Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Facultad de Medicina. Lima, Perú.

^a Médico psiquiatra.

^b Médico residente de psiquiatría.

INTRODUCCIÓN

Si bien la autoscopia (del griego *auto* ['uno mismo'] y *skopeo* ['ver']) puede definirse de manera sencilla como la alucinación de la propia imagen corporal (1), su naturaleza heterogénea solía ser confundida con otros fenómenos psicopatológicos, como la delusión del doble o *doppelgänger*; asimismo, su exploración clínica y neurobiológica había sido relegada por un buen tiempo (2).

Actualmente, la concepción de los fenómenos autoscópicos va más allá de la alucinación de la imagen del individuo, e incorpora, además, el desdoblamiento del yo y, por lo tanto, aspectos psicopatológicos de la ipseidad y la conciencia del yo, de la vivencia y el esquema corporal (cinestesia, propiocepción e interocepción), y de otros ámbitos de la percepción en general (por ejemplo, equilibrio, tacto y audición) (3). Todo ello se encuentra subsumido en el magma cultural donde se ubican las perspectivas vitales de cada individuo o grupo humano. Según Denning y Berrios (2), la cultura occidental hoy en día adopta una concepción sumamente estrecha del *self*, lo que inevitablemente puede acarrear la calificación de «anormales» a experiencias que en otro contexto no serían catalogadas así. Sin embargo, el «yo» es un fenómeno que ha fascinado a la humanidad a lo largo de su historia, pero hasta hoy su indagación científica se encuentra en una etapa temprana (4, 5).

Los fenómenos autoscópicos se han descrito en patologías neurológicas diversas (meningitis y encefalitis, epilepsia, traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, neoplasias y migraña) (3, 4), así como en trastornos psiquiátricos de tipo psicótico, depresivo, ansioso o disociativo (1, 2), y en consumidores de diversas sustancias psicoactivas, como alcohol (6), marihuana, opio, heroína, mescalina y ácido lisérgico (7), o, últimamente, ketamina (8). Asimismo, se han reportado en individuos normales (en duelo, en situaciones cercanas a la muerte o estando hospitalizados por razones diversas) (9), y aun en circunstancias desprovistas de patología (por ejemplo, parálisis del sueño) (10).

Los fenómenos autoscópicos se clasifican actualmente en tres grupos: experiencias extracorporales, alucinaciones autoscópicas y heautoscopia (3).

En las experiencias extracorporales, el individuo aprecia la vivencia de que su yo o el núcleo de su conciencia se encuentra fuera de su cuerpo, usualmente por encima, desde donde se contempla a sí

mismo tendido (pero nunca el paciente usa el término «doble» para esa visión) (1). Es decir, tres elementos integran este fenómeno: descorporalización (sensación de tener el *self* o la conciencia ubicada fuera del propio cuerpo), perspectiva visuoespacial a distancia, y la autoscopia misma (4).

En la alucinación autoscópica propiamente dicha, se experimenta la visión de la imagen de uno mismo pero sin la sensación de haber salido del propio cuerpo, y se mantiene la experiencia del *self* observando el entorno desde el punto de vista usual (4).

En la heautoscopia (forma intermedia entre las experiencias extracorpóreas y las alucinaciones autoscópicas), el individuo tiene la percepción de una imagen duplicada de sí mismo en el espacio exterior; sin embargo, le resulta difícil reconocer si su yo, el foco de su conciencia, se localiza en su propio cuerpo o en la imagen alucinada. Asimismo, puede reportar diferentes puntos de visión, simultáneos o alternantes, desde el cuerpo alucinado o el cuerpo real. Formalmente hablando, estamos ante un desdoblamiento del yo; es decir, el yo puede hallarse en dos posiciones simultáneamente o en rápida alternancia (3, 4). El desdoblamiento o reduplicación del yo no se presenta en la autoscopia ni en las experiencias extracorpóreas (1, 3). Asimismo, es más frecuente la alteración del *insight* en la heautoscopia (2).

En la clasificación actual, no se consideran a la autoscopia negativa (en donde el individuo no ve su propia imagen en un espejo), la autoscopia interna (en donde el individuo alucina el contenido de sus cavidades viscerales, sobre todo torácica y abdominal), ni la convicción corporal sin sensación (certidumbre sin percepción o recuerdo previo de que existe un objeto fuera del campo visual) (3).

Los casos clínicos del presente reporte apuntan a una etiología psicogénica que, si bien no es nueva, invita a una consideración más vasta de estos fenómenos que no se indagan sistemáticamente en la exploración clínica, y bien podrían estar incrementando su frecuencia por factores sociales y culturales recientes.

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 21 años, soltera, con instrucción secundaria completa y mano dominante derecha. Fue víctima de abuso sexual en su infancia, entre los 6 y 8 años, por parte de un hermano adulto. Desde la adolescencia experimenta recuerdos vívidos y pesadillas sobre

dicho suceso traumático. Además, ha cometido ocho intentos de suicidio y autolesiones frecuentes (cortes en antebrazos y piernas) desde los 12 años, en un trasfondo de persistente ánimo depresivo, inestabilidad emocional, sentimientos de vacío y rechazo de su imagen corporal. Vive con su padre y tiene mala relación con él.

Los fenómenos que reportamos iniciaron seis días antes del ingreso de la paciente al servicio de emergencia psiquiátrica por ideación suicida persistente y conductas autolesivas. Ella relató que una noche, mientras se encontraba en su centro de labores, sola, vigil y alerta, escuchó que alguien la llamaba y, al levantar la cabeza, se vio a ella misma frente a frente, de cuerpo entero, vestida con ropa distinta a su uniforme de trabajo. Se miraron por un par de segundos y luego la imagen salió corriendo, atravesó una ventana y desapareció al llegar a la pista donde había tráfico vehicular.

En la madrugada del día siguiente, ya en casa, mientras se cepillaba los dientes, se miró al espejo y el reflejo frente a ella se detuvo, el cepillo se convirtió en un tenedor, y observó que su imagen alucinada se lo clavaba en el pecho tres veces; luego la imagen desapareció y volvió a verse a ella misma en el espejo y con el cepillo dental en su mano. La paciente reaccionó con ansiedad ante los eventos visuales descritos y decidió quedarse en casa. Durante la tarde, mientras hacía labores en el patio de su casa, nuevamente escuchó que la llamaban desde el techo; al levantar la mirada, pudo verse a sí misma, de cuerpo entero, de pie al borde del techo y de inmediato su imagen se lanzó al vacío, pero desapareció antes de estrellarse contra el piso.

A la mañana siguiente, la paciente estaba tendiendo ropa en la azotea de su domicilio y se percató de que en la vereda de enfrente estaba su propia imagen —a quien denominaba «su otro yo», pero en la entrevista quedó claro que no había desdoblamiento del yo—, mirándola y diciéndole que se lance al vacío. Intentó no hacerle caso, pero advirtió que su imagen alucinada sacó un cuchillo y empezó a lacerarse en el cuello y a sangrar. Luego ella, asustada, bajó de la azotea.

Al cuarto día, la paciente salió con sus familiares y se entretuvo viendo a un grupo de baile callejero. En ese momento, le pareció que «su otro yo» estaba bailando, trató de mirarla a los ojos sin lograrlo, luego bajó la mirada por 10 segundos, y al volver a alzar la vista su imagen alucinada ya no estaba.

El último episodio fue al día siguiente, mientras se encontraba con su hermano menor de visita en otra casa. Escuchó que alguien la llamó desde las escaleras afuera de la vivienda y, al mirar hacia el umbral, logró verse a ella misma, de pie, pero con ropa distinta a la que usaba ese día. La paciente solo se cambió de sitio para no tener visión de ese lugar. En todo momento, ella sabía que no era normal ver su imagen, pero esa visión, clara ante sus ojos, tenía una especie de distinción respecto a la realidad que no le resultaba fácil explicar.

Luego de estos eventos de alucinaciones autoscópicas, se agregaron alucinaciones auditivas puras que le ordenaban que se hiciera daño y que debía morir. Se trataba de voces que ella no reconocía y que las percibía dentro de su cabeza. La paciente decidió autolesionarse, provocándose cortes en la piel para sentirse más tranquila. Albergaba deseos de quitarse la vida y experimentaba intenso dolor psíquico. Por este motivo, acudió a emergencia psiquiátrica.

Dada la severidad de su cuadro, fue ingresada a observación psiquiátrica, donde se consultó al servicio de neurología para descartar causas orgánicas de sus alucinaciones: el examen neurológico, el electroencefalograma y la resonancia magnética registraron valores normales. Se inició medicación antipsicótica y antidepresiva. Fue dada de alta al día siguiente porque la ideación suicida remitió y no volvió a presentar alucinaciones ni auditivas ni visuales. Se le indicó medicación oral, pero cuando acudió a controles en consultorio externo la paciente mencionó no haber cumplido con la prescripción porque solo deseaba un tratamiento psicológico. Se evidenció que continuaba con ideas tanáticas; sin embargo, refería estar de mejor ánimo y continuaba con sus actividades estudiantiles y laborales con normalidad.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 49 años, soltera, madre de un hijo de 10 años, sin ocupación, y mano dominante derecha. Manifiesta que hace un año viajó a España para trabajar cuidando a un anciano, y su hijo quedó en el Perú al cuidado de un tío. Desde que llegó a Europa sentía mucha nostalgia por su hijo, a quien llamaba por teléfono a diario. Durante el día experimentaba tristeza con episodios de llanto frecuentes, y en sus ratos libres iba a caminar a la playa que estaba muy cerca y lloraba. Empezó a sufrir insomnio global, hiporexia y, durante sus episodios de llanto, experimentaba sensación de ahogo, falta de aire y opresión en el pecho. Tres meses después de su llegada, la paciente se encontraba llorando en la playa

al atardecer, y, mientras estaba sentada en la orilla, vio claramente a una persona idéntica a ella, vestida con su misma ropa, que entraba al mar aparentemente para ahogarse. El episodio duró pocos segundos. Ella señala que esta visión la sorprendió porque no tenía deseos de acabar con su vida entrando al mar o de otra manera. Unos días después se repitió el mismo fenómeno.

Dos meses después, la paciente renunció a su trabajo por la persistencia de sus molestias y porque le informaron que el pariente a cargo del cuidado de su hijo viajaría. Al volver, se sorprendió por el estado de su vástago, quien estaba adelgazado y desaliñado. La paciente señala que desde su regreso al Perú no evidenció mejoría de sus síntomas, además se notó más irritable: cuando veía a su hijo usando el celular sentía cólera, y tenía ganas de quitárselo y romperlo. En estos episodios optaba por irse al techo de su casa y llorar. También sentía culpa.

La paciente trató de retomar su negocio, aunque estaba hipobúlica, prefería jugar en su celular, ignoraba los pedidos o no cobraba los pagos pendientes. Además, relató dos episodios donde, mientras estaba cortando verduras en su cocina, alucinó cómo ella misma se cortaba el brazo con el cuchillo y veía manar sangre profusamente, aunque, luego de experimentar un sobresalto, observaba que en sus brazos no había ningún corte. Durante este período, insiste en que no presentaba ideas suicidas, lo cual le generaba aún más sorpresa.

Unas semanas después, alucinó nuevamente su imagen en la calle arrojándose debajo de un automóvil en movimiento. Refiere que era como un sueño, aunque estaba despierta. Su imagen era la de sí misma, pero ella no deseaba morir. Acudió por emergencia, a donde llegó sollozante y muy asustada. Se le inició tratamiento con clonazepam 0,5 mg, risperidona 1 mg y fluoxetina 20 mg diarios. Luego señaló que tomó la medicación de forma regular, y con lo cual mejoró globalmente de su sintomatología. No volvió a tener estas experiencias alucinatorias.

DISCUSIÓN

En los casos reportados se descartó la presencia de alteraciones médicas que pudieran explicar la presencia de fenómenos autoscópicos: las neuroimágenes y el electroencefalograma, además de la clínica sugestiva, no sustentaron una etiología orgánica reconocible. En ambos casos se trataba de mujeres adultas con cuadros afectivos de tipo depresivo. La primera de ellas, además, padecía trastorno de estrés

postraumático (específicamente de tipo trauma complejo), ello según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.^a edición (CIE-11) (11); sin embargo, en ningún caso se cumplían los criterios de esquizofrenia ni de cuadros de naturaleza disociativa; asimismo, ambas presentaban como rasgos prominentes de personalidad: inestabilidad y desregulación emocional, dramatismo y conflictos psíquicos, como baja autoestima, inseguridad y rechazo de su propia autoimagen. Por otro lado, en ambas se verificó la presencia de alucinaciones autoscópicas (no heautoscópicas), pues no existió desdoblamiento del yo en ningún momento y tampoco se registró descorporalización (como en los fenómenos extracorpóreos). Las experiencias duraron entre escasos segundos a poco más de un minuto; y durante la alucinación las pacientes experimentaron ánimo disfórico y reacción de sorpresa o desconcierto. El *insight* en ambos casos estuvo preservado durante la vivencia alucinatoria.

En el primer caso, nos hallamos ante un fenómeno autoscópico que adoptó una presentación compleja, pues fue acompañado de alucinaciones verbales imperativas de suicidio. En los casos de estrés postraumático por trauma complejo, se han reportado, como producto de las experiencias tempranas y gravemente amenazantes para el yo inmaduro, vivencias posteriores de despersonalización y disociación, en las que incluso se perfilan fenómenos de pérdida de control sobre el propio cuerpo. Se describe, asimismo, que en estas situaciones de sufrimiento extremo se suscita una respuesta de «congelamiento», en la cual la sensación de pertenencia corporal es débil o desaparece (12), lo que posteriormente podría desencadenar alucinaciones autoscópicas en individuos predispuestos.

En el segundo caso, las alucinaciones autoscópicas no estuvieron acompañadas de otras modalidades sensoriales. Tampoco hubo desdoblamiento del yo como en la heautoscopia. El malestar experimentado por la paciente se debe a que el accionar de su imagen alucinada no estaba alineado con los deseos de su yo a nivel consciente, pero sí era congruente con el estado anímico de su depresión mayor. Luego de su retorno al país persistía la sintomatología afectiva y volvió a presentar un episodio de autoscopia. Y es recién con el tratamiento antidepresivo que hubo mejoría del cuadro afectivo y la paciente dejó de experimentar los fenómenos descritos.

Se ha comunicado una asociación entre fenómenos autoscópicos y actos suicidas, aunque la literatura

es exigua (13, 14). En la bibliografía psicoanalítica, Otto Rank, en su libro *El doble*, señaló que la imagen del doble era una especie de mecanismo de defensa para conjurar la terrible idea de la muerte (14). Asimismo, se ha elucubrado que la heautoscopía constituye un mecanismo de defensa proyectivo (análogamente al segundo caso, en donde la paciente afirmaba no tener conscientemente ideas suicidas). Por otro lado, se ha sugerido que los conflictos entre el yo y el cuerpo (verbigracia, el rechazo de la corporalidad por su denostada apariencia) pueden expresarse en este tipo de fenómenos, en donde la imagen autoscópica aparece cometiendo actos autolesivos o suicidio (14).

En este sentido, las autoscopías descritas en pacientes con cuadros psiquiátricos primarios han demostrado correlación con fenómenos de falta de satisfacción corporal y escasa confianza en la apariencia física (15); asimismo, existe asociación con distorsiones de la imagen corporal, presencia de quejas somáticas y despersonalización somatopsíquica (16). Las alteraciones basales en la integración multisensorial y en la función vestibular son sumamente frecuentes en cuadros de ansiedad y depresión (tales eran las patologías de nuestras pacientes) (14, 16).

En la serie de 56 casos de autoscopía reseñados por Deniny y Berrios (2) —no se incluyeron experiencias extracorpóreas—, se encontró que la mitad poseía etiología psiquiátrica primaria, y la mayoría de estos casos eran de depresión. En esta serie, los fenómenos autoscópicos duraban menos de 30 minutos y solían suceder en más de una oportunidad. Había, además, un correlato emocional, usualmente de disforia o ansiedad durante el fenómeno; asimismo, existía concomitancia con situaciones de estrés extremo o fatiga. El grado de *insight* era variable y en muchos casos parcial. Estos datos, en general, coinciden con los de nuestros casos. Los autores precitados, por último, han postulado que, dada la variopinta gama de individuos y situaciones en que se presentan los fenómenos autoscópicos, este hecho sustentaría que no existe un mecanismo fisiopatológico único subyacente.

Se ha demostrado la existencia de redes neurales específicas responsables de la representación del *self* y de su interacción con el mundo circundante (17); y estas regiones son las mismas que están implicadas en los procesos normales de imaginación mental acerca de variaciones de la imagen corporal, de posición y de perspectiva (18). Estos circuitos se distribuyen en amplias áreas cerebrales, como la

ínsula derecha, el córtex prefrontal ventromedial y las áreas parietales medias; y, en lo que corresponde al reconocimiento facial, se involucra también el córtex límbico derecho, el córtex prefrontal izquierdo y las áreas temporo-parietales (1, 3, 18). Los estudios más recientes de fisiopatología cerebral apuntan a un área común implicada como sustrato de los fenómenos autoscópicos: el límite cortical temporo-parietal de ambos hemisferios, pero con distintas redes implicadas a partir de este sustrato común (18). En las heautoscopías se observa daño estructural o hiperactividad electrofisiológica en la unión cortical temporo-parietal del lado izquierdo (área asociada al procesamiento vestibular, a la integración multisensorial y a la percepción del cuerpo y sus partes; con irradiación a parahipocampo, ínsula y giro frontal inferior, todos del lado izquierdo), mientras que en las experiencias extracorporales la lesión se verifica en la unión temporo-parietal del lado derecho, con mayor componentes de redes implicadas en el procesamiento vestibular (1, 18). Por otro lado, en las alucinaciones autoscópicas comunes, se ha observado afectación parieto-occipital, con predominio del lado derecho (1, 14, 17, 18). Estos hallazgos, sin embargo, son discutibles (19).

Queda claro que los fenómenos autoscópicos son más que fenómenos alucinatorios visuales. Se sustentan en anomalías diversas y transitorias de la integración multisensorial (visual, táctil, propioceptiva, vestibular, del esquema corporal, entre otros) (20). Igualmente, aunque la alucinación autoscópica parece ser mayormente tributaria del campo visual, debe entenderse como propietaria de otras características más amplias; por ejemplo, los movimientos de la alucinación, especulares o no, involucran redes sensoriomotoras y propioceptivas (18).

Un aspecto de índole sociocultural que puede estar influyendo en el incremento de fenómenos autoscópicos es la creciente frecuencia con que un individuo tiene acceso a fotografiarse a sí mismo y a divulgar sus autorretratos, no solo desde la popularización de las máquinas portátiles, sino a un ritmo desmesurado desde la introducción de las redes sociales y los *selfis*. Cada día se toman a nivel planetario casi cien millones de *selfis* (21). Por ejemplo, mientras redactábamos el presente reporte, sin indagación especial, conocimos dos pacientes que también padecían fenómenos autoscópicos: un varón adulto en una resaca alcohólica con fenómenos de alucinación autoscópica pura y una mujer joven con personalidad emocionalmente inestable que tuvo un

fenómeno heautoscóptico. Esta es una hipótesis que requiere respaldo empírico, desde luego.

Es importante resaltar la importancia de intervenciones como la psicoeducación y la terapia no farmacológica al tratar a estos pacientes, debido al desconcierto que pueden experimentar por lo inusitado de los fenómenos autoscópicos y su probable asociación con conductas suicidas (14).

CONCLUSIONES

Aunque solían asumirse como rarezas psicopatológicas y no se tienen datos de su prevalencia, es probable que los fenómenos autoscópicos sean más frecuentes hoy en día y sobre todo de etiología psicogénica. Sugerimos una búsqueda activa de estos fenómenos en la exploración psicopatológica de nuestros pacientes, con énfasis en la valoración del riesgo suicida respectivo.

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría:

LC, FQT: conceptualización, administración del proyecto, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

JVO, MCM, JJLL: curación de datos, recursos, redacción de borrador original, redacción (revisión y edición).

Aprobación de ética: El presente reporte de caso se llevó a cabo de acuerdo con los principios bioéticos. Se solicitó el consentimiento informado de cada paciente, garantizando su anonimato.

REFERENCIAS

1. Sforza A, Blanke O. Autoscopical phenomena: clinical and experimental perspectives [Internet]. En: Blom JD, Sommer IE, editores. *Hallucinations. Research and Practice*. New York: Springer; 2012. pp. 187-201. Disponible en: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-0959-5_15
2. Denning TR, Berrios GE. Autoscopical phenomena. *Br J Psychiatry* [Internet]. 1994; 165(6): 808-817. Disponible en: <https://doi.org/10.1192/bjp.165.6.808>
3. Blanke O, Arzy S, Landis T. Illusory reduplications of the human body and self [Internet]. En: Aminoff MJ, Boller F, Swaab DF, Goldenberg G, Miller BL, editores. *Handbook of Clinical Neurology*. Amsterdam: Elsevier; 2008. pp. 429-458. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0072-9752\(07\)88022-5](https://doi.org/10.1016/S0072-9752(07)88022-5)
4. Blanke O, Mohr C. Out-of-body experience, heautoscopy, and autoscopic hallucination of neurological origin. Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self-consciousness. *Brain Res Rev* [Internet]. 2005; 50(1): 184-199. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.brainresrev.2005.05.008>
5. Jaspers K. *Psicopatología general*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 2001.
6. Joshi S, Thapa B, Shakya R. Autoscopical hallucination in alcohol dependence syndrome: a rare or missed phenomenon? *Case Rep Psychiatry* [Internet]. 2017; 2017(1): 2598973. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/2598973>
7. Bünning S, Blanke O. The out-of-body experience: precipitating factors and neural correlates. *Prog Brain Res* [Internet]. 2005; 150: 331-350. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(05\)50024-4](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(05)50024-4)
8. Wilkins LK, Girard TA, Cheyne JA. Anomalous bodily-self experiences among recreational ketamine users. *Cogn Neuropsychiatry* [Internet]. 2012; 17(5): 415-430. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13546805.2012.663162>
9. Faguet RA. With the eyes of the mind: autoscopic phenomena in the hospital setting. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 1979; 1(4): 311-314. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(79\)90006-9](https://doi.org/10.1016/0163-8343(79)90006-9)
10. Occhionero M, Cicogna PC. Autoscopical phenomena and one's own body representation in dreams. *Conscious Cogn* [Internet]. 2011; 20(4): 1009-1015. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.concog.2011.01.004>
11. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*. OMS; 2022. Disponible en: <https://icd.who.int/es/>
12. Salín-Pascual RJ. La desappropriación corporal: la autopercepción en personas con lesiones permanentes, violencia sexual o tortura crónica. *Rev Mex Neuroci* [Internet]. 2018; 19(5): 37-46. Disponible en: <https://doi.org/10.24875/RMN.M18000006>
13. Lana-Moliner F, Vidal SJ, Peña-García I. La experiencia del doble o heautoscopia. Revisión psicopatológica a propósito de un caso clínico. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr*. 1995; 23(6): 314-318.
14. Anzellotti F, Onofri V, Maruotti V, Ricciardi L, Franciotti R, Bonnani L, et al. Autoscopical phenomena:

- case report and review of literature. *Behav Brain Funct* [Internet]. 2011; 7(1): 2. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1744-9081-7-2>
15. Garry G. A case of autoscopia in a patient with depressive illness. *Prog Neurol Psychiatry* [Internet]. 2012; 16(5): 17-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pnp.248>
16. Mohr C, Blanke O. The demystification of autoscopic phenomena: experimental propositions. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2005; 7(3): 189-195. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11920-005-0052-1>
17. Northoff G, Bermpohl F. Cortical midline structures and the self. *Trends Cogn Sci* [Internet]. 2004; 8(3): 102-107. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tics.2004.01.004>
18. Blondiaux E, Heydrich L, Blanke O. Common and distinct brain networks of autoscopic phenomena. *NeuroImage Clin* [Internet]. 2021; 30: 102612. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2021.102612>
19. Szczotka J, Wierchoń M. Splitting the unity of bodily self: toward a comprehensive review of phenomenology and psychopathology of autoscopia. *Psychopathology* [Internet]. 2023; 56(4): 306-314. Disponible en: <https://doi.org/10.1159/000526869>
20. De Ridder D, Van Laere K, Dupont P, Menovsky T, Van de Heyning P. Visualizing out-of-body experience in the brain. *N Engl J Med* [Internet]. 2007; 357(18): 1829-1833. Disponible en: <https://doi.org/10.1056/nejmoa070010>
21. Niese ZA, Libby LK, Eibach RP. Picturing your life: the role of imagery perspective in personal photos. *Soc Psychol Personal Sci* [Internet]. 2023; 15(3): 309-317. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/19485506231163012>