

Julia García-Albea<sup>1</sup>  
Sara González-Vives<sup>1</sup>  
Claire Tejeira<sup>1</sup>  
Élida Castro<sup>1</sup>  
Juan J. López-Ibor<sup>1</sup>  
María I. López-Ibor<sup>1</sup>

# Psicosis inducidas por estados excepcionales de conciencia

<sup>1</sup>Instituto de Psiquiatría y Salud Mental  
Hospital Clínico San Carlos  
Universidad Complutense  
Fundación Juan José López-Ibor  
Madrid, España

---

## INTRODUCCIÓN

Incluimos bajo la denominación de psicosis inducidas por estados anormales o excepcionales de conciencia (en inglés *altered states of consciousness*) una serie de cuadros cuyo prototipo son las psicosis provocadas por la meditación. Otros cuadros, a los que atribuimos mecanismos patológicos semejantes, son las psicosis que aparecen en rituales de exorcismo, en la hipnosis, las asociadas a prácticas como el Qi-Gong, en los éxtasis y en los trances.

## CASOS CLÍNICOS

A continuación exponemos dos casos clínicos prototípicos.

### Caso 1

S. es una paciente de 28 años en seguimiento en un Hospital de Día desde ocho meses antes de la entrevista, a raíz de un ingreso psiquiátrico por una descompensación psicótica de su enfermedad de base, siendo ésta una esquizofrenia tipo paranoide. Por otra parte, S. ha acrecentado su interés por la religiosidad en los últimos meses, llegando a ir a misa todos los días las últimas semanas. También ha acudido a sesiones de exorcismo y espiritismo alegando que siente la presencia de un espíritu maligno en su interior.

A la exploración muestra una conciencia parcial de enfermedad; refiere que la mitad de sus síntomas son debidos a la enfermedad que padece y la otra mitad a algo que ella desconoce pero que intuye que tiene una "naturaleza espiritual".

Contactó con un sacerdote hace ocho meses a través de una página web y realizó un total de ocho sesiones de espiritismo con él, experimentando una notable mejoría según refiere la paciente. Describe estas sesiones como "inducciones al trance" en las que la incitan a relajarse y a meditar mientras el clérigo reza por ella. En sesiones presenciadas

por sus familiares, éstos relatan cómo la paciente se retorció, profería gritos y llegaba a echar espuma por la boca.

Ante esta situación la familia contacta con el Hospital de Día, desde el que se comunican con el exorcista para explicarle la enfermedad psicótica de S. pero éste comparte la creencia de que ella padece una posesión. Se intenta una negociación con el objetivo de encontrar solución para minimizar el perjuicio que estas actividades causan en la enfermedad de la paciente sin que ella rechace el tratamiento psiquiátrico.

Durante su asistencia a la Unidad de Día S. se encuentra consciente y orientada, abordable, colaboradora, con buen aspecto. Mantiene contacto visual. Empatiza con el entrevistador con buena resonancia afectiva. Su narración alterna la descripción de hechos plausibles con interpretaciones y recuerdos delirantes. Destaca un notable interés por el esoterismo. Describe alucinaciones cenestopáticas como un agente que le retuerce el estómago y que entra y sale de su cuerpo. Niega tener alucinaciones auditivas en este momento aunque refiere haberlas tenido en el pasado. Impresiona de delirio pasional encapsulado. Sin alteraciones en la forma y en el curso del pensamiento.

### Caso 2

J. de 18 años, acude a urgencias de nuestro hospital traído por sus padres por alteraciones de conducta. El paciente presentaba conducta desorganizada, con una gran inquietud psicomotriz, un discurso globalmente incoherente con frases inconexas y bloqueos del pensamiento. Las pocas frases que se entendían hacían alusión a compañeros que tenía en un centro dónde iba a practicar Reiki, entre otras prácticas de meditación y dónde se consumía ayahuasca en ciertas sesiones. Su afecto era inapropiado e impresionaba de síntomas psicóticos. La colaboración del paciente era escasa. En ningún momento se mostró agresivo. Su actitud parecía imprevisible pero en general era resignada. Sin angustia patológica.

Sus padres nos informaron que el cuadro se inicia tres días antes. Desconocían si había consumido algún tóxico, aunque las últimas 48 horas lo dudaban, asegurando que había permanecido en casa. Empezó a mostrarse muy inquieto y desorganizado, sin realizar las actividades de la vida diaria adecuadamente, incapaz de hacer nada, con un insomnio global y sin controlar el esfínter vesical, orinando en cualquier lugar de la casa. Su discurso era cada vez más incoherente y al ver que el cuadro no remitía decidieron acudir a urgencias.

Como antecedentes destaca un episodio similar semanas antes en el que permaneció ingresado varios días, con remisión total de la sintomatología y que no recibió tratamiento al alta por decisión de la familia.

Sus padres nos comentan que han comenzado a notar algunos cambios en su hijo hace unos ocho meses cuando éste comienza a interesarse por el esoterismo, las prácticas espirituales y las técnicas de meditación. Comienza a acudir a un centro de Reiki con cierta frecuencia. Saben que, aparte de su consumo esporádico de cannabis, ha consumido ayahuasca en sesiones organizadas por este centro en varias ocasiones como forma de favorecer "la inducción al trance".

Refieren que desde entonces ha disminuido su rendimiento académico, llegando a abandonar las clases en los últimos meses.

Se decide ingresar al paciente en la planta de psiquiatría tras descartar patología orgánica o tóxica. Se instaura medicación antipsicótica pero la familia solicita a los pocos días el alta voluntaria, sin objetivarse prácticamente ninguna mejoría, por lo que se desconoce la evolución.

## ¿QUÉ ES LA CONCIENCIA?

Para comprender bien cual es hilo conductor de trastornos tan variados y dispersos en las categorías nosológicas actuales es necesario revisar que entendemos por conciencia.

En una primera aproximación la conciencia es un concepto abstracto que se concibe desde su ausencia. Conciencia es lo que se tiene antes de dejarse vencer por el sueño o caer en el coma, de la misma manera vida es lo que tiene el ser vivo antes de morir.

La conciencia (del latín *conscientia* 'conocimiento compartido') es el conocimiento que una persona tiene de sí mismo, de su existencia, de su estado y acciones y de su mundo. La conciencia concierne tanto a la percepción normal de los estímulos propioceptivos y exteroceptivos, como a los aspectos más afectivos y los que hacen referencia al mundo de los valores y por lo tanto a moral.

En cualquier momento, estado de conciencia tiene una relación multifacética con la percepción, que organiza y da

sentido a lo percibido. En el pasado se ha distinguido a veces la facultad de captar la realidad con la de darle un sentido. Así Stoering<sup>1</sup> ponía énfasis en diferenciar la conciencia (*Bewusstsein*) de la cognición (*Besinnung*).

La percepción se constituye con la suma de todas impresiones que llegan a la conciencia: sensaciones espacio-temporales, percepciones sensoriales y extrasensoriales, esquemas o representaciones motores, imágenes mentales puras, pensamientos autónomos, es decir, carentes de estímulos externos, recuerdos, estados de ánimo, emociones y afectos. De esta lista también forman parte las sinestesias.

A partir de ahí se ha dado un sinfín de definiciones de la conciencia desde perspectivas muy diferentes: psicológicas (incluyendo la psicología del desarrollo), neurobiológicas, evolutivas, fenomenológicas, filosóficas y teológicas.

En un extremo está la conciencia como un simple escenario en el que se desarrolla la realidad, con más o menos claridad. Esta perspectiva sirve para analizar la escala de los estados de disminución de la conciencia (somnia, sopor, obnubilación, estupor y los diversos niveles del coma). También caben en ella estados de exaltación de la conciencia, generalmente acompañados de distorsiones de la misma. Estos fueron descritos por primera vez como psicosis perversas, inducidas por anfetaminas en soldados alemanes durante la Segunda Guerra Mundial y que dieron lugar a Zutt<sup>2</sup> a proponer una estructura bipolar de la conciencia. Esta forma de conciencia, llamada sensitiva, sería ir un poco más allá de la percepción.

En el otro extremo está la conciencia reflexiva también llamada abstracta, que incluye la estructuración de la realidad percibida en un conjunto coherente, que no es neutro desde el punto de vista afectivo, lleno de significado y construido tanto a partir de la percepción, como de los distintos tipos de memoria. Esta conciencia, más proactiva se concibe como más específicamente humana, aunque la antropología, la etología y la neurociencia han descrito rudimentos en homínidos y en diversas especies animales sobre todo los más socializados. La conciencia reflexiva incluye procesos como la teoría de la mente<sup>3</sup> y la conciencia de sí mismo. Sería esta la capacidad específicamente humana de *salir de la dependencia inmediata de la existencia*,<sup>4</sup> es decir, de reflexionar, de elevarse sobre la situación y considerar, considerándose a sí mismo en la propia circunstancia como objeto de conocimiento y deliberar sobre la vida, la situación y el desarrollo en el tiempo propios.

Para el propósito de este trabajo consideramos a la conciencia en su significado más amplio, en el del alemán *Besinnung*, que significa reflexión, juicio, y también meditación.

La crítica de Husserl<sup>5</sup> al psicologismo y la introducción de la fenomenología se chocan con la dificultad de asumir la perspectiva del otro para comprender sus estados de con-

ciencia. De hecho, con la excepción de Ludwig Binswanger en sus primeros escritos y sobre todo en su último libro<sup>6</sup>, la aplicación de la fenomenología a la psicopatología se ha adulterado por centrarse en la reducción fenomenológica de la conciencia del enfermo, algo en sí mismo inalcanzable, en lugar de haberse limitado a la conciencia del investigador. Por eso ha prosperado el término de análisis existencial para referirse al estudio de los mundos de la enfermedad mental.

Esta línea culmina en Nagel<sup>7</sup> cuando plantea que es imposible experimentar como se sentiría uno como murciélago, ya que para ello sería necesario ser uno de ellos y que por ello los hechos subjetivos de ésta naturaleza están fuera del alcance de la investigación científico-natural.

De ahí surgen dos problemas: 1) los estados de conciencia tiene un contenido vivencial, pero no está claro como puede el cerebro generar vivencias (problema de los *qualia*); 2) los contenidos de la conciencia se refieren a una realidad objetiva y por lo tanto son verdaderos o falsos.

En su acepción más simple *qualia* son las cualidades subjetivas de las experiencias sensoriales, por ejemplo, la belleza de un objeto bello. Es un concepto que pretende subrayar el vacío explicativo que existe entre las cualidades de la percepción (subjetivas) y el cerebro en tanto objeto (físico). Dicho de otra manera, el que yo perciba un objeto rojo como rojo y que los demás lo comprendan y el que haya un acuerdo para distinguir los objetos por sus colores no significa que la experiencia de cada uno sea la misma. Cabe la posibilidad que la percepción de alguno sea la de un objeto verde, al que seguirá llamando rojo. Así pues, las cualidades de la experiencia sensorial son no cognoscibles y son en sí mismas incomunicables de un modo directo, ya que necesitan compartir una común experiencia de un objeto externo al que se atribuye la cualidad.

La dificultad estriba en que no sabemos como puede el cerebro producir pensamientos de esta naturaleza (problema de la intencionalidad). Uno de nosotros se ha ocupado del problema de la verdad en psiquiatría habiendo llegado a la conclusión que la falsedad del delirio ha de comprenderse desde la noción heideggeriana de *aletheia* (revelación), como como expresión de un fenómeno que nace y se desarrolla en el seno de una relación interpersonal libre<sup>8</sup>.

Para Penrose<sup>9</sup> hay cuatro maneras de solucionar esta problemática:

12. El pensamiento es computación. La impresión de percepciones consciente es la consecuencia de llevar a cabo determinadas computaciones.
13. La conciencia es una propiedad de las características físicas del cerebro. Estos procesos se pueden simular con cálculos computacionales, pero las computaciones no son en sí mismas conciencia.
14. Hay procesos físicos en el cerebro que llevan a la

conciencia, pero que no pueden simularse con cálculos computacionales. En este caso es necesario una nueva física.

15. La conciencia no puede aclararse científicamente, ni físicamente ni mediante simulaciones computacionales.

Los experimentos de Libet<sup>10</sup> sugieren que la conciencia es un acontecimiento que se constituye de medio en medio segundo y son muchas las investigaciones que apoyan esta noción. De alguna manera el cerebro construye realidades cada pocos centenares de milisegundos, que van sucesivamente comparándose con los estímulos perceptivos. En caso de discrepancia notable se disparan alarmas como las diversas formas de la negatividad secundaria al error<sup>11</sup> y se modifica la saliencia de los estímulos<sup>12</sup>.

## PSICOPATOLOGÍA DE LOS ESTADOS DE CONCIENCIA

La dificultad de encontrar una definición válida de conciencia no impide definir con claridad unos estados alterados de la misma en la clínica psiquiátrica.

Los estados anormales de conciencia en la clínica pueden corresponder a:

3. Alteraciones del ritmo sueño-vigilia con la aparición de somnolencia y sopor diurnos.
4. Disminución del nivel de consciencia, que suele ir acompañado de disminución de la actividad motora: somnolencia, sopor, obnubilación, confusión, estupor y coma.
5. Distorsiones de la conciencia: delirium, estado onírico, estado crepuscular, síndrome del cautiverio.
6. Disociaciones de conciencia: disociación de conciencia, estados de trance, estado hipnótico. Todos ellos forman parte de lo que hemos llamado estados excepcionales de conciencia.

## Etiopatogenia de la modificación de los estados de conciencia

El estado de conciencia puede ser modificado por causas naturales y por las inducidas por el ser humano, que muchas veces se combinan entre sí. Entre ellas cabe destacar: El consumo de sustancias embriagantes o psicodélicas; la meditación, la contemplación y la oración: la ascesis y el ayuno; la hiperventilación, la respiración consciente (como el pranayama del yoga) y la privación sensorial; la hipnosis; el bio-feedback; la música y la danza. (ej., la de los derviches); el Raja-Yoga y alguna de sus derivaciones como el Hatha-Yoga; el koan japonés; las experiencias cercanas a la muerte y las psicosis.

### La privación de sueño

La reducción forzada en el número habitual de horas sueño, en especial si está acompañada de otras privaciones (de libertad, de comida, de cuidado de lesiones) en el contexto de tortura, puede dar lugar a estados excepcionales de conciencia.

La privación de sueño puede provocar además deterioro cognitivo<sup>13</sup>, tensión y dolor muscular, visión borrosa, daltonismo, somnolencia diurna, disminución en la actividad mental y en la concentración, despersonalización y desrealización, depresión del sistema inmune, mareos, ojeras, temblores, inquietud, confusión mental, alucinaciones y trastornos mnésicos.

La privación de sueño afecta negativamente a la función cerebral y así se han descrito hiperactividad, probablemente compensatoria, de la corteza prefrontal<sup>14</sup>.

El sueño no-REM es necesario para recuperar la sensibilidad de receptores de neurotransmisores (noradrenalina, serotonina e histamina) dándoles reposo y la recuperación de los daños neuronales causados por radicales libres. En cambio, el sueño REM mejora el estado de ánimo a través de mecanismos parecidos a los de los ISRS<sup>15, 16</sup>.

### La privación sensorial

La privación sensorial o aislamiento perceptivo es la reducción deliberada de estímulos generalmente de varios de ellos o de la totalidad de los mismos. Se utilizan métodos simples como capuchas, orejeras o más complicados para reducir los estímulos de temperatura, tacto y fuerza de la gravedad<sup>17</sup>. La privación sensorial se ha aplicado al tratamiento de algunas enfermedades, pero lo que nos interesan son sus efectos negativos. Entre ellos está la aparición de alucinaciones de caras o formas, un aumento de la sensibilidad olfatoria o de sensación de presencia (a veces descrita como del diablo) y de ideas delirantes, que suelen desaparecer tras la experiencia.

En la privación sensorial las alucinaciones se producen porque el cerebro interpreta erróneamente la procedencia de los estímulos<sup>18</sup>, es decir se trataría de fenómenos de desreferenciación.

## ESTADOS EXCEPCIONALES DE CONCIENCIA

El concepto de estado excepcional de conciencia se utiliza para referirse a modos de conciencia más allá de la vigilia, del dormir y del soñar, que no corresponden a las alteraciones del nivel o de la estructura de la conciencia habituales. Se superponen con los estados crepusculares que se presentan en la epilepsia o que son consecuencia de altera-

ciones psicógenas o inducidas por alteraciones de la función cerebral (por ejemplo en las intoxicaciones).

La noción procede de la psicopatología alemana (*Ausnahmestände des Bewusstseins*), aunque Rudolf Steiner en 1894 utilizó la expresión en otro sentido, el de la búsqueda de un estado de conciencia que surge cuando se abandona la concentración en un tema concreto para entregarse a la pura actividad del pensar, es decir, a la reproducción mental sucesiva del concepto, de tal manera que los objetos se convierten en realidades espirituales (mentales). Para Steiner<sup>19</sup> así puede lograr la experiencia de lo divino para más allá del proceso de pensamiento.

La definición de un estado de conciencia concreto viene determinada por el modo como afecta a la experiencia subjetiva del ser humano. Un estado excepcional de conciencia es una forma de vivenciar, cuyas características están determinadas por una alteración compleja del percibir, de la conciencia de sí mismo, del nivel de vigilancia, de la capacidad de actuar y de la intencionalidad.

Los estados anormales de conciencia hacen al sujeto más vulnerable. Según Ferenczi<sup>20, 21</sup>, el trauma es particularmente peligroso cuando ocurre en un estado de inconsciencia u otro estado excepcional de conciencia como el estado de trance, es decir, cuando la persona está o muy desprevenida o cuando es incapaz de defenderse a sí misma.

La percepción y el grado de vigilancia puede verse influidos por circunstancias ambientales, entre ellas las culturales y las que se refieren a la idiosincrasia del individuo y su grupo social, es decir a su *Weltanschauung* o cosmovisión.

## Los cuadros clínicos en la CIE-10 y el DSM-IV-TR

A continuación procederemos con el intento de encuadrar estos estados excepcionales de conciencia en alguna de las categorías de la CIE-10<sup>22</sup> y del DSM-IV-TR<sup>23</sup>.

### CIE-10

F23.0. Trastorno psicótico agudo polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia), que incluye *bouffée délirante* y psicosis cicloide, ambas sin síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.1. Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia, que incluye *bouffée délirante* y psicosis cicloide, ambas con síntomas de esquizofrenia o no especificada.

F23.2. Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico, que incluye: esquizofrenia aguda (indiferenciada), trastorno o psicosis esquizofreniforme breve y reacción esquizofrénica.

F24. Trastorno de ideas delirantes inducidas

F43.0. Reacción a estrés agudo

F44. Trastornos disociativos (de conversión), entre ellos:

F44.3. Trastornos de trance y de posesión

F44.80. Síndrome de Ganser

F48.1. Trastorno de despersonalización-desrealización

En la CIE-10 las categorías que más se aproximan al los cuadros que estamos considerando son, dejando aparte los epígrafes para casos residuales de "sin otra especificación" son:

1. Los **Trastornos psicóticos agudos y transitorios**, para cuya presencia se requiere la presencia de un estrés determinado. Sin embargo, entre las circunstancias estresantes no figura la realización de meditación.
2. En el caso del **Trastorno de ideas delirantes inducidas**, es necesario que el delirio sea compartido por dos o más personas con estrechos lazos emocionales.

En los **Trastornos de trance y posesión** hay una pérdida temporal del sentido de la identidad personal y de la plena conciencia del entorno. En algunos casos el enfermo actúa como poseído por otra persona, espíritu, deidad o "fuerza". La atención y la conciencia del entorno pueden limitarse a sólo uno o dos aspectos inmediatos y a menudo se presenta un pequeño pero reiterado conjunto de movimientos, posturas y manifestaciones expresivas. Se incluyen aquí sólo aquellos estados de trance que son involuntarios o no deseados, que interfieren en la actividad cotidiana porque tienen lugar al margen ceremonias religiosas o culturales aceptadas o son una prolongación de las mismas.

## DSM-IV-TR

298.8 Trastorno psicótico breve: La sintomatología dura siempre menos de un mes. Puede ser con desencadenante grave (si los síntomas psicóticos se presentan poco después y en aparente respuesta a uno o más acontecimientos que, solos o en conjunto, serían estresantes para cualquier persona en circunstancias similares) o bien, sin desencadenante grave

295.40 Trastorno esquizofreniforme se define cuando los criterios de esquizofrenia duran más de un mes pero menos de seis meses

297.3 Trastorno psicótico compartido

Trastorno psicótico inducido por sustancias: alcohol (291.5); alucinógenos (292.12); anfetaminas (292.11).

308.3 Trastorno por estrés agudo principalmente cuando los síntomas disociativos son acusados.

300.14 Trastorno de identidad disociativo (antes llamada personalidad múltiple)

300.6 Trastorno de despersonalización

300.xx Trastorno facticio

En el DSM-IV-TR tenemos las categorías que más se aproximan son:

1. El **Trastorno psicótico breve** describe un cuadro psicótico desencadenado por unos factores previos, y que serían claramente estresantes para cualquier persona, en circunstancias parecidas y en el mismo contexto cultural.
2. En el **Trastorno esquizofreniforme** la sintomatología psicótica debe durar entre un mes y seis semanas. Es obligatorio la existencia de un trastorno afectivo simultáneamente que criterios A de la esquizofrenia para que podamos hablar de Trastorno esquizoafectivo
3. En el caso del **Trastorno psicótico compartido** el sujeto comparte las ideas delirantes de otra persona con la que tiene una relación muy estrecha. En este código se podrían incluir los cuadros psicóticos de niños producidos por exorcismo.

En resumen cabe afirmar que no aparece ningún código de las clasificaciones actuales que englobe con claridad todos los factores descritos para estos cuadros que aparecen en los estados excepcionales de conciencia asociados a meditación y otras circunstancias de las descritas en este artículo.

## FORMAS PARTICULARES DE POSIBLES ESTADOS EXCEPCIONALES DE CONCIENCIA

A continuación nos referiremos a las formas más importantes de estados excepcionales de conciencia.

### Yoga

El yoga, siendo una tradición ancestral que toma sus conceptos iniciales de los Vedas, deriva en diferentes formas de expresión y presenta diversas prácticas. También se han ido diversificando sus postulados filosóficos. La primera mención del yoga como tal, aparece en el Katha Upanishad hace aproximadamente 2.500 años. La descripción que presenta este texto es la de: "Un estado especial de concentración en el cual los sentidos están controlados". El yoga ha sobrevivido por ser una técnica de intensificación de las capacidades físicas, mentales y espirituales, por estar basado en la experiencia misma y porque puede ser practicado por cualquier persona con independencia de su circunstancia.

La raíz del yoga es el concepto de avidya, que puede ser traducido como no-saber, o no-ver, es decir la incapacidad de ver la realidad como es. El objetivo principal del yoga es conseguir tener una visión precisa, ya que en el caso de lograr esa visión clara, todo ser humano escogería hacer lo correcto, en el momento y en el lugar más convenientes. Cómo

llegar a esa verdadera visión es el tema más importante del yoga. La clave es trabajar sobre la percepción, lo cual puede lograrse mediante asanas (*āsana* son las distintas posturas corporales que producen efectos positivos en el cuerpo y la mente, como por ejemplo la postura del loto), con meditación, con pranayama (*prānāyama* son ejercicios respiratorios dirigen el *prana* o 'energía espiritual' contenida en la respiración dentro del organismo), con reflexión y conocimiento de sí mismo, con sonido y cantos y con otras diversas técnicas de análisis personal. Las prácticas pueden variar de escuela a escuela y de individuo a individuo. Si la mente es transparente, tiene la capacidad de reflejar la realidad, por lo tanto las múltiples prácticas de yoga buscan aclarar la visión personal y promover la acción inteligente. Las fuentes de conocimiento son diversas, pero su riqueza procede de textos muy antiguos como los Sutras de Patanjali<sup>24</sup>, el Gheranda Samhita<sup>25</sup>, el Hatha Yoga Pradipika<sup>26</sup>, el Bhagavad Gita<sup>27, 28</sup> y en la enseñanza de grandes seres iluminados.

## La danza de los derviches

Un derviche (del persa *darvīsh*, 'mendigo') es un miembro de una orden o cofradía (*tariqa*) religiosa musulmana de carácter ascético o místico (sufi). Originalmente eran mendicantes ascéticos, es decir indiferentes a los bienes materiales<sup>29</sup>.

Hay varios grupos de derviches, todos ellos fundados por grandes los ascetas y místicos musulmanes que comparten el distinguirse por atuendos y rituales característicos como la repetición de frases sagradas hasta alcanzar un estado de auto-hipnosis.

La orden de los mevlevi (del árabe *mawlana*, 'nuestro maestro', sobrenombre de Rumi) o derviches giróvagos (giradores) fue fundada por los discípulos del poeta y mítico sufi Jalal al-Din Muhammad Rumi, apodado "nuestro maestro". Sus miembros practican la *sema* o *samá*, danza acompañada de varios instrumentos musicales entre los que no faltan los tambores. Durante ella los danzantes giran sobre sí mismos con los brazos extendidos en "ascendencia espiritual hacia la verdad, acompañados por el amor y liberados totalmente de sí mismos", y que representa el baile de los planetas. Así, hasta alcanzan el éxtasis místico (uayd). En palabras de Rumi, "el samá' es el adorno del alma que ayuda a ésta a descubrir el amor, a experimentar el escalofrío del encuentro, a despojarse de los velos y a sentirse en presencia de Dios"<sup>30</sup>.

## El koan

En la tradición zen un *kōan* (japonés: *kōan*, chino: *gōng'àn*) es un problema que parece absurdo ya que no tiene una solución lógica. Por eso tiene que resolverse elevándose por encima de la conciencia racional cotidiana, a un nuevo

despertar (*satori* o iluminación). Suele ser una prueba que el maestro plantea al discípulo. Por ejemplo, si el aplauso es el sonido de dos manos, ¿cuál será el sonido de una?

Un *kōan* equivale en gran manera a una aporía, a una paradoja o a un oxímoron, que son recursos utilizados por muchos místicos cristianos como en San Juan de la Cruz<sup>31</sup>:

*Para venir a gustarlo todo, / no quieras tener gusto en nada. / Para venir a saberlo todo, / no quieras saber algo en nada. / Para venir a poseerlo todo, / no quieras poseer algo en nada. / Para venir a serlo todo, / no quieras ser algo en nada.*

## Iluminación

Iluminación, en sentido amplio, significa adquisición de nueva sabiduría, que suele acompañarse de una sensación de entendimiento, de plenitud espiritual y de realización personal. Nos parece una palabra mas adecuada que el anglicismo de auto-realización. Hay una iluminación intelectual (en alemán, *Aufklärung*, 'ilustración') que permite poner en claro, llegar al fondo y dilucidar un asunto o una doctrina. Hay una la iluminación espiritual (en alemán, *Erleuchtung*, 'iluminación, 'esclarecimiento') que se refiere a la experiencia, mística o no, de lo divino.

## Apofanía

La apofanía (*apophania*, *apophenia*) es un concepto introducido por Conrad en su descripción de la esquizofrenia incipiente<sup>32</sup>.

La enfermedad comienza por una primera fase de *trema* ('temblor') en la que a la vivencia de que algo va a pasar en forma inminente, crece una fuerte tensión interna que da paso a comportamientos sin sentido, empobrecimiento afectivo o depresión, desconfianza y humor delirante que recuerdan a la esquizofrenia simple,

A ello le sigue una fase *apofánica* o *apofanía* definida por prestar atención a perceptivos aleatorios o sin significado, a los que se encuentra una relación con otras percepciones ("*vista de conexiones sin motivo*"), que se acompaña de la atribución de significados especiales ("*experiencia específica de dar anormalmente significados*"). Este es el hipotético origen de la actividad delirante y alucinatoria y de síntomas, característicos de la enfermedad como son la percepción delirante, las vivencias de referencia, la conciencia difusa nuevos de significados, la sonorización y otras alteraciones del pensamiento y las vivencias de influencia corporal

La tercera fase la denomina Conrad *anastrofé* o *giro anastroficio* dominada por la visión paranoide del mundo interno y del externo.

La cuarta fase es la **apocalipsis**, en la que se pierde el potencial volitivo de la persona y su energía vital y psíquica (que puede dar lugar a la aparición de síntomas catatónicos).

La última fase es residual en la cual el delirio se encapsula, se desvitaliza.

En los últimos años ha vuelto a cobrar interés por la apofanía, pero fuera del contexto de la actividad delirante, por ejemplo en la creatividad artística y en la divulgación científica en el contexto de un elogio al escepticismo y se ha intentado estudiar la base neurobiológica de la interpretación de patrones. Así Shermer<sup>33</sup> ha definido la "patronicidad" como la tendencia a encontrar patrones significativos sobre un ruido sin significado. Sin embargo los patrones descritos por este autor y publicista se acercan más a las pareidolias e ilusiones de clusters que las vivencias descritas por Conrad en la esquizofrenia incipiente.

## Éxtasis

El **éxtasis** (del griego *éxtasis*, 'lo que está fuera de sí mismo', 'estremecimiento'; de *exhistasthai*, 'salir de sí mismo', 'estar fuera de sí mismo') es un estado de alteración de la conciencia en la que coinciden a un mismo nivel la máxima entrega y la más alta receptividad. A esto se asocia un estar fuera de sí mismo en la cual las sensaciones propias se imponen a la realidad.

Las experiencias de éxtasis son buscadas a propósito. Las hay religiosas y otras de naturaleza más filosófica. En las primeras juegan un papel importante las celebraciones vinculadas a fechas y lugares determinados en los que rituales de música, cánticos y danzas o prácticas de meditación intensa, juegan un papel importante. También lo hace el consumo de sustancias embriagantes o alucinógenas. Hay formas colectivas de éxtasis. En la antigüedad clásica la más prototípica eran las celebraciones de Delfos.

El éxtasis es un proceso que se alcanza paso a paso y que se logra con mecanismos diversos: ascesis, aislamiento sensorial, ayuno, oración, meditación o recurriendo a influencias externas como la música, los cánticos y la danza, en especial si son monótonamente rítmicos, efectos luminosos, la hiperventilación, prácticas sexuales como el neotantra y sustancias embriagadoras naturales o sintéticas.

## Chamanismo

Para Mircea Eliade<sup>34</sup> el éxtasis es el elemento central del chamanismo. Los viajes chamánicos son estados visionarios que se alcanzan a través de rituales asociados a veces al consumo de determinadas sustancias de origen vegetal (amanita, peyote, ayahuasca o cannabis). Su objetivo es obtener información de una realidad más allá de la cotidiana con la que se pone en contacto el chamán.

## Embriaguez

El Diccionario de la Real Academia Española<sup>35</sup> define a la embriaguez como:

1. Turbación pasajera de los sentidos por el exceso de alcohol ingerido.
2. Enajenamiento causado por algo placentero: embriaguez de los sentidos.

La acepción primera engloba a la embriaguez de origen tóxico si bien ignora a todos ellos menos al alcohol, suponemos que etílico. La segunda incluye algunos estados excepcionales de conciencia de los referidos en el presente artículo, si bien sólo a aquellos de naturaleza placentera.

La embriaguez tiene un elemento placentero y creativo que desaparece a veces con facilidad pasmosa en la ebriedad. El embriagado puede ser más productivo y más sociable, puede poner un paréntesis frente a las preocupaciones cotidianas, puede, en definitiva poner una distancia que puede tener sentido en un momento determinado. La ebriedad es por el contrario destructiva. La afectación del psiquismo cierra las puertas de la conciencia, las puertas de la percepción<sup>36</sup> en su mejor sentido y no pela tenue disolución de barreras sociales da lugar a una cercanía tan impuesta como molesta. Cualquiera de nosotros ha tenido la experiencia de un ebrio avasallador, pegajoso e inescapable. A partir de cierto grado de intoxicación se produce una disolución del yo como estructura organizadora, y no sólo del yo, ya que también afecta a la motilidad, a la sensibilidad, al silencio vegetativo (se producen vómitos) y a la autonomía personal. También destruye la identidad y la imagen de uno mismo.

## Mística

La mística (del griego *myein*, 'encerrar', y de *místikos*, 'cerrado', 'arcano', 'misterioso') es un estado extraordinario de perfección religiosa, que consiste esencialmente, en cierta unión inefable del alma con Dios por el amor, y va acompañado accidentalmente de éxtasis y revelaciones<sup>35</sup>. La mística es una forma de conocimiento, de acercarse a la divinidad o fundirse con la naturaleza y de realización personal. El propio Einstein reconoció el aspecto cognitivo de la mística<sup>37</sup> en un poema que comienza:

*"The finest emotion of which we are capable is the mystic emotion.*

*Herein lies the germ of all art and all true science."*

La mística también es fuerza creadora. Según José Ángel Valente «se escribe en un estado de conciencia excepcional, en un estado de conciencia dilatada y los místicos utilizan esa palabra, la *dilatatio*, que corresponde al éxtasis, a un salirse de sí mismo, y ése es el momento en que se produce la

creación» y añade «Sin la experiencia del desierto no hay poesía»<sup>38</sup>.

## Meditación

En las últimas décadas existe un creciente interés por técnicas relacionadas con la meditación oriental. Siendo estas técnicas milenarias en sus países de origen.

La meditación es un proceso complejo que implica una serie de cambios cognitivos, perceptivos, afectivos y orgánicos (hormonales y nerviosos principalmente).

La meditación está integrada por una familia de técnicas que tienen en común la intención consciente de focalizar la atención de un modo no analítico y la intención de no profundizar en discursos mentales reiterativos<sup>39</sup>.

La mayoría de las religiones tienen procedimientos o formas de meditación, sin embargo la meditación por sí misma no es sólo una actividad religiosa o espiritual. Son muchas las formas de meditación pero en general lo que se busca es paz y tranquilidad, en culturas más occidentales e iluminación religiosa en las más orientales<sup>40</sup>.

Hemos objetivado una relación entre la meditación y cuadros psiquiátricos en los que existe principalmente una alteración de la conciencia, ya sea auto o heteroinducida, que lleva al individuo en ocasiones, a presentar sintomatología psicótica. Ésta forma de psicosis no está recogida en ninguna de las clasificaciones que hoy en día manejamos (CIE-10 y DSM-IV-TR), aunque sí existen cuadros que se asemejan como los Trastornos de Trance y Posesión (F.44.3 CIE-10) o los Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios (F. 23 CIE-10).

En general las prácticas meditativas que se han elaborado a lo largo de la historia, pueden agruparse en dos grandes grupos:

### Meditación concentrativa

La meditación concentrativa consiste en fijar la atención en un solo estímulo ya sea un objeto, la respiración del individuo o un mantra, para llegar a un estado de calma y paz<sup>41</sup>. Se consigue una concentración lineal donde se logra acceder a un estado de atención muy profundo pero sobre un campo estrecho y limitado. Éste tipo de meditación genera una gran sensación de autocontrol en el paciente<sup>42</sup>, necesitando un importante entrenamiento para desarrollar ésta técnica<sup>43</sup>.

**Mantra** es una palabra de origen sánscrito que se traduce como mente o como liberación, de ahí se dice que un mantra es un instrumento para liberar la mente del flujo constante de pensamientos que la confunden. Un mantra puede ser una sílaba, una palabra, una frase o texto largo,

que al ser recitado y repetido va llevando a la persona a un estado de profunda concentración.

El **Om** (*aum* en el antiguo sánscrito) u *omkara* ('sílabo om') es probablemente el mantra más sagrado del hinduismo o y el budismo. Se trata del sonido del que nacen todos los demás sonidos verbales y musicales. Representa y simboliza a Brahman y al universo entero. Es por lo tanto una sílaba sagrada Monier-Williams.<sup>44</sup>

### Meditación contemplativa

La meditación contemplativa, introspectiva o *mindfulness* no busca limitar el campo de acceso cognoscitivo sino todo lo contrario, abrirlo a un momento preciso. Es un estado de pasividad y quietud creativa<sup>45</sup> en el que el mediador sólo presta atención al momento presente, estando pendiente de la multitud de percepciones visuales y auditivas, sentimientos y sensaciones que se presentan simultáneamente en la conciencia<sup>46</sup>.

Con ésta técnica se intenta integrar a la persona con el mundo mediante una "descentralización del yo"<sup>47</sup> reduciendo el aislamiento y aumentando sentimientos de comprensión, alegría, serenidad y realización propia<sup>48</sup>.

La más expandida de las técnicas contemplativas es la **Meditación budista** donde se busca un estado de máxima concentración y tranquilidad, preferiblemente en un lugar cercano a la naturaleza, así lo aconsejaba el propio Buda, y adoptando normalmente la postura de loto (piernas cruzadas).

Existen multitud de técnicas que utilizan la meditación y el efecto de la misma para alcanzar distintos estados de relajación, entre ellas, las más conocidas son el **Tai Chi**, que es un arte marcial chino en el que a través del cuerpo (adoptando distintas posturas) y la mentalización se intenta conseguir la relajación<sup>49</sup>. El **Reiki** considerado como medicina alternativa en Japón, ya que se basa en la sanación a través de la imposición de las manos, transmitiendo de ésta manera la *energía vital universal* a través de la mente. Ésta técnica ha sido ampliamente difundida en los últimos años por toda Europa utilizándose en multitud de patologías<sup>50-52</sup>.

### Qi-Gong y Falun Gong

El Qi-Gong o Chi Kung es un conjunto de técnicas de la medicina tradicional china que tiene tres objetivos principales: normalizar el cuerpo a través de la relajación, regular la respiración hasta que ésta sea relajada, constante y sosegada y por último, regular la mente. Intentan seguir la doctrina de Confucio "*Primero debes estar tranquilo; luego, tu mente podrá estar serena. Una vez que tu mente esté serena, estarás en paz. Sólo cuando estés en paz, serás capaz de pensar y progresar finalmente*".



Tabla I		Nivel de conciencia y actividad del E.E.G.	
Nivel de conciencia		Banda	Frecuencia (Hz)
Elaboración de la percepción sensorial		Gamma	40 a 80
Predisposición permanente a la alarma			21 a 38
Vigilia y actividad normal		Beta	13 a 21
Reposo tranquilo		Alfa	8 a 12
Relajación mas profunda sopor		Theta	3 a 8
Disminución importante de la conciencia		Delta	0,4 a 3
Estados excepcionales de conciencia		Theta	3 a 8
Meditación		Theta	3 a 8
Trance, hipnosis profunda		Delta	0,4 a 3

Su objetivo principal es potenciar la salud psicofísica, llegándose a utilizar en intervenciones psicoterapéuticas específicas<sup>53</sup>. Los cambios psicológicos que origina el Qi-Gong consisten en sensaciones placenteras de calor o frescor, relajación, adormecimiento con sensación de estar flotando e incluso alteraciones heautoscópicas, pseudoalucinaciones visuales o ilusiones oníricas. Éstas alteraciones suelen ser transitorias y se desvanecen cuando termina el ejercicio<sup>54</sup>, pero en ocasiones se origina un cuadro consistente en alteraciones en el pensamiento, en la percepción y en el comportamiento similares a las que ocurren en la esquizofrenia. También hay descrito fenómenos regresivos análogos a la histeria, así como fenómenos disociativos<sup>55</sup>. Todos estos cuadros se engloban en el denominado "*Qi-Gong deviation syndrome*", incluido en la 3ª versión de la Clasificación China de los trastornos mentales, en el apartado de trastornos relacionados con la cultura<sup>56</sup>.

Una modalidad de Qi-Gong es el Falun Gong. Fundada por Li Hongzhi en 1992 en China. Su objetivo es desarrollar el carácter moral de los practicantes de Qi-gong en su vida diaria a través de la meditación y purificar el cuerpo a través de ejercicios físicos. Nació en la República Popular de China donde al parecer alcanzó un desarrollo tan grande que preocupó a sus autoridades (se decía que tenía mas seguidores que el mismo Partido Comunista)<sup>57</sup>. El caso es que el movimiento fue prohibido en 1999 y desde entonces surgieron denuncias de abusos de hospitalización en establecimientos de psiquiatría de sus miembros. Las denuncias fueron investigadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría y por la Sociedad China de Psiquiatría hace poco menos de una década, sin que se pusiera de manifiesto razones políticas para estas hospitalizaciones, algunas de las cuales habían sido por cuadros de psicosis inducidas por la practica del Qi-Gong<sup>58</sup>.

### Terapia Dialéctico Conductual

Por último es interesante destacar como terapias psicológicas aceptadas por sus efectos beneficiosos tienen su origen en técnicas meditativas. Entre ellas está la **Terapia Dialéctico**

**Conductual (*Dialectical Behavior Therapy*)**, creada por Linehan<sup>59,60</sup> inicialmente para el tratamiento del trastorno límite de personalidad. Se trata de una combinación de técnicas cognitivo-conductuales para el control emocional y el afrontamiento (*reality-testing*) con conceptos como la tolerancia al malestar, la aceptación y la conciencia atenta (*mindful awareness*) tomados del budismo. El *mindful awareness* es el proceso instantáneo de observar abiertamente las experiencias físicas, emocionales y mentales propias, con el objetivo de reducir el estrés y proporcionar sensación de bienestar.

## EFFECTOS NEUROBIOLÓGICOS DE LA MEDITACIÓN

### El EEG y los estados de conciencia

En términos generales puede decirse que la actividad cerebral y el nivel de conciencia se correlacionan de un modo aceptable. Así, cuanto mas nivel de conciencia mayor es la frecuencia del registro de fondo, tal y como aparece en la Tabla I.

Hay muchos estudios que han intentado objetivar los efectos neurobiológicos de la meditación y la relajación en general, así como sus consecuencias beneficiosas en el organismo. Sí bien es cierto que existe un cierto declive del entusiasmo de los años 60 al utilizar la meditación como un "*cura todo*"<sup>60</sup>, ya que cuanto más controlados son los estudios menos diferencias con los controles aparecen<sup>61</sup>.

En líneas generales todos los estudios van dirigidos a las alteraciones neurofisiológicas que se producen durante una relajación máxima y las zonas cerebrales implicadas en ello así como los cambios físicos asociados a la disminución del estrés en el individuo.

En general los efectos mejor conocidos son los siguientes:

- Disminución de la frecuencia respiratoria y cardiaca, así

- como de la presión arterial y del tono muscular<sup>62</sup>.
- Disminución del nivel de activación (*arousal*), con disminución del estrés oxidativo y fortalecimiento del sistema inmunitario<sup>63, 64</sup>.
  - Enlentecimiento del ritmo alfa y aparición de husos alfa, theta y beta en el EEG. Compatible con un estado de relajación profunda física y mental, con una disminución de la capacidad perceptiva del medio exterior y desconexión en algunas áreas sensoriales<sup>65</sup>.
  - Incremento de la actividad neuronal en la corteza cingular anterior ventral y en áreas adyacentes<sup>66</sup>.
  - Aumento del flujo sanguíneo en áreas frontales, prefrontales y en el cíngulo anterior, medido con RMNf y PET<sup>67</sup>; disminución de flujo en lóbulo parietal izquierdo. Estas diferencias de flujo podrían explicar las alteraciones en la orientación temporo-espacial que se pueden experimentar durante la meditación<sup>68, 69</sup>.
  - Cambios en la neuroplasticidad en las zonas atencionales cerebrales (ínsula derecha, putamen y corteza prefrontal) con aumento de la sustancia gris<sup>70, 71</sup>.
  - Aumento de GABA, melatonina y glutamato. Podrían explicar experiencias místicas y síntomas esquizofreniformes a concentraciones tóxicas<sup>72</sup>.
  - Aumento de serotonina estaría relacionados con experiencias visuales, como ilusiones o incluso alucinaciones en ausencia de estimulación sensorial<sup>73</sup>.
  - Aumento de dopamina hasta en un 65 % durante la alteración de la conciencia a través del Yoga<sup>74</sup>.
  - Disminución norepinefrina, CRH y cortisol basal<sup>75</sup>.

## EFFECTOS CLÍNICOS DE LA MEDITACIÓN Y USOS EN PSIQUIATRÍA

En general las técnicas de meditación originan una serie de efectos beneficiosos en los pacientes que estén motivados a aprenderlas y utilizarlas. Del mismo modo la modalidad de meditación a utilizar será la que el individuo elija y con la que se sienta más cómodo, de éste modo los resultados serán mejores<sup>40</sup>.

Muchos autores muestran un gran entusiasmo en el uso y beneficios originados por las técnicas meditativas y aconsejan enseñarlas en la escuela y en los lugares del trabajo, para favorecer el rendimiento de los individuos<sup>76</sup>:

- Disminución del estrés aumentando la sensación de bienestar y disminución de la ansiedad<sup>77-79</sup>.
- Efectos beneficiosos en pacientes con abuso de sustancias principalmente alcohol<sup>80, 81</sup>.
- Mejoría del insomnio<sup>82</sup>.
- Se ha utilizado la meditación concentrativa para combatir la ansiedad en enfermos con psicosis.<sup>83</sup> En el estudio de Chadwick<sup>84, 85</sup> la meditación produjo mejoría en el funcionamiento clínico y en el pensamiento de pacientes con paranoia, pero no se objetivó ninguna mejoría en las alucinaciones auditivas.

En el estudio Cochrane de 2006<sup>86</sup> sobre los efectos de la meditación concentrativa o introspectiva en los trastornos de ansiedad, en comparación con tratamientos farmacológicos, otros tratamientos psicológicos y otros métodos de meditación no se llega a conclusiones firmes, aunque parece que la tasa de abandonos es alta, no existe ningún beneficio sobre sintomatología obsesiva y los efectos secundarios son escasos.

## Efectos adversos de la meditación

En general la meditación es una técnica bastante segura y con escasos riesgos, si bien existen estudios sobre exacerbación de cuadros psicóticos o bien de nueva aparición de psicosis así como de sintomatología afectiva<sup>87</sup>.

La mayoría de éstos episodios se presentan tras largos periodos de meditación y con aislamiento sensorial importante, lo que estaría en concordancia con las experiencias de trances meditativos en yoghis de la India o bien las psicosis funcionales inducidas por trances espontáneos culturalmente aceptados como reacciones a estreses ambientales.

Hay una amplia revisión<sup>88</sup> de 75 artículos sobre los cambios psicológicos y psicológicos y los efectos secundarios que se presentan tras meditación, incluyendo la meditación trascendental. Hay que tener en cuenta que los defensores de estas prácticas no revelan jamás posibles efectos perniciosos, en especial en el caso de la medicación trascendental que ha llegado a ser considerada como una actividad propia de una secta. En conjunto un 62, 9% de los practicantes refieren efectos negativos, entre los que destacan la ansiedad y las crisis de pánico inducidas por la relajación, las reacciones paradójicas de tensión, la falta de motivación vital, la sensación de aburrimiento los dolores, las distorsiones de la percepción de la realidad, la confusión y desorientación, el sentimiento de estar desplazado, la depresión, el negativismo la disociación leve, los sentimientos de culpa, síntomas psicóticos, grandiosidad, euforia, comportamiento destructivo, sentimientos suicidas, sensación de desamparo, miedo, irritabilidad, temores y desesperación.

En otro estudio, Shapiro<sup>89</sup> un 7,4% de los efectos negativos fueron considerados como graves y en general su presencia no se correlaciona con la duración de la práctica a pesar de que se han detectado cambios hormonales y metabólicos hasta mas de un año después de haber comenzado la meditación.

El factor cultural es primordial en éste tipo de cuadros. En culturas no occidentales las psicosis agudas transitorias con recuperación completa son diez veces más frecuentes, como consecuencia del egocentrismo y las explicaciones espirituales para la psicosis. En Occidente las psicosis se consideran enfermedades cerebrales incurables y no experiencias espirituales curables<sup>90</sup>.

La meditación puede precipitar distintos cuadros psiquiátricos que en general tienen un comienzo agudo y remiten rápidamente. Entre ellos encontramos:

- Episodios depresivos e ideas de suicidio<sup>91</sup>
- Síntomas de despersonalización<sup>92-94</sup>
- Exacerbación de rasgos obsesivos y esquizoides<sup>43</sup>
- Psicosis aguda con sintomatología polimorfa<sup>95-97</sup>
- Recaída de trastornos psicóticos pre-existentes<sup>97</sup>
- Crisis epilépticas<sup>98</sup>

## Psicosis y meditación

Dentro de los cuadros psicóticos presentes en la clínica, existen cuadros desencadenados por ciertas técnicas de meditación. Se tratan de cuadro agudos, con alteración del nivel de conciencia, afectividad inapropiada, alteraciones del nivel de conciencia, afectividad inapropiada, alteraciones de conducta, alucinaciones auditivas y visuales, y delirios principalmente megalomaniacos y de contenido místico<sup>95-97</sup>. Se han descritos factores vulnerables para su aparición. Estos cuadros son mas frecuentes en sujetos con alta dedicación a la meditación, es decir, muchas horas o días seguidos, y acompañado de disminución en las horas de sueño y ayuno. La privación sensorial también se asocia con mayor frecuencia a estos cuadros<sup>99</sup>. Aparecen sobre todo en personalidades vulnerables, sobre todo esquizotípicas y obsesivas graves, o cualquier otro rasgo que haga que el sujeto sea más fácilmente captable por movimientos pseudoreligioso<sup>100</sup>. Existe un importante factor cultural en la recuperación y pronóstico de las psicosis, siendo mejor en las culturas orientales que en las occidentales, quizás porque los primeros buscan una explicación espiritual<sup>90</sup>. Con tratamiento, los síntomas remiten rápidamente, aunque pueden quedar secuelas a largo plazo, por ejemplo se agravan o instauran manifestaciones obsesivas, y existen alteraciones en el ánimo<sup>101</sup>. A pesar de la gravedad del caso, muchos pacientes que lo han sufrido, siguen estando atraídos por estas técnicas, y minimizan sus efectos secundarios. También se han descrito síntomas psicóticos provocada por la práctica de la meditación transcendental<sup>102</sup>.

### *Los cuadros psiquiátricos del Qi- Gong*

El Qi-Gong es la práctica más estudiada, y su meditación puede producir, cuando se cumple alguna de las particularidades anteriormente descritas, un síndrome que presenta anomalías en el pensamiento, en el comportamiento y en la afectividad. En un estudio de 1989, con 109 pacientes que practicaban Qi-gong, se describieron dos grupos tras la meditación, uno con alteraciones neuróticas en forma de cuadros disociativos<sup>55</sup>, y otro con alteraciones psicóticas<sup>54, 55</sup>. Es tan frecuente estas alteraciones en China, que en su clasificación de enfermedades mentales, se incluye "Trastornos mentales relacionados con la cultura"<sup>56</sup>.

## LAS PSICOSIS AGUDAS

En una revisión histórica de los cuadros psicóticos, hemos encontrado que un 10% de ellos que presentan un pronóstico y una sintomatología diferente a la esquizofrenia o trastornos afectivos descritos<sup>103</sup>. Son cuadros con un comienzo agudo, y una pronta remisión, que inicialmente fueron descritos por Magnan hacia 1880<sup>104-106</sup>, y los llamó *bouffée délirante*, psicosis delirante aguda, o psicosis delirante de los degenerados. Consisten en una irrupción brusca del delirio polimorfo, no sistematizado, con alucinaciones de cualquier tipo, despersonalización y desrealización, con alteración de conciencia, y acompañado de alteración afectiva en forma de ánimo expansivo o triste. Más tarde se fueron acuñando distintos términos a estos cuadros psicóticos, entre ellos:

- Bouffée délirante<sup>104-107</sup>. Estos cuadros estaban ligados a la idea de "degeneración" de Morel, que hace referencia a una determinada predisposición o diátesis que conlleva la posible aparición de estas psicosis. El concepto de degeneración no se refiere a que vaya a producirse un deterioro en el paciente, sino sólo a esta predisposición que implicará riesgo de recidivas. Se trataba de episodios psicóticos de comienzo súbito, constituyendo cuadros delirantes polimorfos, variables y pluritemáticos, con posible enturbiamiento de la conciencia e inestabilidad emocional, de evolución rápida y finalización brusca con recuperación completa. Aunque las recidivas son posibles, los intervalos no presentan síntomas.
- Paranoia aguda (*Acute primare Verrücktheit*) alucinatoria<sup>108</sup>.
- Delirio onírico<sup>109</sup>. Del mismo modo que la obnubilación de la confusión puede ser comparada al sueño en sus diversos grados de profundidad, el delirio de la confusión recuerda el ensueño: es el delirio confuso-onírico o simplemente onirismo. Éste constituye la experiencia delirante y alucinatoria típica de los estados confusionales.
- Estados interpretativos agudos<sup>110</sup>. Este delirio constituye una especie de locura razonante, en el sentido que obedece a una necesidad, hasta a una manía de explicarlo todo, de descifrarlo todo. Fueron llamados monómanos intelectuales, son personas perseguidas que falsifican permanentemente su realidad
- Estupor benigno de Hoch<sup>111</sup>. El autor distinguía entre el estupor benigno, con un pronóstico favorable y parecido al de las psicosis maniaco-depresivas y un estupor maligno, esquizofrénico-catatónico, de evolución muy desfavorable.
- Estados oneirofrénicos descritos por Mayer-Gross en 1924<sup>112</sup>, oneirofrenia<sup>113</sup>, término este sinónimo de psicosis oneiroides: forma de psicosis esquizofrénica de evolución aguda y acompañada de obnubilación de la conciencia. Mayer-Gross consideraba que en estas psicosis había una confluencia de factores hereditarios

- esquizofrénicos y maniaco-depresivos.
- Psicosis cicloides<sup>114</sup>. Kleist se refiere a diferentes formas de confusión, motilidad, angustia y psicosis hipocondríaca. Sus principales características, según refirió, eran que mostraban lo que él llamaba una "afinidad con la ciclotimia" y "las similitudes en su curso". Debido a su relación con la demencia circular, esas enfermedades "podrían igualmente llamarse psicosis cicloides"
  - Esquizomanía descrita por Claude en 1926<sup>115</sup>. Forma de carácter en la cual dominan la emotividad, la timidez, el repliegue sobre sí mismo, con tendencia a la meditación; es, a menudo, la consecuencia de shocks afectivos repetidos en la infancia
  - Psicosis esquizoafectivas descritas por Kasanin en 1933<sup>116</sup>, se trataría de una enfermedad psicótica más episódica y de mejor pronóstico que la esquizofrenia, con predominio de síntomas afectivos.
  - Estados esquizofreniformes descritas en 1939 por Langfeldt<sup>117</sup>.
  - Esquizofrenia aguda curable descrita por Bleuler en 1950<sup>118</sup>.
  - Psicosis esquizofreniformes benignas<sup>119</sup>.
  - Psicosis atípicas<sup>120, 121</sup>. En contraposición a las "típicas" esquizofrénicas tradicionales.
  - Micropsicosis de las estructuras borderline.

## CUADROS HETEROINDUCIDOS: EL EXORCISMO

Las meditaciones de las que hasta ahora hemos hablado son autoinducidas o voluntarias, pero queremos referirnos ahora a las meditaciones heteroinducidas. Estas son la hipnosis y el exorcismo, que también pueden cursar con alteración de la conciencia y que producir cuadros psicóticos.

El exorcismo es una forma de meditación o sugestión, realizada desde el punto de vista religioso, para aliviar el sufrimiento producido por espíritus malignos, en sujetos que mantienen una actitud de pasividad. El exorcismo presupone la existencia de Dios, la existencia de seres inmateriales llamados espíritus (puros-ángeles, desencarnados-seres vivos), que pueden invadir lugares, llamándose apariciones si es en un espacio físico, o posesiones si es en un ser vivo. Si no están presentes estas premisas, no se trata una posesión diabólica sino un posible cuadro psicótico.

Existen múltiples referencias a la posesión maligna en la literatura como en "Los Hermanos Karamazov"<sup>122</sup>: "no formas parte de la realidad, eres una mentira, eres mi enfermedad, eres un fantasma. No se como destruirte y me temo que tendré que padecerte por un tiempo." A lo largo de la historia se ha intentado explicar la locura mediante la invasión de espíritus malignos, siendo el exorcismo el método utilizado para aliviar el sufrimiento de los poseídos.

La invasión del espíritu va en contra de la voluntad divina y el método para expulsarlo es invocando la interven-

ción mediante el exorcismo. Se presupone que el poseedor es maligno. Consiste en un método catártico y primitivo en el que se produce una despersonalización que conlleva a un cuadro clínico parecido al trastorno disociativo<sup>123</sup>. Como ya hemos referido antes, en niños, la posesión demoníaca se considera una psicosis inducida<sup>125</sup>.

A parte de los cuadros disociativos, el exorcismo produce también cuadros psicóticos, que encontramos referidos en la literatura<sup>123-126</sup>. El cuadro psicótico producido tiene gran parecido con un cuadro de esquizofrenia, el inicio es brusco, con importante alteración psicomotriz. Se han descrito casos fatales tras el exorcismo, siendo uno de ellos, una ingesta compulsiva de agua con sal que llevo a la muerte<sup>127,128</sup>. Es importante recordar que esta psicosis es heteroinducida, al contrario que los anteriores casos contados. En casos donde no había posesión diabólica, y si un cuadro psicótico, obviamente el exorcismo mantiene la psicosis inicial. Moore<sup>129</sup> recuerda la importancia de la colaboración entre la Iglesia y la ciencia, en particular que la primera este abierta a la posibilidad de que el individuo esté enfermo y no endemoniado.

## DISCUSIÓN

No hay que olvidar que la mayoría de las veces, la meditación produce efectos positivos y deseables, como mayor flexibilidad cognitiva, mayor empatía, etc, y se han obtenido mejores resultados terapéuticos en psiquiatras que meditaban frente a los que no<sup>130</sup>. A la vez llama la atención la buena prensa actual que tiene la meditación y lo frecuente de su práctica. No todo el mundo puede hacer meditación, y los psiquiatras deben de tener esto en cuenta, y estar familiarizados con sus efectos secundarios. Es necesario plantearse porque la mayoría de los psiquiatras no han adoptado la meditación como una herramienta coadyuvante en su práctica clínica. Parece que los terapeutas occidentales no están familiarizados con estas técnicas orientales, y existe una gran ambivalencia entre las técnicas desarrolladas para mejorar el bienestar, y los tratamientos que se usan para aliviar las enfermedades mentales. El origen de la meditación no fue el uso de esta técnica en personas neuróticas, psicóticas, etc, sino sujetos bien ajustados con sensibilidad espiritual.

A pesar de todos los estudios sobre los efectos beneficiosos, existen serias dudas sobre la naturaleza de la eficacia de la meditación debido en gran parte a los problemas metodológicos y limitaciones en los diseños de los estudios. Se necesitan más estudios sobre este tema, y más psiquiatras interesados para poder avanzar en la investigación<sup>61</sup>. Además casi todos los estudios están contaminados por drogas. Aún hay que identificar los beneficios que se pueden atribuir específicamente al acto de la meditación, aparte de los posibles beneficios de estar sentado, y no hacer nada, con la expectativa de alcanzar algún beneficio<sup>131</sup>. En muchos estudios no se controlan adecuadamente las variables de la po-

blación de la muestra, como el sesgo de autoselección, nivel socioeconómico, la historia psicosocial, y otras características individuales, tales como la motivación, el compromiso, la disciplina, etc.<sup>132, 133</sup>. Se necesitan estudios más con metodologías más estrictas, que definan con exactitud la muestra que hay que utilizar y así aislar correctamente la variable independiente, y crear un grupo control apropiado<sup>77</sup>.

Para terminar, es complicado describir el cuadro de manera concreta y con criterios diagnósticos definitorios. Los cuadros encontrados son muy variados y polimorfos. Desconocemos con exactitud el pronóstico y la evolución.

## CONCLUSIONES

"Meditar es vivir con sencillez y honestidad en el mundo tal como es"<sup>134</sup>. La salud psicológica puede correlacionarse en parte, con el grado en que, naturalmente, se realizan las acciones de atender y no juzgar<sup>132</sup>. El trabajo de Linehan<sup>59, 60</sup>, que desarrolló la terapia dialéctico-conductual, es un ejemplo de integración con éxito de la meditación y la conciencia atenta (*mindfulness*) con la psicoterapia para el tratamiento de la patología del carácter, depresión, adicciones y trastornos de la alimentación<sup>135</sup>. Además es necesario haber desarrollado un sentido coherente de sí mismo, mantener unas relaciones de objeto sano, para poder alcanzar una comprensión más profunda de la realidad mediante la meditación. Es decir, "tiene que ser alguien, antes de que pueda convertirse en nadie"<sup>42</sup>. Si no se cumplen estas premisas, la meditación puede precipitar cuadros psicóticos, exacerbar rasgos obsesivos y esquizoides<sup>43</sup>. La práctica habitual de la meditación, habitualmente tiene tres consecuencias inmediatas: mayor disciplina, regularización del estilo de vida, y mayor compromiso de cuidado de su propio yo<sup>132</sup>.

Por otro lado, el trabajo presente se ha centrado en la patología desencadenada por la meditación. Estamos ante uno trastorno del nivel de conciencia que cursa con fenómenos psicóticos. La meditación en general es autoinducida, salvo en los casos comentados como la hipnosis y el exorcismo. El cuadro psicopatológico producido por estas técnicas podría tratarse de un nuevo cuadro, y quizás deberíamos crear un nuevo código en las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales. Debemos tener más cuidado con las meditaciones concentrativas, pasivas, y en las que se realizan visualizaciones, porque conllevan mayor riesgo de efectos secundarios. La estructuración cognitiva de estas experiencias depende, por una parte, del contenido simbólico que se les asigne, y del marco conceptual en que se desarrollen. Una persona imbuida de una doctrina mística de tipo oriental puede considerar la vivencia de despersonalización como un aspecto de la superación de las ataduras del yo, es decir, algo deseable y bueno. También depende de la fortaleza del yo, y del grado de desarrollo del individuo. Es necesario un cierto grado de desarrollo del mismo para

que el individuo pueda utilizar constructivamente estas vivencias<sup>101</sup>. La finalidad de la meditación es distinta según la cultura, teniendo un fin más espiritual en la oriental, y un fin de relajación y paz en los occidentales. Los cuadros psicopatológicos como consecuencia de la meditación son cada vez más frecuentes en las urgencias y consultas psiquiátricas, por lo que se deben conocer con más amplitud por todos los psiquiatras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Stoering GE. *Besinnung und Bewusstsein*. Stuttgart: Thieme, 1953.
2. Zutt J. Über die polare Struktur des Bewusstseins. In: *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie* Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag; 1963. pp. 406-10. Also in: *Nervenarzt* 1943;16:145.
3. Baron-Cohen S. Precursors to a theory of mind: Understanding attention in others. In Whiten A, ed., *Natural theories of mind: Evolution, development, and simulation of everyday mindreading*. Cambridge: MA: Basil Blackwell, 1991; pp. 233-51.
4. Guardini R. *Die Situation des Menschens. Die Künste im technischen Zeitaler*. R. Oldenburg Munich: Bayerische Akademie der schönen Künste, 1956.
5. Husserl E. *Invitación a la fenomenología*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós, 1992. Husserl E. *Philosophy as Rigorous Science*, translated in Quentin Lauer, editor, [1910] *Phenomenology and the Crisis of Philosophy*. New York: Harper & Row, 1965.
6. Binswanger L. *Wahn*. Pfullingen: Günther Neske, 1965.
7. Nagel Th. What is it like to be a bat? *The Philosophical Review*. 1974;83(4):435-50. [http://members.aol.com/NeoNoetics/Nagel\\_Bat](http://members.aol.com/NeoNoetics/Nagel_Bat).
8. López-Ibor Jr JJ. El problema de la verdad en Psiquiatría. *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. Instituto de España, Año 2000-Tomo CXVII, Cuaderno Tercero, pp. 673-86.
9. Penrose R. *La Nueva Mente del Emperador*. Barcelona: Mondadori, 1991. Penrose R. *The Emperor's New Mind. Concerning Computers, Minds, and the Laws of Physics* Oxford University Press, 1989.
10. Libet B. *Mind Time*. Mind time: the temporal factor in consciousness. Harvard University Press, 2004.
11. van Veen V, Carter CS. Error data and theories detection, correction, and prevention in the brain: a brief review of data and theories. *Clin EEG Neurosci*. 2006 Oct;37(4):330-5.
12. Jensen J, Kapur S. Salience and psychosis: moving from theory to practice. *Psychol Med*. 2009;39(2):197-8
13. Alhola P, Päävi Polo-Kantola. Sleep deprivation: Impact on cognitive performance. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2007;3(5): 553-67.
14. Drummond SP, Brown GG, Gillin JC, Stricker JL, Wong EC, Buxton RB. Altered brain response to verbal learning following sleep deprivation. *Nature*. 2000 10;403(6770):655-7.
15. Siegel JM. Clues to the functions of mammalian sleep. *Nature*. 2005 27;437(7063):1264-71.
16. Siegel JM. Why We Sleep. *Scientific American*. 2003;289(5):92-7.
17. Grassian. Psychopathological effects of solitary confinement *American Journal of Psychiatry Online*. 1983;140:1450-4.
18. Mason O, Brady F. The psychotomimetic effects of short-term sensory deprivation. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2009;197(10):783-5.

19. Steiner R. Die "Philosophie der Freiheit" 1894 und die Gegenwart. Dornach: Rudolf Steiner Verlag; 1978. Filosofía de la libertad. Madrid: editorial Rudolf Steiner, 1999.
20. Ferenczi S. Psicoanálisis de las neurosis de guerra. En Obras Completas Psicoanálisis Tomo III. Madrid: Ed. Espasa-Calpe, 1984.
21. Frankel JB. Ferenczi's Trauma Theory. The American Journal of Psychoanalysis. 1998;58(1):41-61.
22. WHO. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): Classification of Mental and Behavioural Disorders Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva:1992. O.M.S. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de las Enfermedades 10ª edición (CIE 10). Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
23. APA. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2000. APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson, 2002.
24. Hartranft, C. The Yoga-Sutra of Patanjali: A New Translation with Commentary. Boston: Shambhala Eds, 1993.
25. The Gheranda Samhita (Trans.Mallinson, J). Woodstock, NY: YogaVidya.com, 2003.
26. Yogui Svatmarama. The Hatha Yoga Pradipika (Trans. Pancham Sinh). Allahabad: Panini Office, 1914.
27. Martín Diza, C. Bhagavad Gita, con los comentarios advaita de ankar. Madrid: Trotta, 1997 [6.ª edición: 2009].
28. The Bhagavad Gita. Harlow: Penguin Books, 1962.
29. MacDonald, D.B. "Darw s h (Darw s h)." In: Bearman Th, Bianquis CE, Bosworth E, van Donzel WP, Brill H. Encyclopaedia of Islam, 2ª edición: Boston y Tokio: P.Leiden, derviche, 2010.
30. de Vitray-Meyerovitch E. Mystique et poésie en Islam, Djallal Uddin Rumi et l'ordre des s tourneurs. París: Desclée De Brouwer, 1972.
31. San Juan de la Cruz. Subida al Monte Carmelo. En: Obras Completas de San Juan De La Cruz (2ª Ed.). Madrid: Biblioteca de autores Cristianos, 2002. St. John of the Cross: Ascent to Mount Carmel. In: de Nicolas AT (Author, Editor). St. John of the Cross (San Juan de la Cruz): Alchemist of the Soul: His Life, His Poetry (Bilingual), His Prose. York Beach, Me: Samuel Weiser, 1996.
32. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme, 1958. Conrad K. La esquizofrenia incipiente, Fundación Archivos Neurobiología. Madrid: Editorial Triacastela, 1997.
33. Shermer, M. Patternicity. Sci Am. 2008 Dec;299(6):48.
34. Eliade M. El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. México: Fondo de Cultura Económica, 2009. Eliade M. Le chamanisme et les techniques archaïques de l'extase. Paris: Éditions Payot, 1983.
35. Real Academia Española. Diccionario de la RAE Esencial. Madrid: Espasa-Calpe, 2006.
36. Huxley A. Las puertas de la percepción. Cielo e infierno. Traducción de Miguel de Hernani. Barcelona: Editorial Edhasa, 2009. Huxley A. The Doors of Perception and Heaven and Hell. New York: Harper & Brothers, 1956.
37. Bucky PA. The Pr José Ángel Valente Albert Einstein, Kansas City: Andrews & McMeel, 1992.
38. Lacalle Ciordia MA. La poética de José Ángel Valente. Pamplona: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 2000.
39. Shapiro DH Jr. Overview: clinical and physiological comparison of meditation with other self-control strategies. Am J Psychiatry. 1982 Mar;139(3):267-74.
40. Fenwick P. Can we still recommend meditation? Br Med J. 1983;287(6403):1401.
41. Stutley M, Stutley J. Eds. Harper's Dictionary of Hinduism: Its Mythology, Folklore, Philosophy, Literature, and History. New York: Harper & Row, 1977/1984.
42. Engler J. Therapeutic aims in psychotherapy and meditation: Developmental stages in the representation of self. J Transpersonal Psychol. 1984;16:25-61.
43. Deikman AJ. The Observing Self. Boston, MA: Beacon Press, 1982.
44. Monier-Williams M. Sanskrit-English Dictionary (1819-1899). TheKrishnaStore.com
45. Shafii M. Silence in service of the ego. Int J Psychoanal. 1973;54:431-43.
46. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. J Clin Psychol. 2006;62:373-86.
47. Keen S. To a Dancing God. New York, NY: Harper & Row, 1970.
48. Deshmukh VD. Neuroscience of meditation. Sci World J. 2006;6:2239-53.
49. Posadzki P, Jacques S. Tai chi and meditation: A conceptual (re) synthesis? J Holist Nurs. 2009 Jun;27(2):103-14.
50. Engebretson J, Wardell DW. Experience of a Reiki session. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2002;8(2):48-53.
51. DiNucci EM. Energy healing: a complementary treatment for orthopaedic and other conditions. Orthopaedic Nursing. 2005;24(4):259-69.
52. Miles P. Reiki for mind, body, and spirit support of cancer patients. Advances in Mind-Body Medicine. 2007;22(2):20-6.
53. Cohen, Kenneth S. [Qigong: Chinese energy healing] El camino del Qigong. El arte y la ciencia de la curación energética china. Barcelona: La liebre de Marzo SL, 2004. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart: Thieme, 1958,
54. Xu SH. Psychophysiological reactions associated with qigong therapy. Chin Med J (Engl). 1994 Mar;107(3):230-3.
55. Shan HH, Yan HQ, Xu SH, Zhang MD, Yu YP, Zhao JC, et al. Clinical phenomenology of mental disorders caused by Qigong exercise. Chin Med J (Engl). 1989 Jun;102(6):445-8.
56. Chinese Society of Psychiatry: The Chinese Classification and Diagnostic Criteria on Mental Disorders version 3 (CCMC-3). Jinan, 2001.
57. Benjamin P. The Past, Present and Future of Falun Gong, 2001. / www.nla.gov.au/grants/haroldwhite/papers/bpenny.html
58. Okasha A. Ethical Perspective in Psychiatric Care and Research. In: Zukunftsperspektiven in Psychiatrie und Psychotherapie. Wolfgang Gaebel Ed. Basel: Birkhäuser; 2002 pp. 35-46.
59. Linehan MM. Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. Theory and method. Bull Menninger Clin. 1987 May;51(3):261-76
60. Linehan M. Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings. New York: Guilford Press, 2007.
61. Caspi O, Burleson KO. Methodological challenges in meditation research. Adv Mind Body Med. 2005;21:4-11.
62. West MA. Physiological effects of meditation: a longitudinal study. Br J Soc Clin Psychol. 1979;18(2):219-26.
63. Tang YY, Ma Y, Fan Y, Feng H, Wang J, Feng S, et al. Central and autonomic nervous system interaction is altered by short-term meditation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2009 Jun 2;106(22):8865-70.
64. Kim DH, Moon YS, Kim HS, et al. Effect of Zen meditation on serum nitric oxide activity and lipid peroxidation. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2005;29(2):327-31.

65. West M. Meditation and the EEG. *Psychol Med.* 1980;10:369-75.
66. Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychol Bull.* 2006;132:180-211.
67. Chan-Ob T, Boonyanaruthee V. Meditation in association with psychosis. *J Med soc Thai.* 1999 Sep;82(9):925-30.
68. Newberg A, Alavi A, Baime M et al. The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: a preliminary SPECT study. *Psychiatry Res.* 2001;106(2):113-22.
69. Newberg A, Pourdebnad M, Alavi A et al. Cerebral blood flow during meditative prayer: preliminary findings and methodological issues. *Percept Mot Skills.* 2003;97(2):625-30.
70. Lazar SW, Kerr CE, Wasserman RH, et al. Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport.* 2005;16(17):1893-7.
71. Pagnoni G, Cekic M. Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiol Aging.* 2007;28:1623-27.
72. Jevtovic-Todorovic V, Wozniak DF, Benshoff ND, Olney JW. A comparative evaluation of the neurotoxic properties of ketamine and nitrous oxide. *Brain Res.* 2001;895:264-7.
73. Vollenweider FX, Vontobel P, Hell D, Leenders KL. 5-HT modulation of dopamine release in basal ganglia in psilocybin-induced psychosis in man—a PET study with (11C) raclopride-. *Neuropsychopharmacology.* 1999;20:424-33.
74. Kjaer TW, Bertelsen C, Piccini P et al. Increased dopamine tone during meditation-induced change of consciousness. *Brain Res Cogn Brain Res.* 2002;13(2):255-9.
75. Infante JR, Torres-Avisbal M, Pinel P, et al. Catecholamine levels in practitioners of transcendental meditation technique. *Physiol Behav.* 2001;72:141-6.
76. Fortney L, Taylor M. Meditation in medical practice: a review of the evidence and practice. *Prim Care.* 2010 Mar;37(1):81-90.
77. Shapiro DH, Giber D. Meditation and psychotherapeutic effects: Self regulation strategy and altered state of consciousness. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35:294-302.
78. Weis M, Nordlie JW, Siegel EP. Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychother Psychosom.* 2005;74:108-12.
79. Evan S, Ferrando S, Findler M, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord.* 2008;22(4):716-21.
80. Dakwar E, Levin FR. The emerging role of meditation in addressing psychiatric illness, with a focus on substance use disorders. *Harv Rev Psychiatry.* 2009;17(4):254-67.
81. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addict Behav.* 2005;30:1335-41.
82. Ong JC, Shapiro SL, Manber R. Mindfulness meditation and cognitive behavioral therapy for insomnia: a naturalistic 12-month follow-up. *Explore.* 2009;5(1):30-6.
83. Davis LW, Strasburger AM, Brown LF. Mindfulness: an intervention for anxiety in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 2007;45(11):23-9.
84. Chadwick P, Hedges S, Russell D, Russell I, Dagnan D. Mindfulness group for distressing voices and paranoia: a replication and randomizes feasibility trial. *Behaviour Cognitive Psychotherapy.* 2009;37(4):403-12.
85. Arias AJ, Steinberg K, Banga A, Trestman RL. Systematic review of the efficacy of meditation techniques as treatments for medical illness. *J Altern Complement Med.* 2006;12(8):817-32.
86. Krisanaprakornkit T, Krisanaprakornkit W, piyavhatul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;25;(1):CD004998.
87. González de Rivera. La terapia de relajación en la consulta psiquiátrica interdepartamental. *Psiquis.* 1981;2:33-36.
88. Perez-De-Abeniz A, Holmes J. Meditation: Concepts, Effects and Uses in Therapy. *International Journal of Psychotherapy.* 2000;5(1):49-59.
89. Shapiro DH Jr. Adverse effects of meditation: a preliminary investigation of long-term meditators. *Int J Psychosom.* 1992;39(1-4):62-7.
90. Castillo RJ. Trance, functional psychosis, and culture. *Psychiatry.* 2003;66(1):9-21.
91. Lazarus AA. Psychiatric problems precipitated by transcendental meditation. *Psychologic Rep.* 1976;39:601-2.
92. Kennedy RB. Self-induced depersonalization syndrome. *Am J Psychiatry.* 1976;133:1326-8.
93. Otis, LS. Adverse effects of transcendental meditation. In: *Meditation: Classic and Contemporary Perspectives.* Shapiro D, Walsh R, Ed. New York: Aldin Publications, 1984.
94. Castillo, RJ. Depersonalization and meditation. *Psychiatry.* 1990;53:158-68.
95. French AP, Schmid AC, Ingalls E. Transcendental meditation, altered reality testing, and behavioral change: a case report. *J Nerv Ment Dis.* 1975 Jul;161(1):55-8.
96. Walsh E, Moran P, Scott C, McKenzie K, Burns T, Creed F, et al; UK700 Group. Prevalence of violent victimisation in severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 2003 Sep;183:233-8.
97. Kuijpers HJ, van der Heijden FM, Tuinier S, Verhoeven WM. Meditation-induced psychosis. *Psychopathology.* 2007;40(6):461-4.
98. Donaldson S, Fenwick PBC. Effects of meditation. *Am J Psychiatry.* 1982;139:1217.
99. Carrington, P. Meditation as an access to altered states of consciousness. *Handbook of states of consciousness.* New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1985.
100. Ng BY. Qigong-induced mental disorders: a review. *Aust N Z J Psychiatry.* 1999 Apr;33(2):197-206. Review
101. Garcia Trujillo et al. Meditación y psicosis. *Psiquis.* 1992;13(2):75-9.
102. Carrington, P. *Freedom in meditation.* Nueva York: Doubleday/Anchor, 1977.
103. Andersen J, Laerum H. Psychogenic psychoses. A retrospective study with special reference to clinical course and prognosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1980 Oct;62(4):331-42.
104. Magnan V, Serieux F. *Le délire chronique à evolution systematique.* Paris: Masson, 1882.
105. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentales,* Paris: Editions du Progrès Médical; 1891. Magnan V. Clinical lessons on mental diseases. In: *Anthology of French Language Psychiatric Texts* In: Cousin FR, Garrabe J, Morozov D, Ed. *Anthology of French Language Psychiatric Texts.* -Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999.
106. Magnan V, Legrain P. The Immediate delusions. In: *Anthology of French Language Psychiatric Texts* In: Cousin FR, Garrabe J, Morozov D, Ed. *Anthology of French Language Psychiatric Texts.* -Institut Synthelabo, Le Plessis-Robinson, 1999.
107. Ey H. *Estudios sobre los delirios.* Madrid: Paz Montalvo; 1950
108. Westphal C. Über die Verruecktheit. In: *Gesammelte Abhandlungen.* Westphal A. Ed. Berlin: Verlag von August Hirschwald, 1892.
109. Regis E. *Precis de Psychiatrie.* Sixieme Edition. Paris: Librairie Octave Doin, Gaston Doin, 1923.
110. Sérieux P; Capgras J. *Les folies raissonantes: le délire d'interpretation.* Paris: Ed. Alcan, 1909.
111. Rachlin HL. *A Follow-Up Study of Hoch's Benign Stupor Cases.*

- Am J Psychiatry. 1935;92:531-58.
112. Mayer-Gross W. The Diagnostic Significance of Certain Tests of Carbohydrate Metabolism in Psychiatric patients and the question of "oneirophrenia". *Journal of Mental Science*. 1952; 98:683-6.
  113. Meduna LJ von: Oneirophrenia: The Confusional State. Urbana, University of Illinois Press, 1950.
  114. Kleist, K. Die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 1925;82:1-41.
  115. Claude H. La orme imaginative de la schizo-manie. *Encephale* 2006;32(3):97-105.
  116. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. 1933 *Am J Psychiatry*. 1994 Jun;151(6 Suppl):144-54.
  117. Langfeldt G. Definition of "schizophreniform psychoses". *Am J Psychiatry*. 1982 May;139(5):703.
  118. Bleuler M. Conception of Schizophrenia within the last fifty years and today *Proc R Soc Med*. 1963;56(10):945-52.
  119. Welner J, Stromgren E. Clinical and genetic studies on benign schizophreniform psychoses based on a follow-up. *Acta Psychiatr Neurol Scand*. 1958;33(3):377-99.
  120. Mitsuda H. The concept of "atypical psychoses" from the aspect of clinical genetics. *Acta Psychiatr Scand*. 1965;41(3):372-7.
  121. Pauleikhoff, H. Psicosis atípicas. Intento de revisión de la sistemática de Kraepelin. *Esquizofrenia y Ciclotimia*. Madrid: Morata, 1972.
  122. Dostoevsky F. Los hermanos Karamazov. Trad. José Baeza, Barcelona: Editorial Juventud; 2002 Dostoevsky F. The brothers Karamazov. Transl. by D Magarshack. Harmondsworth: Penguin, 1958; pp. 749-68.
  123. Ferracuti S, Sacco R, Lazzari R. Dissociative trance disorder: clinical and Rorschach findings in ten persons reporting demon possession and treated by exorcism. *J Pers Asses*. 1996 Jun; 66(3):525-39.
  124. Schendel E, Kourany RF. Cacodemonomania and exorcism in children. *J Clin Psychiatry*. 1980 Apr;41(4):119-23.
  125. Asch SS. Depression and demonic possession: the analyst as an exorcist. *Hillside J Clin Psychiatry*. 1985;7(2):149-64.
  126. Dieckhöfer K [Catamnestic observations regarding the case of an obsession. Demoniac obsession nowadays] *Confin Psychiatr*. 1979;22(4):219-25. German
  127. Hédouin V, Révuelta E, Bécart A, Tournel G, Deveaux M, Gosset D. A case of fatal salt water intoxication following an exorcism session. *Forensic Sci Int*. 1999 Jan 4;99(1):1-4.
  128. Vendura K, Geserik G. Fatal Exorcism. A case Report. *Arch. Kriminol*. 1997;2000(3-4):73-8.
  129. Moore EG. Theories underlying exorcism: theological and psychic. *JR Soc Med*. 1979 Mar;72(3):220-1.
  130. Grepmaier L, Mitterlehner F, Rother W, Nickel M. Promotion of mindfulness in psychotherapists in training and treatment results of their patients. *J Psychosom Res*. 2006;60:649-50.
  131. Kent RN, O'Leary KD, Diament C, Dietz A. Expectation biases in observational evaluation of therapeutic change. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42(6):774-780.
  132. McGee M. Meditation and Psychiatry. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008 January;5:28-41.
  133. Beiman IH, Johnson SA, Puente AE, et al. The relationship of client characteristics to outcome for transcendental meditation, behavior therapy and self relaxation. In: Shapiro DH, Walsh RN (eds). *Meditation: Classic and Contemporary Perspectives*. New York, NY: Aldine, 1984; pp. 565-71.
  134. Smith JC. *Meditation: A Sensible Guide to a Timeless Discipline*. Champaign, IL: Research Press, 1986.
  135. Lau MA, McMain SF. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance- and change-based strategies. *Can J Psychiatry*. 2005;50:863-9.