



INSTITUTO UNIVERSITARIO SOR JUANA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8951 – 25

TEMA:

**IMPLICACIONES DE LA RESPIRACIÓN HOLOTRÓPICA
COMO TÉCNICA DE LA PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL:
FORMA DE INTERVENCIÓN EN LAS PRINCIPALES
ENFERMEDADES MENTALES.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
PRESENTA
OSVALDO CAMARILLO MÉNDEZ

DIRECTOR DE TESIS
MTRA. IRMA MAGNOLIA RAMÍREZ GONZÁLEZ
ASESOR METODOLÓGICO
DRA. VIRIDIANA VÁZQUEZ GARCÍA

TEHUACÁN, PUEBLA. 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Para mis padres, que sin su apoyo esto no sería una realidad.

Para Laura, mi pareja, que sin su compañía y aguante esto no se hubiese podido concretar.

Y para el Osvaldo de 26 años, que supo entender que la vida existe antes de la muerte.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer a Dios y a la vida por permitirme cerrar este ciclo que en un principio creí no poder culminar.

Tengo que agradecer de igual forma a mis padres por esa determinación y apoyo que me brindaron durante 26 años de vida para poder terminar con éxito este ciclo escolar.

Del mismo modo, agradezco a mi pareja Laura por su soporte y amor brindado durante la elaboración de este proyecto.

Y, por último, no menos importante, expresarle mi agradecimiento a la Dra. Viridiana Vázquez por el apoyo brindado con su tutoría para la realización de este trabajo, que, a pesar de ser psicoanalista, no tuvo inconveniente en apoyarme con esta encomienda.

A todos ellos, muchas gracias de corazón.

ÍNDICE

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS.....	2
ÍNDICE	3
ÍNDICE DE FIGURAS	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
JUSTIFICACIÓN.....	18
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
METODOLOGÍA	27
CAPÍTULO I.....	27
1.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	27
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	27
1.4 ENFOQUE DE ESTUDIO	27
1.5 TIPO EN CUANTO A NIVEL, DISEÑO Y PROPÓSITO.....	28
1.6 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	30
MARCO TEÓRICO:	
CAPÍTULO II. EL PARADIGMA DE LA PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL	31
2.1 ANTECEDENTES: CIENCIA Y ESPIRITUALIDAD	31
2.2 LA PSICOLOGÍA TRANSPERSONAL	46
2.3 EL TRABAJO PSICOTERAPÉUTICO CON LA LSD Y SUS ESTADOS NO ORDINARIOS U HOLOTRÓPICOS	56
CAPÍTULO III: MENTE HOLOTRÓPICA.....	70
3.1 EL PARADIGMA HOLOGRÁFICO.....	70

3.2 GROF Y SU CARTOGRAFÍA DE LA PSIQUE	81
3.2.1 Experiencias sensoriales.....	83
3.2.2 Experiencias psicodinámicas o del inconsciente individual.....	83
3.2.3 Experiencias perinatales.....	88
3.2.3.1 Primera Matriz Perinatal (MPBI o Unión con la madre).....	92
3.2.3.2 Segunda Matriz Perinatal (MPBII o Antagonismo con la madre).....	94
3.2.3.3 Tercera Matriz Perinatal (MPBIII o Sinergismo con la madre).....	96
3.2.3.4 Cuarta Matriz Perinatal (MPBIV o Separación con la madre).....	100
3.2.4 Experiencias transpersonales.....	106
CAPÍTULO IV: PRINCIPALES ENFERMEDADES MENTALES.....	121
4.1 PANORAMA DE LA SALUD MENTAL (LOS TRASTORNOS MÁS COMUNES).....	121
4.2 TRASTORNO DE ANSIEDAD	124
4.3 TRASTORNO DE DEPRESIVO	135
4.4 TRASTORNO RELACIONADO CON SUSTANCIAS Y ADICCIONES:	145
CAPÍTULO V: LA RESPIRACIÓN HOLOTRÓPICA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.....	158
5.1 COMPONENTES BÁSICOS DE LA RESPIRACIÓN HOLOTRÓPICA	158
5.2 LA PRÁCTICA Y LA INTEGRACIÓN DE LA EXPERIENCIA	168
5.3 LA ARQUITECTURA Y LAS RAÍCES DE LOS DESÓRDENES MENTALES.....	179
5.4 POTENCIAL TERAPÉUTICO Y MECANISMOS DE ACCIÓN.....	199
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN	208
CAPÍTULO VII: CONCLUSIÓN	215
CAPÍTULO VIII: RECOMENDACIONES	218
REFERENCIAS	220

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: IMAGEN QUE REPRESENTA LA TÉCNICA DE LA HOLOGRAFÍA.	72
FIGURA 2. DIBUJO REPRESENTATIVO DEL UNIVERSO AMNIÓTICO, EN DONDE SE EXPERIMENTA UN “BUEN ÚTERO” (MPBI)	110
FIGURA 3. DIBUJO REPRESENTATIVO DEL ÚTERO OCEÁNICO, EN DONDE SE EXPERIMENTA UN “BUEN ÚTERO” (MPBI)	110
FIGURA 4. DIBUJO QUE REPRESENTA LA EXPERIENCIA DE UN “MAL ÚTERO” (MPBI)	111
FIGURA 5. LA HOSTILIDAD DEL ÚTERO SE EXPERIMENTA EN FORMA DE ATAQUES DE ANIMALES FIEROS (MPBI).....	111
FIGURA 6. DIBUJO QUE MUESTRA UNA MADRE-ARAÑA SOMETIENDO A LOS INDEFENSOS FETOS A DIABÓLICAS TORTURAS (MPBII)	112
FIGURA 7. DIBUJO QUE REPRESENTA EL PROCESO DE MUERTE-RENACIMIENTO (TRANSICIÓN DE LA MPBI A LA MPBII), VIVIDO COMO EL HUNDIMIENTO DE UN GIGANTESCO REMOLINO	112
FIGURA 8. UNA PINTURA QUE REPRESENTA LA EXPERIENCIA COMBINADA DE DAR A LUZ Y DE NACER EN UNA SESIÓN DE RESPIRACIÓN HOLOTRÓPICA (MPBIII) (<i>AUTORA: JEAN PERKINS</i>).....	113
FIGURA 9. DIBUJO DE STANISLAV GROF TRAS UNA SESIÓN CON LSD QUE REPRESENTA AL MÍTICO AVE FÉNIX (MPBIV).....	113
FIGURA 10. DIBUJO DE UNA SESIÓN CON RH; SUPERANDO EL MIEDO DE LA OSCURIDAD Y LO DESCONOCIDO, Y SIGUIENDO A UNA GUÍA, CADA VEZ MÁS HONDO EN EL SUBMUNDO.....	114
FIGURA 11. «KUNDALINI MADRE» IDENTIFICACIÓN CON UN NIÑO PEQUEÑO DESCANSANDO EN UN PORTABEBÉS EN LA ESPALDA DE UNA MUJER CON UNA VISTOSA PRENDE ENVUELTA EN UN MATO DE ESTRELLAS.....	115

FIGURA 12. EL INICIO DEL PROCESO DE MUERTE Y RENACIMIENTO PSICOESPIRITUAL EXPERIMENTANDO COMO SER TRAGADO POR UNA GROTESCA FIGURA ARQUETÍPICA (MPBIII)	116
FIGURA 13. VIDA INTRAUTERINA TRANQUILA (MPB I). EL ENTRELAZAMIENTO Y LA INTERCONEXIÓN DE LOS DEDOS DE LAS MANOS Y DE LOS PIES REPRESENTAN LA EXPERIENCIA DE LA IMAGEN CORPORAL FETAL QUE ES DISTINTA DE LA DE UN ADULTO.....	117
FIGURA 14. VISIÓN DE LA CRUCIFIXIÓN EN LA FASE FINAL DEL PROCESO DE NACIMIENTO. (TRANSICIÓN DE LA MPB III A LA MPB IV)	117
FIGURE 15. LA GRAN DIOSA MADRE, PERSONIFICACIÓN DE LA ENERGÍA DIVINA QUE ES FUENTE DE TODA CREACIÓN.....	118
FIGURA 16. «CODICIA» PERSONIFICACIÓN DE CODICIA INSACIABLE, UNA PODEROSA FUERZA GOBERNADORA DE LA VIDA HUMANA Y DE LA HISTORIA	118
FIGURA 17. «CABALGANDO POR EL AIRE» EXPERIENCIA QUE SIGUE A UNA CRISIS: «SENTIMIENTOS DE SER COMO UN BEBÉ EN BRAZOS DE LA GRAN MADRE DEL VACÍO, COMPLETAMENTE SEGURA Y AMADA POR LO QUE SOY Y CABALGANDO CON ELLA A TRAVÉS DEL AIRE HACIA LA ETERNIDAD»	119
FIGURA 17. EXPERIENCIA DE MUERTE Y RENACIMIENTO PSICOESPIRITUAL. LA ESTRUCTURA DE LA ANTIGUA PERSONALIDAD SE HA DESMORONADO; DE ELLA SURGE UN NUEVO SÍ MISMO (O SÍ MISMO), CONECTADO CON EL ÁMBITO ESPIRITUAL	120
FIGURA 18. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y POR CONSUMO DE SUSTANCIA.....	122
FIGURA 19. PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS (PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN), POR REGIÓN DE LA OMS	137
FIGURA 20. PREVALENCIA MUNDIAL DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS (PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN), POR EDAD Y SEXO.....	138

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. MATRICES PERITNATALES BÁSICAS	106
TABLA 2. CARACTERÍSTICAS Y PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES A NIVEL MUNDIAL.	122
TABLA 3. TRASTORNOS MENTALES MÁS COMUNES EN MÉXICO Y SU EDAD APROXIMADA DE INICIO	123
TABLA 4. ANSIEDAD NORMAL Y ANSIEDAD PATOLÓGICA.....	124
TABLA 5. TRASTORNOS DE ANSIEDAD DSM-V.....	128
TABLA 6. TRASTORNOS DE ANSIEDAD CIE-10.....	128
TABLA. 7 BENZODIACEPINAS SEGÚN SEMIVIDA DE ELIMINACIÓN	133
TABLA 8. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN CIE-10	141
TABLA 9. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN EL DSM-V.....	142
TABLA 10. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS SEGÚN SCHUSKIT (2000)	148
TABLA 11. FACTORES QUE SE RELACIONAN CON EL CONSUMO DE DROGAS	151
TABLAS 12. LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS Y TRASTORNOS ADICTIVOS SEGÚN EL DSM-5.....	154
TABLA 13. INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS CON VALIDEZ EMPÍRICA	157

RESUMEN

La Respiración Holotrópica es un método experimental de psicoterapia y autoexploración desarrollado por Stanislav y Christina Grof en el Instituto Esalen en Big Sur, California, a mediados de los años setenta. El propósito de la presente investigación es describir las principales implicaciones de esta técnica (componentes, potencial terapéutico y mecanismos involucrados) como método psicoterapéutico de intervención en enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y el abuso en el consumo de sustancias. El método utilizado en este estudio parte de un enfoque cualitativo con un diseño documental, realizado desde un nivel puramente descriptivo. El estudio concluye mostrando que la técnica de la Respiración Holotrópica puede ser considerada como una psicoterapia efectiva para una gran diversidad de trastornos mentales, además de despertar un vínculo positivo con la espiritualidad. Puede ser considerada una alternativa más para el tratado de la enfermedad mental, además de tener la ventaja de poder solventar algunos trastornos de manera más rápida que la terapia verbal.

Palabras clave: Respiración Holotrópica, psicología transpersonal, estados no ordinarios u holotrópicos de consciencia, espiritualidad, ansiedad, depresión, abuso en el consumo de sutancias.

INTRODUCCIÓN

A pesar de las arduas investigaciones realizadas tanto por la psiquiatría como por la psicología para el tratado de los trastornos mentales, la incidencia de estos sigue siendo notoria. Datos concebidos por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022) revelan que, a nivel mundial, la ansiedad, la depresión, y el abuso por consumo de sustancias son las enfermedades mentales con mayor preponderancia, además de que la depresión se ha convertido en la primera problemática generadora de discapacidad en el mundo. Esto no difiere en México, ya que estos siguen siendo de igual forma, los tres síndromes de mayor prevalencia dentro del país (Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión [INCYTU], 2018). Aunado a esto, los estragos de la pandemia del COVID-19, han traído un aumento porcentual considerable de la depresión y la ansiedad (OMS, 2022), que indudablemente impacta en el desarrollo y desenvolvimiento de la sociedad.

Mencionado lo anterior, el propósito y tema primordial de esta investigación, es la de conocer y describir las implicaciones psicoterapéuticas de la técnica proveniente del paradigma psicológico transpersonal denominada “Respiración Holotrópica” (RH), para el tratado de trastornos como la ansiedad, la depresión, y el abuso de sustancias. Por lo dicho, esta investigación muestra las características fundamentales de este método de apoyo psicoterapéutico de la mano de una vertiente psicológica. Propone elucidar lo que podría ser un enfoque ampliamente positivo en la actualidad para el tratado de diversas enfermedades mentales, y una mirada hacia una alternativa más para combatir los estragos ocasionados por el COVID-19 hacia la salud mental.

Stanislav Grof y Christina Grof son los creadores de la Respiración Holotrópica, técnica considerada por ellos como terapéutica, que combina herramientas como la respiración profunda, la música, y el trabajo corporal, con el propósito de poder inducir estados no ordinarios de consciencia u holotrópicos (como Stanislav Grof los llamó). Este método nace y se sustenta de las investigaciones realizadas en los sesentas con respecto al posible potencial psicoterapéutico que podría ejercer el uso de los estados holotrópicos de consciencia. Dichos estados parecen brindar la posibilidad de conectar con el inconsciente individual (descrito por Freud), vivenciando recuerdos específicos

olvidados de nuestro pasado, tanto como con el inconsciente colectivo (descrito por Jung), vivenciando experiencias karmáticas, encuentros con figuras arquetípicas y lo que parecieran ser recuerdos de vidas antepasadas (Grof, 2021).

Respecto al contenido de esta propuesta de investigación documental, en el primer capítulo, se aborda y describe la metodología, el diseño, el nivel, el propósito y las herramientas con las que se pretende consolidar esta investigación.

El segundo capítulo se centra en la importancia y el significado de la mirada dada por la psicología transpersonal, así como el amplio trabajo investigativo llevado a cabo con la LSD y los estados holotrópicos de consciencia que dieron fuerza y fundamentación al surgimiento de este paradigma. De igual forma se describirá el enfoque científico en el que se basa este paradigma, y las posibles controversias que tendría desde una mirada ortodoxa de la ciencia.

En el tercer capítulo se encuentra la cartografía descrita por Grof en base a sus estudios con los estados holotrópicos de consciencia, comprendiendo así la dinámica del trabajo con estos en sesiones terapéuticas con RH. También se enmarcan algunas investigaciones de otros marcos científicos como la física o la neurofisiología, en correlación con la fenomenología y estructura teórica concebida desde práctica de la RH.

El cuarto capítulo aborda de forma general los términos, significados, prevalencias y posibles psicoterapias funcionales para los trastornos por depresión, ansiedad, y abuso en el consumo de sustancias.

En el quinto capítulo se describen las herramientas de la RH y su conjunción, así como la práctica e integración de la experiencia. De igual manera, se elucida la perspectiva investigativa que se gestó en el estudio con estados holotrópicos y el planteamiento teórico sobre una revolucionaria posible génesis de los trastornos tanto mentales como psicosomáticos. Por otro lado, también se abordan los mecanismos de acción operantes en la técnica y su potencialidad terapéutica.

Por su parte, el capítulo seis abordará la discusión que se llevó a cabo a raíz de los resultados obtenidos por la investigación, así como en el capítulo siete se brindará la

conclusión y respuestas a los objetivos marcados, de la mano de las recomendaciones propuestas en el capítulo ocho.

ANTECEDENTES

El estudio y tratado de las enfermedades mentales siempre ha sido un tema de interés para la humanidad. Dentro de la ciencia, la psiquiatría, así como la psicología han sido las encargadas de intentar combatir estas problemáticas. Actualmente la psicología cuenta con variadas perspectivas teóricas y prácticas con propuestas interesantes y diferentes para entender e intervenir en el tratado de la enfermedad mental. Posturas como la psicología cognitivo-conductual, el psicoanálisis, o la mirada gestáltica y logoterapéutica del humanismo, son algunas de las tantas existentes, que han atribuido sus puntos teóricos para el entendimiento y atención de las psicopatologías.

Desde la década de 1960, Occidente ha visto florecer el interés por las nuevas formas de terapia y práctica espiritual; con ello, y junto con el estudio de procesos psicodélicos y estados no ordinarios de consciencia, se dio origen a lo que hoy se podría denominar el paradigma de la psicología transpersonal y la creación de diversas técnicas experienciales (Grof, 1999, 2021. Grof y Grof, 2011). La Respiración Holotrópica (RH), ha pretendido sumarse a ser una técnica psicológica más, pero ahora de corte transpersonal, que, a pesar de no ser muy conocida, ha tenido ciertas consideraciones para ser útil en el tratado de las enfermedades mentales. A palabras de Grof y Grof (2011), “es una de las contribuciones más recientes a la psicología profunda, una disciplina que se inició a principios del siglo XX a través del neurólogo austriaco Sigmund Freud” (p. 1).

La RH es una creación del psiquiatra checoslovaco Stanislav Grof junto con su esposa Christina Grof. Esta técnica parte de las diversas investigaciones realizadas por Grof con estados no ordinarios de consciencia u holotrópicos (Grof, 1999), que se llevaron a cabo en distintos psiquiátricos del mundo (sobre todo en el psiquiátrico de Praga) (Grof, 2005, 2021).

La técnica de la RH se podría definir desde la perspectiva que Iker Puente plasma en las diversas entrevistas que sostuvo con el Dr. Grof:

La Respiración Holotrópica es una técnica no farmacológica que induce estados modificados de consciencia desarrollada por Stan Grof y su mujer Christina en la

década de los 70 del siglo XX. Esta técnica combina diversos elementos, incluyendo la intensificación del ritmo de la respiración, el empleo de música evocativa y trabajo corporal focalizado. El término holotrópica deriva del griego “holos” (totalidad) y “trepein” (ir hacia), y literalmente significa “moverse en dirección a la totalidad”. Según Grof, “este término sugiere que en nuestro estado de consciencia cotidiano tan sólo nos identificamos con una pequeña fracción de quien realmente somos. Lo que sucede durante los estados holotrópicos es que podemos llegar a trascender los estrechos límites del cuerpo y del ego y reivindicar nuestra identidad plena” (Grof, 2002:22). Basándose en sus observaciones clínicas, Grof afirma que esta técnica es capaz de producir las mismas experiencias que la terapia psiquedélica, en la que se emplean diversos agentes farmacológicos para inducir estados modificados de consciencia. Grof afirma que, el hecho de que se produzcan los mismos fenómenos y experiencias que ya había descrito para la terapia psiquedélica a través del aumento de la respiración, refleja que se tratan de auténticas propiedades de la psique, no un producto de los efectos derivado de ingerir un agente farmacológico. Grof señala que el objetivo de esta técnica es “facilitar una poderosa experiencia transformadora de naturaleza trascendental”. (Puente, s. f., p. 7)

Con base a la implementación de esta técnica por sus creadores en diversas partes del mundo, ellos pueden concluir lo siguiente:

Los efectos beneficiosos de la respiración holotrópica dirigida por facilitadores experimentados cubren un amplio espectro. Los resultados positivos más obvios que hemos observado a lo largo de los años están relacionados con distintos trastornos emocionales y con condiciones que tradicionalmente se han considerado como psicosomáticas, tales como el asma psicogénica, las migrañas y dolores en diferentes partes del cuerpo que no tienen una base orgánica. Sin embargo, en ocasiones, mejoras mayores se han dado en individuos que sufren de condiciones que se consideran por lo general como meros problemas médicos, tales como la enfermedad de Raynaud y varias infecciones crónicas. Los efectos positivos de repetidas sesiones de respiración holotrópica generalmente van más

allá de la mejora de la condición física y emocional; pueden suponer distintos cambios en la personalidad del respirador, su visión del mundo, su estrategia vital y su jerarquía de valores. También tenemos pruebas anecdóticas de que este enfoque puede ser utilizado muy eficazmente en la curación de heridas culturales en las sociedades nativas, tales como los indios americanos y los aborígenes australianos. (Grof y Grof, 2011, p. 151)

De igual forma ha habido otras investigaciones que han arrojado resultados positivos en cuanto al uso de la RH. El estudio de Eyerman (2013) en donde implementó la RH durante 12 años con 11.000 pacientes psiquiátricos internos con diagnósticos diversos, plantea que, esta técnica puede ser considerada como una psicoterapia de bajo riesgo para ayudar a pacientes con una amplia gama de problemas psicológicos y existenciales.

The lack of even one single reported adverse sequelae in more than 11,000 Holotropic Breathing in-patients over more than 12 years, indicates that Holotropic Breathwork could be considered a lowrisk therapy to assist patients with an extremely broad range of psychological problems and existential life issues. [La ausencia de una sola secuela adversa en más de 11.000 pacientes internos de la Respiración Holotrópica durante más de 12 años, indica que la Respiración Holotrópica podría considerarse una terapia de bajo riesgo para ayudar a los pacientes con una amplia gama de problemas psicológicos y cuestiones existenciales; la traducción es nuestra].

Además,

These reports support the proposition that therapy with non-ordinary states of consciousness is safe, when done in a supportive therapeutic environment. Specific therapeutic efficacy deserves further research. Holotropic Breathwork and other non-ordinary states appear to be a valuable therapeutic tool. [Estos informes apoyan la propuesta de que la terapia con estados no ordinarios de conciencia es segura, cuando se realiza en un entorno terapéutico de apoyo. La eficacia terapéutica específica merece más investigación. La Respiración Holotrópica y

otros estados no ordinarios parecen ser una valiosa herramienta terapéutica; la traducción es nuestra]. (Eyerman, 2013, p. 26)

Otra investigación experimental con un enfoque mixto, llevada a cabo por Puente (2014) en un taller residencial de una semana de duración con 29 sujetos de entre los 18-35 años de edad demostró lo siguiente:

Despite its limitations, and recognizing the exploratory nature of this pilot study, our results suggest that the use of HB in the therapeutic context of a weeklong workshop may contribute to improve psychological health and self-actualization. Additionally, the present study showed that HB occasioned mystical-type or peak experiences in some of the volunteers in the context of a weeklong workshop, and that the HB experience was evaluated by volunteers as having substantial and sustained personal meaning and spiritual significance, which also attributed to the experience an increase of personal wellbeing and life satisfaction. These preliminary results give support for further research on the possible therapeutic use of HB, as well as to the study of the subjective effects and persisting effects occasioned by the HB experience. [A pesar de sus limitaciones, y reconociendo la naturaleza exploratoria de este estudio piloto, nuestros resultados sugieren que el uso de la RH en el contexto terapéutico de un taller de una semana puede contribuir a mejorar la salud psicológica y la autorrealización. Además, el presente estudio mostró que la RH ocasionó experiencias de tipo místico o de pico en algunos de los voluntarios en el contexto de un taller de una semana de duración, y que la experiencia de RH fue evaluada por los voluntarios como si tuviera un significado personal y espiritual sustancial y sostenido, que también atribuyó a la experiencia un aumento del bienestar personal y de la satisfacción vital. Estos resultados preliminares apoyan la realización de nuevas investigaciones sobre el posible uso terapéutico de la RH, así como el estudio de los efectos subjetivos y los efectos persistentes ocasionados por la experiencia de la RH; la traducción es nuestra]. (Puente, 2014, p. 60)

Por otro lado, Contreras y Zenteno (2014) indagaron sobre la influencia de la RH en los procesos de cierre en la adolescencia. Con una investigación cualitativa generada con 20 sujetos entre los 19-24 años de edad, ellos concluyeron lo siguiente;

consideramos que el modo en que se han asociado las variables propuestas en este estudio, a saber, Respiración Holotrópica y Procesos de Cierre de la Adolescencia, ha proporcionado elementos y datos significativos que sugieren que la RH genera una importante incidencia positiva en los procesos de cierre, facilitando su desarrollo. Temas como lutos no resueltos, experiencias pasadas inconclusas, e integración de aspectos inconscientes en general, resultaron tener un valor inusitado para aquellos que decidieron participar de la experiencia. (Contreras y Zenteno, 2014, p. 80)

Contreras y Zenteno consideran que, “la RH puede ayudar a resolver algunas de sus múltiples aristas de cara a una nueva etapa en el desarrollo como lo es la adultez desde la perspectiva del adolescente” (Contreras y Zenteno, 2014, p. 80).

Otro estudio sistemático llevado a cabo por Watjen (2014) bajo la teoría de la autodeterminación (TAD) de Ryan y Deci, ofrece un marco actual y aceptado desde el cual se puede explicar el potencial y la eficacia del entorno terapéutico y la práctica de la RH; proponiendo que esta técnica puede cubrir las tres necesidades universales fundamentales propuestas por la TAD; autonomía, competencia, y capacidad de relación.

La práctica de la RH conlleva un trabajo corporal profundo, al respecto, Mazorco (2014) llevó a cabo una investigación experimental a lo largo de 9 fines de semana con 14 sesiones de RH para dar cuenta de algunas de las manifestaciones corporales vivenciadas en la técnica. Su conclusión fue la siguiente:

Se concluye que la RH es una técnica que actúa en el marco del cuerpo como una ruta de acceso y manifestación de otras capas del ser humano como la emocional, la mental, y las significaciones de lo espiritual, y que a su vez estas experiencias se relacionan con estados pre-personales, personales y transpersonales durante su práctica. (Mazorco, 2014, p. 95)

La RH es una técnica que pretende tener la potencialidad de servir como coadyuvante en el trabajo psicoterapéutico. Grof (1999, 2005, 2021) incluso afirmaría, que el uso de los estados no ordinarios de consciencia u holotrópicos puede reducir y acortar el trabajo terapéutico de manera considerable a diferencia de la terapia verbal. Su uso promete ser esperanzador para la psicología, y es por ello que parece pertinente plantear esta investigación enfocándonos en las implicaciones que esta técnica puede tener como intervención en las principales enfermedades mentales.

JUSTIFICACIÓN

La salud mental siempre ha constituido un tema prioritario para la salud pública. La OMS la ha reconocido como un aspecto primordial del bienestar y el desarrollo de los individuos, las sociedades y los países (Restrepo y Jaramillo, 2012). Lastimosamente, ésta se ha visto afectada por el aumento y proliferación de los diversos trastornos mentales a nivel mundial. Actualmente se estima que una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). De igual forma, “los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo” (OMS, 2022, p. 3).

Probablemente, el problema más grave que puede conllevar una mala salud mental sea el suicidio. “A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento, y, sin embargo, el suicidio representa más de uno de cada 100 fallecimientos. Es una de las principales causas de muerte entre los jóvenes” (OMS, 2022, p. 3).

Además, la pandemia mundial del COVID-19 entre sus múltiples repercusiones, vino también a acrecentar la incidencia de algunos trastornos mentales:

Entre sus numerosas repercusiones, la pandemia de COVID-19 ha generado una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés a corto y largo plazo, y socavando la salud mental de millones de personas. Por ejemplo, se calcula que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión ha sido de más del 25% durante el primer año de la pandemia. (OMS, 2022, p. 2)

Con todas estas cifras alarmantes de los problemas de la salud mental, “los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha ampliado” (OMS, 2022. p. 2). Con tanta disponibilidad y diversidad, los pacientes también se enfrentan a un "supermercado" de prácticas y psicoterapias transformadoras. Pero con tantas prácticas disponibles, ¿cómo encuentran los pacientes la práctica adecuada cuando la necesitan? No está claro que una persona que busca ayuda (a menudo en un estado de angustia) sea un consumidor informado. Y muchas personas que buscan ayuda han gastado años (y mucho dinero) en alguna forma

de terapia o práctica espiritual que puede no estar bien adaptada a sus necesidades. Encontrar la práctica adecuada es aún más difícil porque las distintas escuelas de psicoterapia, curación y práctica espiritual difieren en cuanto a la técnica, los objetivos e incluso la naturaleza de la propia realidad, y estas diferencias pueden no estar del todo claras para el paciente en un principio (Borosan, 2014).

Esta investigación considera el valor que la práctica de la respiración holotrópica (RH), desarrollada por el Dr. Stanislav y Christina Grof, puede ejercer como coadyuvante en el trabajo psicoterapéutico con los principales trastornos mentales, y también como una ayuda para que los pacientes puedan encontrar su camino de forma eficiente en esta diversidad de prácticas psicoterapéuticas.

Es una realidad el incremento y la incidencia de los trastornos mentales, y con ello la necesidad de nuevas miradas que puedan ser eficientes y funcionales en la intervención de estos. Con la implementación de la técnica de la RH sus autores pueden constatar que:

A lo largo de los años, hemos visto en numerosas ocasiones que los participantes en los talleres y en el entrenamiento eran capaces de salir de la depresión que había durado muchos meses o años, superar varias fobias y estados de ansiedad, liberarse de irracionales y devoradores sentimientos de culpa y aumentar radicalmente su auto-confianza y auto-estima. En muchos casos, también hemos sido testigos de la desaparición de graves dolores psicósomáticos, incluyendo las migrañas, y la radical y perdurable mejora o incluso desaparición del asma psicogénica. En muchas ocasiones, los participantes en el entrenamiento o en los talleres compararon favorablemente su progreso, alcanzado en varias sesiones holotrópicas, con años de terapia verbal. (Grof y Grof, 2011, p. 152)

Algo que diferencia esta práctica de las demás perspectivas psicoterapéuticas, es la importancia que se le da al aspecto espiritual de la persona. Anteriormente, desde el siglo XVII, con la famosa frase de Descartes *cogito ergo sum* (pienso, luego existo) se llevó al hombre occidental a considerarse con su mente, en lugar de hacerlo con todo su organismo (Capra, 2012). A partir de los sesenta y del surgimiento de la psicología transpersonal, se propone la identificación y la importancia que tiene todo nuestro

organismo en general para con la salud mental, incluyendo no sólo a la mente, sino también al cuerpo, y al espíritu (Tart, 1979. Grof, 2021).

En función de este entendimiento, la técnica de la RH además de ejercer una curación emocional, psicosomática y física, también ha generado profundos y positivos cambios de personalidad en muchas personas implicadas en una auto-exploración seria y sistemática (Grof y Grof, 2011).

Parece ser que el contacto con el ámbito transpersonal provocado por la RH puede ejercer en la persona un cambio espiritual profundo y favorable: “Una de las consecuencias más sorprendentes de las distintas formas de experiencias transpersonales es la emergencia espontánea y el desarrollo de tendencias profundamente humanitarias y una fuerte necesidad de involucrarse en el servicio de algún propósito más amplio” (Grof y Grof, 2011, p. 161).

Esta técnica a diferencia de otras psicoterapias, pretende tener un despertar en los pacientes de lo que Abraham Maslow denominaría “metavalores” (Grof, 2021), Grof afirmaría que, además de conllevar una “curación” de diversos trastornos mentales, también conlleva a un cambio de mentalidad y valores positivos en las personas (Grof, 1999, 2021). El énfasis primordial desde esta perspectiva, es intentar satisfacer las necesidades más profundas del ser humano, las cuales, desde el paradigma transpersonal, son de naturaleza espiritual.

Desde la perspectiva de Grof, “la fuerza más profunda de motivación en la psique a todos los niveles de la evolución de la consciencia es el deseo de volver a la experiencia de nuestra propia divinidad” (Grof y Grof, 2011, p. 159). Por tanto, en el proceso de curación y auto-exploración sistemática mediante los estados holotrópicos de consciencia, antes o después, se llegará al reconocimiento de que las necesidades más profundas no son de naturaleza material, sino espiritual (Grof y Grof, 2011).

Grof afirmaría que experimentar dichas experiencias espirituales puede conllevar al ser humano a lo siguiente:

Dichas experiencias transpersonales también conducen a una profunda sensibilidad ecológica y a la consciencia de que no podemos hacer nada

destrutivo a la naturaleza sin dañarnos al mismo tiempo a nosotros mismos. Las diferencias entre las personas parecen interesantes y enriquecedoras más que amenazadoras, tanto si están relacionadas con el sexo, la raza, el color, el idioma, las convicciones políticas o las creencias religiosas. Los exploradores del espacio interior –del mismo modo que muchos astronautas americanos han visto la tierra desde el espacio exterior- desarrollan un profundo sentido de ser ciudadanos planetarios más que ciudadanos de un país determinado o miembros de un particular grupo racial, social, ideológico, político o religioso. (Grof y Grof, 2011, pp. 161-162)

La RH pretende ser una herramienta potencial para el trabajo psicoterapéutico, pero también pretende ser factor de un cambio de mentalidad más humano y unido en las personas. Es por esta razón, que la presente investigación se puede justificar, en la importancia de indagar las funcionalidades e implicaciones que posee la técnica de la RH como forma de intervención terapéutica en las principales enfermedades mentales, que por diversas circunstancias (entre ellas la pandemia del COVID-19) se han ido acrecentando.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El presente trabajo es una investigación documental que tiene como propósito indagar acerca de la potencialidad psicoterapéutica que puede ejercer la técnica experiencial de orientación transpersonal denominada por sus creadores (Stanislav y Christina Grof, 2011) como “la Respiración Holotrópica”, para el tratamiento y prevención de los principales trastornos mentales.

A pesar de los años, el estudio, y las diferentes prácticas o perspectivas psicoterapéuticas existentes para solventar la enfermedad mental, ésta no ha dejado de expandirse y seguir siendo objeto de un amplio estudio, conllevando a que diferentes prácticas y perspectivas serias sigan surgiendo con la intención de apoyar y aportar algo positivo ante esta situación. El interés en la salud psicológica ha ido en aumento, haciendo que numerosos países establezcan, actualicen y refuercen sus políticas de salud mental. Sin embargo, el último análisis de la OMS con respecto al plan de acción de los países involucrados, muestra que los avances han sido lentos, ya que el enfoque y la atención prestada a esta problemática sigue siendo la misma en la mayor parte del mundo (OMS, 2022).

Se estima que entre 450 y 500 millones de personas presentaron algún trastorno mental durante 2016, pronosticando un mayor aumento en los próximos años ([INCYTU], 2018). Además, la actual pandemia del COVID-19 no sólo ha perjudicado la salud física, sino también ha dado un alza en el empeoramiento de la salud mental, generando una magnificación y proliferación de algunos trastornos mentales en la sociedad mundialmente. Por tanto, teniendo en cuenta estos antecedentes, parece necesario intentar solucionar la situación; para ello resulta factible proponer nuevas y diferentes prácticas terapéuticas que puedan ayudar en la intervención de los principales trastornos mentales, con el propósito de procurar mejorar la situación.

Según los datos actuales, se estima que una de cada ocho personas en todo el mundo sufre de algún trastorno mental, siendo los trastornos depresivos y de ansiedad los más comunes, tanto para hombres como para mujeres (OMS, 2022).

Si bien existen discrepancias en cuanto a los números precisos, la OMS calcula que más de 300 millones padecen depresión, 60 millones trastorno bipolar y casi 21 millones esquizofrenia. Además, casi un millón de personas se suicidan al año, lo que representa más muertes que las producidas por las guerras y los desastres naturales. (INCYTU, 2018, p. 1)

La depresión es el trastorno mental más agravante para la sociedad en general, incluso la OMS lo ha clasificado “como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015) y en la sexta posición se encuentran los trastornos de ansiedad (3,4%)” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2017). Se estima que aproximadamente 350 millones de personas sufren de este trastorno, y que el 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria (Pérez, Cervantes, Hijuelos, Pineda y Salgado, 2017).

La depresión, los problemas asociados al consumo de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar están entre las seis causas principales de discapacidad, con una tendencia al alza. Para el 2030 la depresión será la segunda causa de disminución de años de vida saludable a escala mundial y la primera en los países desarrollados. ([INCYTU], 2018)

En México, el 17% de las personas presenta al menos un trastorno mental, y una de cada cuatro lo padecerá por lo menos alguna vez en su vida (INCYTU, 2018). Además, los reportes en el país revelan que 9,2% de la población en general ha padecido de por lo menos un episodio depresivo, y que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años de edad (Wagner, González, Sánchez, García y Gallo, 2012).

Por si fuera poco, como se describió anteriormente, estos números se han visto acrecentados por la incidencia de la pandemia mundial del COVID-19, alimentando el estrés tanto a corto como a mediano plazo, y deteriorando la salud mental de millones de personas. La OMS (2022) calcula “que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión ha sido de más del 25% durante el primer año de la pandemia” (p. 2).

Un reciente sondeo demuestra que la pandemia de igual forma ha afectado la salud mental de jóvenes y adolescentes que no habían tenido complicaciones anteriormente; sus resultados demostraron que el 46% de ellos reportó tener menos motivación para realizar actividades que normalmente disfrutaba, mientras que el 36% se siente con menos motivación para realizar actividades habituales (UNICEF, 2020).

En México esto no es la excepción, ya que de igual forma se demostró un aumento considerable de la depresión por la pandemia:

La crisis sanitaria por Covid-19 ha impactado en la salud mental de la población. La Encovid-19 muestra un aumento en la prevalencia de depresión entre 2018 y 2020, y un descenso desde mediados de ese último año. Quienes son mayormente afectadas por la depresión son las mujeres y personas con niveles socioeconómicos menores. (Teruel, Gaitán, Leyva y Pérez, 2021)

De igual forma, las problemáticas económicas que acarrear los trastornos mentales son gigantescas. “Las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención de salud” ([OMS], 2022, p. 3). Prácticamente el 15% de la carga económica mundial por enfermedad son atribuibles a los trastornos mentales (INCYTU, 2018).

A pesar de esto, en México, desgraciadamente el presupuesto destinado para apoyar la salud mental es menor del propuesto por la OMS:

Del presupuesto en salud en México, sólo se destina alrededor del 2% a la salud mental, cuando la Organización Mundial de la Salud, OMS, recomienda que se invierta entre el 5 y el 10%. Además, el 80% del gasto en salud mental se emplea para la operación de los hospitales psiquiátricos, mientras que se destina muy poco a detección, prevención y rehabilitación ([INCYTU], 2018, p. 1).

Ante todos estos datos, y ante la problemática de la pandemia del COVID-19, resulta una realidad el aumento y la incidencia de algunos trastornos mentales. Es por ello que esta investigación busca conocer e intentar darle valía a la práctica de la Respiración Holotrópica como técnica psicoterapéutica en la intervención de los principales trastornos mentales. Esta práctica ha demostrado tener ciertas implicaciones

positivas en el tratado de las enfermedades mentales, además, con tanta incidencia, lo que se busca es una atención que no se prolongue durante años y que pueda ser efectiva en un menor número de sesiones, lo cual, esta técnica podría otorgar. Existe evidencia de que personas que habían experimentado la psicoterapia verbal antes de llegar a la respiración holotrópica a menudo comparaban favorablemente los resultados de un pequeño número de sesiones de respiración con lo que habían conseguido en años de terapia hablada (Grof, 2014).

Según Grof y Grof (2011), la experiencia que surge con la RH no puede predecirse ni planificarse, pero siempre resulta muy relevante para el crecimiento del buscador. Se parte de la base de que cada sesión lleva al buscador directamente al énfasis de su evolución personal, al tema, la pregunta o el bloqueo que esté más maduro o más relevante en ese momento. No hay ningún experto externo que guíe o dirija este proceso de diagnóstico o descubrimiento: ningún gurú, ningún terapeuta. Incluso las personas formadas para asistir a las sesiones holotrópicas ("facilitadores") están entrenadas en el no-saber; su función principal es simplemente mantener a cada buscador a salvo y ayudarlo a confiar en la sabiduría de su propio "sanador interior".

Quizás una característica importante de esta técnica de ámbito transpersonal es que más tarde o más temprano el problema mental se convierte en una búsqueda filosófica o espiritual (Grof y Grof, 2011. Grof, 2021). A diferencia de otros tipos de psicoterapia, "esta estrategia de desvelamiento lleva al autodescubrimiento, la autorrealización y la apertura espiritual. En última instancia, se trate de un viaje hacia la totalidad, hacia el reconocimiento de nuestra verdadera naturaleza". (Grof y Grof, 2011, p. 193).

Con base a las observaciones de sus creadores, ellos pueden afirmar que la RH tiene importantes ventajas prácticas y económicas:

Puede alcanzar raíces de problemas psicosomáticos y emocionales en niveles de la psique que no están disponibles para la terapia verbal y que aceleran en gran medida el acceso al material inconsciente. Permite también la elaboración y procesamiento de traumas físicos que subyacen a distintos trastornos psicosomáticos, como aquellos asociados con el casi ahogarse o el nacimiento

biológico, lo que no puede conseguirse mediante la terapia hablada. Otra ventaja la constituye la proporción favorable entre facilitadores formados y clientes. La respiración holotrópica se suele hacer en grupos, en los que es necesario un facilitador formado para 8-10 participantes y un significativo apoyo puede ser proporcionado por cuidadores sin información. Además, nuestras experiencias nos han demostrado que la mayoría de personas que experimentan el papel de cuidador desarrollan tanto interés en su trabajo que luego quieren enrolarse en la formación para facilitador. Lo que proporciona una oportunidad para el crecimiento exponencial de un sistema de apoyo para las personas que experimentan estados holotrópicos espontáneos o inducidos. (Grof, y Grof, 2011, pp. 220-221)

Siendo así, se espera que esta nueva concepción y técnica de entender y tratar la enfermedad mental resulte ser un nuevo método eficaz para poder acortar el proceso psicoterapéutico, intervenir, y prevenir la enfermedad psicológica. Por esta razón, el objeto primordial con la implementación de esta investigación, es estudiar y describir la potencialidad del enfoque transpersonal y una de sus técnicas como otra vía psicoterapéutica para la contribución en la intervención con los trastornos mentales. Por ello, en la presente propuesta de investigación documental se sugiere responder ante la revisión teórica la siguiente cuestión:

¿Cuáles son las implicaciones de la Respiración Holotrópica como técnica de intervención en enfermedades mentales como ansiedad, depresión y abuso de sustancias?

METODOLOGÍA

Capítulo I

1.1 Objetivo general

- Conocer y describir las implicaciones de la Respiración Holotrópica como técnica de intervención en enfermedades mentales como ansiedad, depresión y abuso de sustancias.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar, describir, y argumentar científicamente la importancia del paradigma psicológico que le da soporte a la práctica de la Respiración holotrópica.
- Describir y analizar las bases teóricas que sustentan el origen y la funcionalidad de la respiración holotrópica como coadyuvante psicoterapéutico.
- Identificar los diversos descubrimientos científicos de otros marcos de estudio diferentes a la psicología y correlacionarlos con los aportes teóricos dados por la Respiración Holotrópica.
- Determinar las tres principales enfermedades mentales más comunes actualmente en la humanidad y describir sus significados e impactos en la sociedad.
- Plantear y determinar en base a su fundamento teórico y a las múltiples investigaciones realizadas con la técnica de la respiración holotrópica su funcionalidad en la intervención con las principales enfermedades mentales.

1.3 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las implicaciones de la Respiración Holotrópica como técnica de intervención en enfermedades mentales como ansiedad, depresión y abuso de sustancias?

1.4 Enfoque de estudio

La investigación aplicada al estudio de un problema o fenómeno puede entenderse como un conjunto de procesos críticos, sistematicos y empíricos que parte

del tipo de enfoque que se le dé (Hernández, Fernández y Baptista, 2014). Sampieri mencionaría que:

Los enfoques cuantitativo, cualitativo y mixto constituyen posibles elecciones para enfrentar problemas de investigación y resultan igualmente valiosos. Son, hasta ahora, las mejores formas diseñadas por la humanidad para investigar y generar conocimientos (Hernández et al., 2014, p. 2)

Aunado a lo anterior, la presente investigación parte de la mirada del enfoque cualitativo. Respecto a su definición, Martínez (2006) describiría lo siguiente:

la investigación cualitativa trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. De aquí, que lo cualitativo (que es el todo integrado) no se opone a lo cuantitativo (que es sólo un aspecto), sino que lo implica e integra, especialmente donde sea importante. (p. 128)

Del mismo aspecto, Gallardo (2017) menciona que:

La investigación cualitativa no estudia la realidad en sí, sino cómo se construye la realidad. Esto implica estudiarlo desde el punto de vista de las personas y enfatizar el proceso de comprensión (“verstehen”) de parte del investigador. Lo que interesa es la perspectiva de los participantes. En el nivel epistemológico, este paradigma enfatiza la subjetividad. (p. 22)

Por lo tanto, la investigación que se realizará con respecto a las implicaciones psicoterapéuticas que podría ejercer la técnica de la Respiración Holotrópica se hará desde el enfoque cualitativo para poder identificar con profundidad la naturaleza de su realidad, su dinámica, el porqué de sus manifestaciones y resultados psicoterapéuticos desde la base de aportaciones y observaciones subjetivas.

1.5 Tipo en cuanto a nivel, diseño y propósito

En cuanto a los tipos de investigación, Arias (2012) nos advertiría de la existencia de distintos modelos y diversas clasificaciones: según el nivel (exploratoria, descriptiva, explicativa), diseño (documental, de campo, experimental) y propósito (pura o aplicada).

De igual modo afirmarí­a que, “independientemente de su clasificación, todos son tipos de investigación, y al no ser excluyentes, un estudio puede ubicarse en más de una clase” (p. 23).

Teniendo en cuenta lo siguiente, se puede afirmar que el presente proyecto investigativo de enfoque cualitativo, se focaliza en un nivel *descriptivo*, con un diseño *documental o bibliográfico* y con un propósito *aplicado*.

Hernández Sampieri definirí­a el nivel *descriptivo* de la siguiente manera:

Con los estudios descriptivos se busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas. (Hernández et al., 2014, p. 92)

Por otro lado, Tamayo (2003) dirí­a que el diseño *documental* es; “Cuando recurrimos a la utilización de datos secundarios, es decir, aquellos que han sido obtenidos por otros y nos llegan elaborados y procesados de acuerdo con los fines de quienes inicialmente los elaboran y manejan” (p. 111); de igual forma recalcarí­a que; “Conviene ante este diseño comprobar la confiabilidad de los datos, y es labor del investigador asegurarse de que los datos que maneja mediante fuentes bibliográficas sean garantía para su diseño” (p. 110).

De igual forma, Arias (2012) definirí­a la investigación *documental o bibliográfica* como:

La investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en fuentes documentales: impresas,

audiovisuales o electrónicas. Como en toda investigación, el propósito de este diseño es el aporte de nuevos conocimientos. (p. 27)

Según Arias (2012), la investigación documental se clasifica en tres: monográfica, por medición de variables independientes, o por correlación a partir de datos secundarios. En base a esto, *la estructura documental se hará de manera monográfica*, por lo cual esto consiste en “el desarrollo amplio y profundo de un tema específico. Su resultado es un informe comúnmente llamado monografía” (Arias, 2012, p. 30).

En cuanto a su propósito, esta investigación funge ser *aplicada* “...también denominada activa o dinámica, y se encuentra ligada a la pura o básica, porque depende de sus descubrimientos y aportes teóricos”. (Tamayo, 2003. Citado en Gallardo, 2017, p. 55)

1.6 Técnica e instrumento de investigación

Las técnicas y etapas que se seguirán para la formulación y estructuración de esta investigación, son los siguientes puntos postuladas por Arias (2012, p. 31)

1. Búsqueda de fuentes: impresas y electrónicas (Internet).
2. Lectura inicial de los documentos disponibles.
3. Elaboración del esquema preliminar o tentativo.
4. Recolección de datos mediante lectura evaluativa y elaboración de resúmenes.
5. Análisis e interpretación de la información recolectada en función del esquema preliminar.
6. Formulación del esquema definitivo y desarrollo de los capítulos.
7. Redacción de la introducción y conclusiones.
8. Revisión y presentación del informe final.

II. El paradigma de la psicología transpersonal

2.1 Antecedentes: Ciencia y espiritualidad

Hablar de la psicología es complicado, sabiendo que de ella han surgido muchas ramas teórico-prácticas con pensamientos totalmente distintos. No se puede hablar de la psicología, sino más bien, de las psicologías; y para dificultarlo todavía un poco más, muchas de las diferentes posturas psicológicas no suelen estar de acuerdo entre sí en diversos aspectos, pero sobre todo en la forma de conceptualizar, afrontar y percibir la salud y la enfermedad mental. Al respecto Duque, Lasso y Orejuela (2016) mencionarían lo siguiente:

En sentido laxo, si aceptamos con Braunstein (1985) que en últimas para los psicólogos la psicología es “aquello que los psicólogos hacen” no podemos menos que empezar admitiendo la coexistencia de distintas psicologías en tanto que prácticas científico-técnicas. Más exactamente diremos con Floralba Cano (1988): *la psicología es por definición una disciplina paradigmática*; esto significa que no existe *La Psicología* (con mayúscula y en singular) sino *las psicologías* (con minúscula y en plural) como formas plurales de comprensión y abordaje de lo que cada una desde su perspectiva paradigmática ha concebido como su objeto de estudio. Así, partimos también con Braunstein (1980) de comprender respecto de las psicologías que «ninguna puede usurpar el derecho de monologar sobre el tema pretendiendo decirlo todo, ninguna puede arrogarse una prioridad jerárquica sobre las demás y decir que las otras le están subordinadas y todas pueden soñar el sueño de articulación de los objetos teóricos a partir del hecho concreto del anudamiento de los efectos en el objeto real». (p. 24)

La técnica de la Respiración Holotrópica perteneciente al marco teórico de la psicología transpersonal y primordial en esta investigación, tiene como estructura una visión distinta a los paradigmas psicológicos anteriores a ella, su marco teórico abarca otros niveles de la consciencia que son difíciles de entender desde una postura ortodoxa tanto científica como psicológica.

Se sabe que desde el siglo XVII y gracias al surgimiento del paradigma cartesiano, se gestó una hegemonía del pensamiento en base al constructo dual mente-cuerpo (Grof, 2021. Capra, 2012). La psicología como cualquier otra ciencia, en su surgimiento empezó a valerse de esta conjetura, aunque pasados los años esta prefirió priorizar e inclinarse en profundizar en el estudio de la mente o psique. La mente era vista desde una postura científica ortodoxa en donde se relegaba su origen y funcionamiento a lo material (el sistema nervioso central o cerebro) (Grof, 2021). No fue probablemente hasta los primeros pensamientos con tinte de psicología transpersonal (tomando a Jung como el primer precursor), y el contacto con experiencias y filosofías espirituales en los años sesentas, que se empezó a indagar y cuestionar con mayor fuerza, sobre si el origen de la psique realmente era perteneciente en su totalidad al cerebro; el uso de prácticas filosóficas orientales junto con la investigación que se llevó a cabo con psicodélicos daban pie a un nuevo ámbito de la consciencia, el cual podría concebirse fuera de todo aspecto material (el cerebro) y ser entendido o comprendido como un ámbito espiritual o transpersonal (Tart, 1979. Grof, 1999, 2021).

Desafortunadamente el paradigma científico ortodoxo le suele otorgar poca credibilidad a las experiencias espirituales, provocando que algunas psicologías no reconozcan la importancia de la acepción espiritual, delimitándose solo al estudio científico de la mente y a su correspondencia de esta con el cerebro, relegando así, cualquier tipo de experiencia o contacto con el espíritu a aspectos o síntomas puramente psicóticos (Grof, 2005, 2011, 2021).

El paradigma transpersonal reconoce, al igual que muchas otras posturas de conocimiento arcaicas o preindustriales, que la realidad última del ser humano es el espíritu, el cual siempre ha permanecido inherente a él. Sus estudios en base a los “estados no ordinarios de consciencia” le permiten diferenciarse respecto de las demás psicologías, tomando como ideología y aceptación la mirada de una consciencia que no se estanca en lo individual o personal, sino que lo trasciende, albergando dentro de sí todo el cosmos y la existencia misma (Grof, 2021).

Quizás el mayor inconveniente que la psicología transpersonal tiene es poder comprobar la existencia del ámbito espiritual desde el paradigma de la mirada ortodoxa de la ciencia occidental. El famoso libro de Thomas Kuhn (2004) “La estructura de las revoluciones científicas” pone de relieve la importancia del “paradigma” y la función que este tiene para con el hacer científico. Kuhn (2004) nos diría que la ciencia se rige por el paradigma dominante, y que este es quién decide lo que es propio de ser aceptado como científico o no.

Tart (1979) describiría este concepto de Kuhn como; “una especie de “súper teoría”, una teoría o formulación sobre la naturaleza de la realidad de alcance tan amplio que parece dar cuenta de la mayoría o de todos los fenómenos de su campo” (p. 22). Por su parte Grof lo describiría como: “En un sentido más amplio, un paradigma puede definirse como una constelación de creencias, valores y técnicas compartidos por los miembros de una comunidad científica” (Grof, 2021, p. 21).

Un paradigma es tan esencial para la ciencia como la observación y la experimentación; la adherencia a paradigmas específicos es un requisito absolutamente indispensable de todo proyecto científico consecuente [...] El científico tiene que reducir el problema a una escala operable, y para ello se rige por el principal paradigma vigente. Por consiguiente, el científico no puede evitar la introducción de un sistema de creencias a su área de estudio. (Grof, 2021, p. 21)

Hay que dejar claro que ningún paradigma por perfecto que parezca puede explicar jamás todos los hechos conocidos y que muchos paradigmas diferentes pueden, en teoría, justificar un mismo conjunto de datos (Kuhn, 2004).

Entendiendo esto, Grof (2021) afirmaría lo siguiente:

Por consiguiente, en principio la práctica de la ciencia es imposible sin un conjunto de creencias previas, ciertos supuestos metafísicos fundamentales y un criterio preconcebido de la realidad de la naturaleza y del conocimiento humano. Sin embargo, es preciso distinguir claramente la naturaleza relativa de todo

paradigma, por muy avanzado y convincente que sea, y el científico no debe confundirlo con la verdadera realidad. (pp. 21-22)

Los paradigmas juegan un papel complejo, ambiguo y decisivo en la historia de la ciencia, ya que son absolutamente esenciales e indispensables para su progreso, no obstante, en ciertas etapas de su desarrollo actúan como constreñidores conceptuales, dificultando de un modo decisivo la posibilidad de nuevos descubrimientos y la exploración de nuevas áreas de la realidad. (Kuhn, 2004).

Por consiguiente, la ciencia desde una mirada newtoniana-cartesiana, no puede ni podrá explicar de manera eficiente el ámbito espiritual o transpersonal si se basa desde la estrechidad de su paradigma. Probablemente resulte conveniente trascender este antiguo paradigma científico, para así poderle dar cabida a muchas más perspectivas que no puedan desarrollarse por la falta de entendimiento del paradigma que rige en la ciencia.

Cuando un paradigma pasa a ser aceptado por la mayoría de la comunidad científica, se convierte en el enfoque obligatorio de los problemas científicos. Llegado este momento, también se le suele confundir con una descripción exacta de la realidad, en lugar de aceptarlo como mapa útil, aproximación adecuada y modelo para la organización de la información conocida. (Grof, 2021, p. 22).

Una vez que la comunidad científica ha optado por un paradigma idóneo, todas las investigaciones posteriores serán basadas en los principios regidores de dicho paradigma, a esto Thomas Kuhn lo llamó “periodo de ciencia normal”, Grof (2021) lo explicaría así: “Cuando se adopta un paradigma, éste se convierte en un poderoso catalizador del progreso científico; esta etapa es la que Kuhn denomina «periodo científico normal»” (p. 23)

La ciencia normal supone que la comunidad científica sabe cómo es el universo, y no sólo eso, sino también define lo que no lo es, determina lo que puede ser posible, además de lo que en principio es imposible, de esta forma, mientras se acepte esta validez de dicho paradigma, sólo serán posibles resolver los problemas que sean

susceptibles de ser resueltos, lo cual en teoría garantiza un éxito acelerado de la ciencia normal (Grof, 2021).

La investigación científica normal es entonces acumulativa, dado que los científicos seleccionan con exclusividad los problemas susceptibles de ser resueltos con los medios conceptuales e instrumentales existentes, sólo aparecerán nuevos descubrimientos en caso de que aflojen y flaqueen las expectativas acerca de la naturaleza y los instrumentos del paradigma existente (Kuhn, 2004).

Una teoría realmente nueva y radical no consiste jamás en agregarle algo o incrementar el conocimiento existente. Supone un cambio en las reglas básicas, exige una revisión completa o reformulación de los supuestos fundamentales de la teoría anterior e implica una reevaluación de los hechos y observaciones existentes. Según Thomas Kuhn, sólo hechos de esta naturaleza representan verdaderas revoluciones científicas. (Grof, 2021, p. 24)

Para que una ciencia normal dé lugar a una revolución científica, el paradigma de ésta tuvo que haber dejado de funcionar adecuadamente en la exploración de un aspecto de la naturaleza hacia el cual el mismo paradigma previamente había mostrado el cambio (Kuhn, 2004).

En palabras de Kuhn (2004), “Las revoluciones científicas [...] sólo necesitan parecerles revolucionarias a aquellos cuyos paradigmas sean afectados por ellas”. (p. 150)

A estas revoluciones las precede y las anuncia un periodo de caos conceptual, en el cual la práctica científica normal cambia gradualmente para convertirse en lo que Kuhn (1962) denomina “ciencia extraordinaria”; en algún momento la ciencia normal muestra el descubrimiento de alguna anomalía, que se convierte de pronto en algo más que un simple enigma.

Revoluciones científicas son aquellos episodios acumulativos, en los que se reemplaza el antiguo paradigma, en su totalidad o en parte, por otro nuevo incompatible por el mismo. La elección entre dos paradigmas rivales no se puede

llevar a cabo por medio de los procedimientos evaluativos de la ciencia normal, ya que estos son una extensión directa del antiguo paradigma, cuya propia validez depende del resultado de la elección. Por consiguiente, la función del paradigma es necesariamente circular; puede persuadir, pero no convencer con argumentos lógicos, ni siquiera probabilísticos. (Grof, 2021, pp. 25-26).

Al científico que practica la ciencia normal, le interesa que se conserven sus supuestos básicos, se resiste al cambio paradigmático, y eso se debe a la profunda dependencia hacia su paradigma vigente, ya que la realidad que este le presenta le hace creer que acabará con todos los problemas (Grof, 2021).

Según Kuhn (2004), el paradigma se pone a prueba cuando hay una serie de inconsistencias en los intentos de solucionar una dificultad importante; esto lo lleva a entrar en crisis y a que surja un nuevo candidato a paradigma, aunque para que este puede suplantar al anterior, debe dar soluciones a problemas esenciales en donde el paradigma anterior había fallado, también deberá conservar la capacidad para resolver problemáticas de su predecesor, y anunciara soluciones a problemas en nuevas áreas.

La elección del nuevo paradigma no ocurre por etapas, es un cambio instantáneo que se rige por la ley del todo o nada, los científicos suelen abrazar al nuevo paradigma y lo comunican como una experiencia reveladora, incluso no es exagerado afirmar que cuando cambia el paradigma, cambia a su vez el mundo de los científicos (Grof, 2021).

Lo que es todavía más importante, durante las revoluciones los científicos ven cosas nuevas y diferentes al mirar con instrumentos conocidos y en lugares en los que ya habían buscado antes. Es algo así como si la comunidad profesional fuera transportada repentinamente a otro planeta, donde los objetos familiares se ven bajo una luz diferente y, además, se les unen otros objetos desconocidos. (Kuhn, 2004, p. 178)

Nada puede definir hasta qué punto una determinada teoría corresponde exactamente con los hechos, lo que sí se puede es comparar dos paradigmas y preguntarnos cuál de ellos refleja con mayor precisión los hechos observados, los

paradigmas deben considerarse siempre como modelos y no como descripciones definitivas de la realidad (Grof, 2021).

Grof (2021) nos mencionaría que la aceptación de un nuevo paradigma para nada es fácil, ya que depende de factores sentimentales, políticos y administrativos, en lugar de una cuestión de pruebas lógicas, incluso el alcance de este puede tardarse una generación o más, antes de que la nueva forma de ver el mundo quede establecida.

Como decía Max Planck, en su autobiografía científica (citado en Grof, 2021): “una nueva verdad científica no triunfará convenciendo a sus adversarios y logrando que vean la realidad, sino cuando estos finalmente mueren y les sustituye una nueva generación que ha crecido familiarizada con ella”. (p. 31)

Ahora bien, si se sabe que el marco espiritual o transpersonal no puede ser aceptado por el actual paradigma científico, cabe preguntar; ¿cuál es ese paradigma por el cual la ciencia se sigue rigiendo y por el cual perspectivas teóricas como la del paradigma transpersonal no parecen ser bien vistas?, ante ello Grof nos responde con lo siguiente: “Durante los últimos tres siglos, la ciencia occidental ha estado dominada por el paradigma newtoniano-cartesiano, modo de pensar basado en la obra del científico británico Isaac Newton y en la del filósofo René Descartes” (Grof, 2021, p. 35). Por su lado, Capra haría mención, que el paradigma regidor de la ciencia no sólo domina este ámbito, sino también domina el ámbito cultural:

Las teorías esenciales de la visión del mundo y el sistema de valores que están en la base de nuestra cultura y que hoy tenemos que reexaminar atentamente se formularon en los siglos XVI y XVII. Entre 1500 y 1700 se produjo un cambio radical en la mentalidad de las personas y en la idea que estas tenían acerca de las cosas. La nueva mentalidad y la nueva percepción del mundo dieron a nuestra civilización occidental los rasgos que caracterizan la era moderna y se convirtieron en las bases del paradigma que ha dominado nuestra cultura durante los últimos trescientos años y que ahora está a punto de cambiar. (Duque et al., 2016, p. 161)

El paradigma en el cual hoy descansa la ciencia occidental, está fundamentado por dos perspectivas distintas pero complementarias. Por un lado, tenemos la física de Newton, y por otro, el pensamiento dual (mente-cuerpo) de Descartes. Ambas filosofías y pensamientos fueron el resultado de un bagaje de conocimiento muy amplio, que ha ido modificándose a través de los años (Capra, 2012. Grof, 2021)

Este paradigma vigente en la ciencia ha sido fundamental para generar gran cantidad de hallazgos, descubrimientos, e innovaciones tecnológicas, Grof (2021) diría que la ciencia occidental ha alcanzado un éxito extraordinario, su orientación materialista y mecanicista han remplazado a la teología y a la filosofía como principio directo de la existencia humana, y ha transformado el mundo en el que vivimos, hasta un punto inimaginable, sin embargo, también ha sido constrictora de ideas que no estén emparentadas con su percepción y causante de un sin fin de catástrofes.

De igual forma, Grof (2021) afirmaría que la capacidad que tiene el modelo newtoniano-cartesiano para relacionar conceptos y descubrimientos básicos del aspecto mecanicista del universo, lo ha convertido en un criterio importante de legitimidad científica en campos con menos desarrollo y complejidad, tales como la biología, la medicina, la psicología, psiquiatría, la antropología y la sociología.

Este paradigma desfasado desde hace mucho tiempo, se sigue considerando científico en detrimento del progreso futuro de muchos otros campos, aquellos datos y observaciones que generan conflicto al modelo mecanicista de la ciencia, suelen ser relegados o reprimidos, y dichas investigaciones por no ser pertinentes, no cuentan con posibilidad alguna de financiamiento, lo que ha hecho que posturas como la parapsicología, enfoques alternativos de curación, la investigación psicodélica, la tanatología, entre otras, no tengan tanta divulgación ni valía académica (Grof, 2021).

Duque et al. (2016) mencionarían que:

esa ciencia que en un momento fue revolucionaria ha entrado en una nueva fase de replanteamiento, interrogación y cuestionamiento: la ciencia está cambiando desde sus fundamentos hasta sus métodos, y lo que es más dramáticamente

veraz es que nunca como ahora los cimientos de su construcción están siendo demolidos sin poder evitar que todo el edificio se vea afectado. (p. 161)

La física newtoniana ha tenido una gran influencia dentro de la ciencia en general, prácticamente su manera de concebir y entender la realidad es la que la ciencia ha decidido adoptar. Duque et al. (2016) mencionarían: “Si bien a la filosofía se la suele considerar como la madre del conocimiento en Occidente, no es menos cierto que la física es la piedra angular de la ciencia” (p. 162).

Grof (1999, 2021) describiría que la mirada newtoniana-cartesiana se convirtió en la base y fuerza promotora de las ciencias naturales en los siglos XVIII y XIX detallando la forma del universo como un complejo sistema mecánico, con un conjunto de materia pasiva e inerte, donde no existía inteligencia o consciencia creativa, suponiendo que, a través de la explosión inicial, se expandieron las galaxias, creando así el sistema solar, entendiendo de esta forma que la evolución ha sido gobernada por fuerzas mecánicas inteligibles.

Del mismo modo, Grof (1999, 2021) describe que este paradigma científico supone que la vida se originó accidentalmente en el océano primigenio bajo el resultado de reacciones químicas azarosas, lo que dio paso a una organización celular de la materia orgánica, y así la evolución de vidas superiores obedeciendo a causas solamente mecánicas, sin participación de algún principio inteligente, sino más bien a través de mutaciones genéticas accidentales y un proceso de selección natural.

A palabras de Grof (2021), mencionararía que desde la perspectiva newtoniana-cartesiana se afirma lo siguiente:

Entonces en algún lugar muy elevado de la escala darwiniana: tuvo lugar un hecho espectacular y todavía inexplicable: la materia inerte e inconsciente adquirió consciencia de sí misma y del mundo que lo rodeaba. A pesar de que el mecanismo responsable de este milagroso suceso elude por completo la más tosca de las especulaciones científicas, la corrección metafísica de esta

suposición se da por sentada y la solución del problema se relega tácitamente a la investigación futura. (p. 39)

Argumentando con ello:

La probabilidad de que la consciencia humana y el complejo universo que nos rodea haya surgido de la interacción azarosa de la materia inerte ha sido comparada a la de un huracán que, soplando sobre un montón de chatarra, creara accidentalmente un Jumbo 747. (Grof, 1999, p.12).

Los científicos no coinciden en qué etapa de la evolución apareció la consciencia, en cambio esta se reserva a los seres vivos con un amplio sistema nervioso desarrollado, así esta se presenta como un producto de la materia altamente organizada, y como un epifenómeno del proceso fisiológico del cerebro (Grof, 2021).

Aunque hay que dejar en claro que el pensamiento de que la consciencia es un producto del cerebro no es totalmente incorrecto, ya que esta acepción se basa en observaciones clínicas y experimentales en neurología y psiquiatría, lo que sugiere una correlación entre la consciencia y los procesos fisiológicos o patológicos del cerebro, tales como traumas, tumores o infecciones (Grof, 1999, 2021).

En ocasiones las alteraciones de consciencia que se relacionan con desórdenes neurológicos son tan específicas, que contribuyen a diagnosticar correctamente, en donde la neurología o alguna intervención médica practicada con acierto, puede conducir a una mejora clínica notable (Grof, 2021).

Estas observaciones demuestran, sin duda alguna, que existe una estrecha relación entre la consciencia y el cerebro. Sin embargo, no demuestran necesariamente que la consciencia sea producto del cerebro. La lógica de la conclusión deducida por la ciencia mecanicista es altamente problemática y es ciertamente posible imaginar sistemas teóricos que interpreten los datos existentes de un modo totalmente diferente. (Grof, 2021, p. 40)

Grof (2021) diría que, desde la mirada de la ciencia materialista, los organismos solo pueden comunicarse a través de sus órganos sensoriales, además de considerarse sistemas esencialmente separados, cuyos procesos mentales se interpretan como reacción al medio ambiente y como re combinaciones creativas de información sensorial adquirida con anterioridad a lo largo de los años del individuo, y almacenada en el cerebro como engramas; en este sentido la psicología materialista se adhiere a aquella frase de John Locke: «*Nihil est in intellectu quod antea fuerit in sensu*» (No hay nada en el intelecto que no haya sido procesado con anterioridad por los sentidos). (citado en Grof, 2021, p. 41)

Esta mirada del paradigma newtoniano-cartesiano no se presta para entender la cantidad de fenómenos expresados en el uso de la técnica de la Respiración Holotrópica (RH), ni mucho menos para entender el marco espiritual que la psicología transpersonal propone. Sin lugar a dudas, dicho paradigma le da una amplia importancia a lo material y al razonamiento, lo cual no permite que algo como el ámbito espiritual pueda ser estudiado y comprendido. Es por ello que la psicología transpersonal, al igual que otras perspectivas, han tenido bastantes trabas en consolidar sus descubrimientos científicos por el hecho de no emparentar con una mirada puramente material y mecanicista.

Dentro de la ejecución de la RH es común que se encuentren recuerdos propios acerca del propio proceso perinatal y de parto, algo que, no está justificado por la ciencia pero que podría ser sustentado con el tiempo. Aunque lo que si no se podría sustentar es el hecho de que esta técnica lleve a revivir aspectos transpersonales; tales como el recordar vidas pasadas o encontrarse con seres mitológicos y aspectos arquetípicos. Este ámbito, nos menciona Grof (1999, 2021), en definitiva no podría entenderse desde la mirada del paradigma científico actual, ni mucho menos con el pensamiento limitado de la ciencia en donde se supone que la memoria necesita obligatoriamente de un constructo material para poder ser.

Grof (2021) menciona que la visión sobre la memoria en la mirada newtoniana-cartesiana está limitada a sistemas de contención específicos, en donde se necesita de un sustrato material para poder ser procesados: ya sea las células del sistema nervioso

central o el código fisicoquímico de los genes, lo que hace que los recuerdos o sucesos acaecidos durante el desarrollo del individuo se almacenen en archivos de memoria del sistema nervioso central.

Actualmente ya existe una cantidad de pruebas que afirman que existe la posibilidad de recordar un aspecto de nuestro pasado, y no solo ello, sino también vivenciarlo (Timmermann, 2014). Grof (2021) afirmarí que:

La psiquiatría ha aceptado la abrumadora cantidad de pruebas, en los seres humanos, que demuestran que los recuerdos no sólo pueden ser recuperados conscientemente, sino que en ciertas circunstancias pueden ser revividos de un modo intenso y complejo. El único sustrato concebible para la transferencia de información ancestral y filogenética lo constituye el código fisicoquímico de las moléculas del ADN y ARN. (p. 41).

La mirada médica actual reconoce la posibilidad de dicha transmisión para aspectos del desarrollo embrionario, sólo en factores constitucionales, de disposiciones hereditarias, características o talentos paternos y otros fenómenos semejantes (Grof, 2021), pero no para recuerdos específicos acaecidos en la concepción del individuo o con anterioridad a esta, los cuales pueden ser reproducidos con la técnica de la respiración holotrópica y con cualquier otro tipo de técnica experiencial (técnicas meditativas, técnicas hipnóticas, o técnicas de respiración).

La teoría médica contemporánea niega la posibilidad de que el nacimiento biológico se grabe en la memoria del niño, dando habitualmente como razón, en los textos de medicina, la inmadurez de la corteza cerebral del recién nacido (mielinización incompleta de la cubierta de las neuronas cerebrales) Las únicas influencias prenatales generalmente reconocidas por los psiquiatras y los psicólogos, en especulaciones sobre el desarrollo, son las hereditarias, factores constitucionales indefinidos, lesiones físicas del organismo y, posiblemente, diferencias en la fuerza relativa de diversos instintos. (Grof, 2021, p. 42)

Para la psicología materialista, adquirir nueva información solo es posible a través de los sentidos, y a la combinación de datos archivados, tanto es el caso que la mirada mecanicista suele atribuir la inteligencia humana, el arte, la religión, la ética y la propia ciencia adjudica estos a aspectos materiales del cerebro, esta suposición altamente improbable constituye una afirmación metafísica, que no puede ser demostrada con los métodos científicos existentes (Grof, 2021). Para el paradigma psicológico transpersonal, no son sólo los sentidos los encargados de dotarnos de información, sino existen otras fuentes transhumanas que pueden posibilitarnos ello sin necesidad de nuestros sentidos (Tart, 1979. Grof, 2021).

El suponer de la ciencia al decir que el cerebro es el creador de la consciencia, nos diría Grof (2021) que, “lejos de ser una información científica, como lo afirman sus acérrimos defensores, en el estado actual de conocimiento es poco más que uno de los mitos principales de la ciencia occidental” (p. 42).

La ciencia mecanicista tiene años de práctica en la defensa de sus creencias, denominando toda desviación importante dentro de la psicología que no se correlacione con sus conceptos y percepciones como psicosis, y toda investigación que no sea compatible con su modelo, de mala ciencia (Grof, 2021).

Se puede afirmar que esta mirada de la ciencia afecta a la psiquiatría y a la psicología al no disponer de explicaciones adecuadas para una amplia gama de fenómenos dados más allá de los aspectos biográficos del inconsciente, como lo serían las experiencias transpersonales o espirituales.

La perspectiva de la psicología transpersonal ha dado un paso importante al tratar de entender algunos procesos psicóticos; con esta nueva mirada podrían tratarse y entenderse de una mejor manera algunos casos críticos de la esquizofrenia. Grof (2021) afirmaría que:

resulta prácticamente imposible comprender con mayor profundidad el proceso psicótico, sin dar crédito a las dimensiones transpersonales de la psique. Así pues, las explicaciones existentes, o bien se limitan a ofrecer interpretaciones

psicodinámicas superficiales y poco convincentes, reduciendo los problemas en cuestión a factores biográficos de la primera infancia, o postulando factores bioquímicos desconocidos para justificar las distorsiones de la «realidad objetiva», así como otras manifestaciones raras e incomprensibles. (p.43)

La deficiencia del paradigma científico newtoniano-cartesiano se acentúa más al explicar importantes fenómenos socioculturales como el chamanismo, la religión, el misticismo, los ritos de paso, los misterios antiguos y las ceremonias de curación de diversas culturas preindustriales. Grof (2021) afirmaría que el hecho de adjudicar este tipo de experiencias a estados casi psicóticos culturalmente aceptados, a supersticiones primitivas o a conflictos y dependencias irresueltos de la infancia, se considera una falta grave a la comprensión de su verdadera naturaleza.

El intento por parte de Freud de equiparar la religión con la compulsión neurótica obsesiva, en el mejor de los casos puede considerarse pertinente con relación a un aspecto de la religión: la práctica de ritos. Sin embargo, ignora por completo el significado auténtico de las experiencias visionarias de primera mano de realidades alternativas, en el desarrollo de todas las grandes religiones. (Grof, 2021, p. 43)

La carencia de poder explicativo por parte de la ciencia ortodoxa, ejerce un fuerte efecto inhibitor en la exploración abierta de nuevas informaciones y áreas que parezcan incompatibles con sus supuestos básicos sobre la realidad.

La adherencia a este paradigma ha hecho que se perciba un universo pragmáticamente útil, pero que, de cierta forma, ha llevado a dirigir la visión de la percepción de su realidad, al grado de considerarla esencial para la salud y normalidad mental, en donde desviaciones importantes de “esta percepción exacta de la realidad” se presenten como indicaciones de una psicopatología grave, reflejada como un deterioro de los órganos sensoriales y del sistema nervioso central (Grof, 2021).

Llegando a este contexto, los estados no ordinarios de consciencia u holotrópicos como los denominó Grof en la psicología transpersonal, podrían ser considerados

sintomáticos de desórdenes mentales, incluso el término científico que suele dárseles como “estados alterados de consciencia”, ya sugiere que existe una distorsión de la percepción correcta de la “realidad objetiva” (Grof, 2021).

Grof (2021) diría que desde la perspectiva científica;

parecería absurdo suponer que estos estados de alteración tuvieran cualquier pertinencia ontológica o gnoseológica. Sería igualmente improbable pensar que estos estados inusuales de la mente, considerados esencialmente patológicos, pudieran tener cualquier potencial terapéutico intrínseco. Así pues, la orientación predominante en la terapia psiquiátrica consiste en eliminar síntomas y fenómenos inusuales de cualquier género, con el fin de que las percepciones y experiencias que el individuo tenga del mundo vuelvan a ser las convenidas. (p. 44)

Aunque dentro de la psicología transpersonal, a diferencia de la psiquiatría o la psicología ortodoxa, en esta mirada sí se les otorga un valor único a estos estados holotrópicos o alterados (como los denomina la ciencia) de consciencia, en los cuales se cree que de ellos se puede generar un importante mejoramiento en la enfermedad mental.

Grof (2021) mencionaría que durante toda la historia de la ciencia moderna, las generaciones de científicos han seguido arduamente y con determinación, diversas vías de investigación con el paradigma newtoniano-cartesiano, descartando todo concepto que cuestionara los supuestos filosóficos básicos compartidos por la comunidad científica, generando así que la mayoría de los científicos estén programados de una manera tan completa a través de su formación, o han quedado tan impresionados por sus éxitos pragmáticos, que tienden a ver sus modelos como una descripción literal, precisa y exhaustiva de la realidad.

Muchos investigadores tienen la firme creencia de que no existe algo más allá del paradigma newtoniano-cartesiano, tratando a diferentes perspectivas de no científicas y desvalorizándolas, cuando la ciencia en sí, viene de una idea que para nada es ni tiene que ser considerada como absoluta (Grof, 2021. Tart, 1979).

Han sido innumerables las observaciones en diversos campos, que han sido descartadas, reprimidas o ridiculizadas, por el hecho de no ser compatibles con el pensamiento mecanicistas y reduccionista del paradigma newtoniano-cartesiano, que para la mayoría se ha convertido en sinónimo de enfoque científico (Tart, 1979; Capra, 2012; Grof, 2021). En cambio, muchos científicos eminentes han expresado la creciente sospecha de que la visión mecanicista del mundo, en realidad ha contribuido a la crisis actual, hasta el hecho de suponer que la haya generado (Grof, 2021).

La ciencia es sumamente importante, pero si no está bien dirigida, ésta puede tenderse a ser perjudicial. Desfavorablemente, el paradigma de la psicología transpersonal no puede ser entendido ni comprendido desde la perspectiva física y filosófica de Newton y Descartes. Si bien es sabido que, dentro de la física, existió una revolución en donde la mirada newtoniana quedo remplazada por la perspectiva otorgada por Einstein en el año de 1905 (Soto, 2005), esto no ha sido igual dentro de la ciencia en general, ya que esta mirada newtoniana-cartesiana sigue predominando con muchos de sus principios. Cuando Kuhn (2004) habló sobre las revoluciones científicas, este se refería más específicamente a la revolución de la física con la llegada de la relatividad y la cuántica, porque prácticamente en aquel entonces fue lo único que cambió y revolucionó.

En definitiva, la psicología transpersonal, y la técnica de la RH tienen grandes aportaciones que, aunque no sean bien vistas por un ámbito científico ortodoxo, esto no le quita que puedan correlacionarse con otras investigaciones científicas más actuales; como lo son la física moderna, las nuevas investigaciones sobre la biología y los aportes actuales en neurofisiología (Grof, 2021). La ciencia ortodoxa tiene que modificar su manera de concebir la realidad para poderle dar entrada al ámbito y conocimiento espiritual, que desde hace mucho tiempo se ha tenido en cuenta, pero que hasta ahora con el paradigma transpersonal ha tomado la relevancia científica que se merece.

2.2 La psicología transpersonal

Ya se elucidó un poco sobre la perspectiva del paradigma psicológico transpersonal, se sabe que su aportación más importante es la inmersión del ámbito

espiritual dentro de su trabajo psicológico, y también se sabe que esta inmersión le imposibilitó el ser bien recibida dentro de la perspectiva científica ortodoxa. Sin embargo, es propio entender de dónde surge este marco teórico y cómo podría definirse a diferencia de los demás que le precedieron.

Para entender a profundidad la mirada de la psicología transpersonal, se enmarcará la siguiente definición dada por Anthony Sutich, uno de los cofundadores de este paradigma:

La psicología transpersonal es el título dado a una fuerza que emerge en el campo de la psicología por obra de un grupo de psicólogos y de profesionales de otros campos, quienes se interesan en esas capacidades y potencialidades humanas últimas que no tienen lugar sistemático en una teoría positivista o conductista («primera fuerza»), en la teoría psicoanalítica clásica («segunda fuerza») ni en la psicología humanista («tercera fuerza»). Esta emergente psicología transpersonal («cuarta fuerza») se ocupa específicamente del estudio científico empírico, y de la implementación responsable de los descubrimientos pertinentes, del devenir, las meta-necesidades del individuo y de la especie, los valores últimos, la consciencia unitiva, las experiencias cumbre, los valores B, el éxtasis, la experiencia mística, el temor reverencial, el ser, la autorrealización, la esencia, la beatitud, el prodigio, el sentido último, la trascendencia del sí-mismo, el espíritu, la unicidad, la conciencia cósmica, la sinergia del individuo y de la especie, el encuentro máximo interpersonal, la sacralización de la vida cotidiana, los fenómenos trascendentes, la autoironía y el espíritu de juego cósmicos, la máxima toma de conciencia sensorial, la capacidad de respuesta y expresión, y conceptos, experiencias y actividades relacionados con todo ello. En cuanto a definición, esta fórmula ha de entenderse como sujeta a interpretaciones individuales o grupales optativas, sea en todo, sea en parte, con respecto a la aceptación de sus contenidos como esencialmente naturalistas, teístas, sobrenaturalistas, o de cualquier otra designación clasificatoria. (Citado en Tart, 1979, p. 11)

La psicología transpersonal surgió en los años sesenta, siendo más exactos esta se consolidó en el año de 1968 con el posterior lanzamiento del Journal of Transpersonal Psychology y la fundación de la Asociación de Psicología Transpersonal (Grof, 2021). Para Maslow, esta psicología era la respuesta a los limitados reconocimientos de posibilidades de desarrollo más elevadas en el ser humano, que otras psicologías no aceptaban o simplemente no concebían (Frager y Fadiman, 2010).

Se podría decir, que la psicología humanista o “tercera fuerza de la psicología” fue la que prácticamente sentó algunas de las bases para que esta mirada surgiera. En palabras de Maslow,

Considero que la psicología humanista, la psicología de la tercera fuerza, es un movimiento de transición, una preparación para una cuarta psicología, «superior» a ella, transpersonal, transhumana, centrada en el cosmos más que en las necesidades y los intereses humanos, una psicología que irá más allá de la condición humana, de la identidad, de la autorrealización y cosas semejantes. (Citado en Duque et al., 2016)

Quizás la influencia más grande de la psicología humanista en los postulados transpersonales, sea la concepción que estipulo Fritz Perls con la psicología de la Gestalt:

De todas las técnicas terapéuticas de la psicología humanística, el método Gestalt de Fritz Perls es probablemente el que más se aproxima al sistema descrito en este libro. Su mayor énfasis radica en una experiencia plena y del momento dotada de todas sus características físicas, de percepción, emocionales e idearias, en lugar de apelar al recuerdo y al análisis intelectual [...] Las diferencias básicas radican en el énfasis biográfico de la terapia gestalt y en el hecho de que no reconozca los niveles perinatal y transpersonal del inconsciente. (Citado en Duque et al., 2016)

Aunque el paradigma humanista fue un gran propulsor para que lo espiritual aflorara, la mirada transpersonal no se jacta sólo de esta vertiente, ya que también toma

y considera posturas teóricas del psicoanálisis clásico y de sus principales contribuyentes (Freud, Rank y Reich). De igual forma, la psicología transpersonal adopta conocimientos de algunas de las filosofías orientales más reconocidas: como lo pueden ser el budismo, el taoísmo o el hinduismo. También se aferra y se orienta de conocimientos de culturas preindustriales que hacían uso de técnicas ancestrales para el tratado y mejoramiento de la salud mental (Tart, 1979. Grof, 2021. Frager y Fadiman, 2010).

En resumen, se podría decir que la psicología transpersonal conjunta los conocimientos de los distintos marcos psicológicos existentes antes de este, con los conocimientos espirituales de las antiguas filosofías religiosas, y con el conocimiento místico de las culturas preindustriales que existen y existieron a través de los años. Lejos de ser una “nueva psicología” más bien es una vieja mirada que se ha valido de sus propias investigaciones para poder integrar pensamientos antiguos.

Cabe la pena destacar, que uno de los más grandes contribuyentes hacia el pensamiento y estructura de la psicología transpersonal fue el psiquiatra Carl Gustav Jung, incluso Grof lo consideraría como el primer psicólogo de corte transpersonal:

La psicología analítica de Jung no es una simple variedad o modificación del psicoanálisis, sino que representa un concepto completamente nuevo de profundidad psicológica y psicoterapéutica. Jung era perfectamente consciente de que sus descubrimientos eran irreconciliables con el pensamiento newtoniano cartesiano y de que exigían una profunda revisión de los supuestos filosóficos más fundamentales de la ciencia occidental. Estaba profundamente interesado en los descubrimientos de la física cuántica y de la relatividad, y mantuvo provechosos intercambios con algunos de sus fundadores. A diferencia de los demás teóricos del psicoanálisis, Jung gozaba también de una auténtica comprensión de las tradiciones místicas y de un gran respeto por las dimensiones espirituales de la psique y de la existencia humana [...] Jung, sin autodefinirse como tal, fue el primer psicólogo transpersonal. (Grof, 1988. Citado en Duque et al., 2016, p. 208)

Los famosos y controvertidos conceptos del “inconsciente colectivo” y “los arquetipos”, son valorados, reafirmados y comprobados por el paradigma transpersonal, y tienen una vital importancia para el entendimiento de la consciencia.

Las investigaciones de Jung sobre el inconsciente colectivo (una de las razones por las que fue severamente desautorizado por Freud) pusieron sobre el tapete la relevancia de factores más profundos que la biografía personal en la determinación de los contenidos del inconsciente. Esos factores estaban asociados a patrones culturales que se transmitían de generación en generación y que persistían en forma de *arquetipos* universales independientes de determinantes más próximos. (Duque, et. al., 2016, p. 208)

Así como Jung es un personaje de suma importancia filosófica para el entendimiento de los fenómenos que maneja el paradigma transpersonal, de la misma manera lo son las aportaciones científicas de la física moderna, ya que muchos de sus postulados pueden describir de mejor forma algunos de los procesos que van más allá de lo humano. A palabras de Duque et al. (2016), ellos dirían que lo transpersonal retoma:

la visión orgánica del mundo a la que también llega la física moderna, pues admite que entre todos los seres y las cosas que habitamos el universo existe un entramado, una especie de tejido relacional que nos conecta a todos y a cada uno con el universo entero. (Duque, et al., 2016, p. 212)

Grof (2021) mencionaría que las experiencias transpersonales pueden ser justificadas en su mayoría por los conceptos y descubrimientos de la relatividad y la cuántica. La concepción de Einstein con su reconocida fórmula en donde la materia dejaba de ser masa para convertirse en energía ($E=mc^2$), y con sus tan aclamadas ecuaciones en donde demostraba la inexistencia del tiempo y el espacio, dieron un cambio rotundo en cuanto a la manera de concebir la realidad (Capra, 2012. Grof, 2021).

El famoso libro del físico Frijot Capra (2012) titulado “El tao de la física” hace una maravillosa correspondencia de los descubrimientos de la física moderna con los pensamientos de las antiguas filosofías orientales. Capra nos diría que la física lejos de

seguir innovando, cada vez se acerca más a la cosmovisión que desde hace mucho tiempo se ha manejado en las culturas orientales (Capra, 2012).

Los descubrimientos de la física cuántica conciben un mundo inseparable subatómicamente, lo cual lo transpersonal ha integrado dentro de su marco:

Con el apoyo de las investigaciones sobre la consciencia y el universo subatómico, la psicología transpersonal rescata la visión orgánica que establece que el universo es como un «gran ser vivo», dotado de consciencia, un flujo permanente de movimiento siempre cambiante y siempre fiel a su esencia [...] Desde esta perspectiva sería muy limitado estudiar el objeto como separado del sujeto; esta división ya no es útil a los nuevos hallazgos que sugieren una participación «mística» e indisoluble entre sujeto y objeto. Aquí ya no hay eventos causales ni causados. Hay una interpenetración que produce fenómenos como el de la sincronicidad, en el cual todas las formas de vida son parte de un todo orgánico y cada una de esas partes contiene información del todo [...] Tenemos, entonces, un modelo para el cual lo «real» no está sólo «afuera», ni «adentro», ni es exclusivo de lo que diga la cultura. Lo real se configura en un tejido de relaciones con todo el universo, una especie de “telaraña cósmica”, en la cual lo que sucede aun en el lugar más lejano es sentido en todo el universo. (Duque et al., 2016, pp. 212-213)

La física cada vez tiene más correspondencia y correlación con la psicología, sobre todo en lo que respecta a la mirada transpersonal, al grado de que: “Algunos físicos creen que la consciencia tendrá que ser incluida en futuras teorías de la materia y especulaciones sobre el universo físico, como factor primordial y principio de conexión en la trama cósmica” (Grof, 2021, p. 87).

La concepción y perspectiva de esta psicología de lo transpersonal, tiene sus inicios filosóficos con lo que se le denomina “filosofía perenne”, la cual puede entenderse y componerse de las siguientes cuatro premisas básicas descritas en Fragel y Fadiman (2010, p. 368):

- 1) Hay una realidad o unidad trascendente que infunde cohesión a fenómenos (aparentemente aislados)
- 2) El yo o el *self* individual no representan sino el reflejo de un *self* o una unidad transpersonal (más allá de la persona) más grande. Provenimos de ese *Self* y estamos basados en él. No obstante, nos hemos alejado de nuestros orígenes, de ahí la necesidad de regresar a ellos para recuperar la salud y la humanidad auténticas.
- 3) El hecho de que las personas puedan experimentar directamente esta realidad o *self* superior se encuentra en el centro de las dimensiones espirituales de la vida
- 4) Esta experiencia implica un cambio cualitativo en la percepción de uno mismo y del mundo circundante. Se trata de una experiencia profunda después de la cual se alcanza una humanidad auténtica.

Consecuentemente con esta perspectiva de la filosofía perenne, y la visión de la física moderna de un universo como un todo orgánico que está en permanente cambio, esta psicología concibe al ser humano, “como encarnación viva de ese universo, susceptible de acceder a distintos planos de consciencia” (Duque, et al., 2016, p. 216). De igual forma, las ideas sobre “psicosis” o “enfermedad mental” no tienen la misma connotación que en modelos psicológicos y psiquiátricos tradicionales, desde esta mirada, el estado de consciencia que usualmente se considera “normal” no es más que un estado de “sueño”, del cual podemos estar inconscientes toda una existencia.

La psicología transpersonal considera lo que comúnmente se define como «psicosis» como estados de consciencia subóptimos, en los que el individuo ve la realidad de manera deformada y no reconoce esa deformación. Es como estar «atrapado» en cualquier estado de consciencia que frena el proceso evolutivo; tanto así que el estado «normal» puede ser un estado psicótico si se vive sólo en él, pues obstaculiza la expansión de la consciencia. El hecho de estar en un estado de consciencia «psicoide» no tiene en la psicología transpersonal la connotación “negativa” que lleve a aislar al individuo y tratarlo como si estuviese enfermo. Desde su punto de vista, «el obstáculo es la palanca» (Almendro, 1994),

es decir, la crisis es una oportunidad de cambios y posibilidades de evolución insospechadas: «No es cuestión de salud mental. Más bien es cuestión de crecimiento espiritual» (Bhagwan, 1996, p. 10). (Citado en Duque, et al., 2016, pp. 217-218)

Charles Tart realiza un importante análisis de la manera en que la psicología transpersonal difiere de la tradicional. Estas diferencias se resumen de la siguiente manera (Citado en Frager y Fadiman, 2010, p. 369):

- 1) *Viejo*: La física es la ciencia última, el estudio del mundo real. En términos generales, los sueños, las emociones y la experiencia humana son fenómenos derivados.

Nuevo: La realidad psicológica es tan real como la realidad física. La teórica física moderna indica que ambas no están separadas como parecería a primera vista.

- 2) *Viejo*: El individuo existe en aislamiento relativo respecto del entorno. Somos criaturas esencialmente independientes (y por ende, podemos esforzarnos por controlar el mundo, como si no formáramos parte de él).

Nuevo: Hay un plano profundo de conexión psicológica espiritual entre todas las formas de vida. Cada individuo es una criatura cósmica con hondas raíces en el universo.

- 3) *Viejo*: Nuestro estado de consciencia ordinario representa la forma más racional, adaptada y eficaz en la que la mente puede organizarse. Todos los demás estados fueron inferiores o patológicos. Aun los «estados creativos» son sospechosos, pues a menudo lindan con lo patológico (por ejemplo, «la regresión»).

Nuevo: Es posible alcanzar tipos superiores de emociones, consciencia y hasta racionalidad. Lo que llamamos consciencia despierta es mucho más que el «sueño despierto», en el que no usamos más que una parte mínima de la consciencia o las capacidades propias.

- 4) *Viejo*: La búsqueda de estados de consciencia alterados es señal de un trastorno patológico o inmadurez.

Nuevo: El interés por experimentar estados de consciencia diferentes es un aspecto natural del sano crecimiento humano.

- 5) *Viejo:* El desarrollo básico de la personalidad culmina en la edad adulta, con excepción de los neuróticos, las personas con traumas infantiles, etcétera.

Nuevo: El adulto común presenta un grado de madurez apenas rudimentario. La personalidad básica del adulto «sano» no es más que el fundamento del trabajo espiritual y del desarrollo de un nivel de sabiduría y madurez mucho más profundo. (Citado en Frager y Fadiman, 2010, p. 369)

En retrospectiva, se puede afirmar que el objeto de estudio del enfoque psicológico transpersonal es desarrollar en el humano esa potencialidad trascendente, mayoritariamente adormecida, pero potencialmente accesible.

Maslow describe el objeto de estudio de este paradigma de la siguiente manera:

Este nuevo modelo apunta [...] a la expansión del campo de la investigación psicológica para incluir dimensiones de la experiencia y del comportamiento humanos que se asocian con la salud y el bienestar llevados al extremo. Para conseguirlo se nutre tanto de la ciencia occidental como de la sabiduría oriental, en un intento de integrar los conocimientos provenientes de ambas tradiciones en lo que se refiere a la realización de los potenciales humanos [...] El término transpersonal fue adoptado después de muchas deliberaciones para referirse a los informes de personas que practican diversas disciplinas que afectan específicamente a la conciencia y que hablan de experiencias donde ocurre una extensión de la identidad que va más allá de la individualidad y de la personalidad. De tal modo, no se puede decir que la psicología transpersonal sea estrictamente un modelo de la personalidad, pues se considera que esta última es únicamente un aspecto de nuestra naturaleza psicológica; es más bien una indagación sobre la naturaleza esencial del ser. (Citado en Duque, et al., 2016, pp. 218-219)

Por su parte, Wilber lo define así:

El término «transpersonal» significa que se está produciendo en el individuo alguna clase de proceso que, en cierto sentido, va más allá del individuo [...] Lo que las experiencias transpersonales tienen en común es una expansión del límite entre lo que uno es y lo que uno no es, que llega a trascender la frontera del organismo constituida por la piel [...] Lo que importa de este análisis [...] estriba en que el individuo no solamente tiene acceso a uno, sino a muchos niveles de identidad que no son postulados teóricos, sino realidades observables, que cada uno puede verificar por sí mismo y en sí mismo [...] esos niveles están en la conciencia... la cual es como un espectro, una especie de arco iris compuesto por numerosas bandas o niveles de identidad [...] Estas terapias apuntan al ensanchamiento y expansión de los propios horizontes [...] al ingreso a niveles cada vez más profundos de lo que uno es. (Citafo en Dique, et al., 2016, p.219)

Los autores de esta psicología de lo transpersonal ponen de relieve la importancia de los “estados no ordinarios de consciencia” como fundamento primordial para alcanzar una trascendencia individual (Tart, 1979. Grof, 2021). Si bien estos estados no son el único enfoque o concepto clave dentro de esta perspectiva, si son de amplia importancia para esta investigación. Estos estados que durante muchos años han existido, y que muchas culturas arcaicas han intentado conservar (Capra, 2012), parecen tener una importancia y función muy grande para la intervención y tratado de los trastornos mentales.

Así, la Respiración Holotrópica (RH) es una técnica experiencial que pretende ser terapéutica, valiéndose del uso de estos estados holotrópicos de consciencia que trascienden cualquier conocimiento humano existente; por esta razón, resulta pertinente para esta investigación elucidar de dónde fue que surgió el interés en estos estados, y qué investigaciones se hicieron al respecto sobre su funcionamiento.

Para el propósito del presente trabajo, el autor transpersonal más representativo, será el Doctor Stanislav Grof, aunque cabe destacar, que actualmente la psicología transpersonal ha experimentado un aumento y una expansión permanentes:

Entre sus representantes más destacados se encuentran: Angeles Arrien, Arthur Deikman, James Fadiman, Daniel Goleman, Elmer y Alyce Green, Michael Harner, Arthur Hastings, Jean Houston, Dora Kalff, Jacl Kornifield, Stanley, Krippner, Lawrence LeShan, Ralph Metzner, Claudio Naranjo, Thomas Roberts, June Singer, Charles Tart, Frances Vaughan, Roger Wlash y Ken Wilber. Todos ellos han contribuido significativamente a este campo y lo han convertido de un modo definitivo en una actividad científica respetable. (Grof, 2021, pp. 221-222)

En conclusión, lo que realmente caracteriza al terapeuta transpersonal no es el contenido, sino el contexto; el paciente es quien determina el contexto: “El terapeuta transpersonal conserva la consciencia de la totalidad de la gama y está dispuesto a seguir al paciente, en cualquier momento, hacia nuevos reinos experienciales, cuando la oportunidad se presente” (Grof, 2021, p. 222).

2.3 El trabajo psicoterapéutico con la LSD y sus estados no ordinarios u holotrópicos

Si algo caracterizó al paradigma de la psicología transpersonal, fue el arduo trabajo psicoterapéutico que se sostuvo con muchas de las variadas sustancias químicas denominadas “psicodélicas” (Psilocibina, mescalina, DMT, LSD, etc.) y con aquellos estados “no ordinarios de consciencia” que inducían. Quizás el autor más reconocido por su amplio trabajo y entrega en el estudio de los efectos y fenómenos generados por estos estados no ordinarios de consciencia es el psiquiatra checoslovaco Stanislav Grof.

Grof (2005) estuvo involucrado en diferentes investigaciones clínicas que implicaban el trabajo psicoterapéutico con la sustancia psicoactiva conocida como LSD-25. El entendimiento de la LSD marcó un antes y un después para muchos investigadores, sobre todo para psiquiatras y psicólogos, quienes fueron los beneficiados por haberse considerado en un primer momento a esta sustancia como un químico con alto efecto psicoactivo (Hoffman, 1991). Se puede pensar que el surgimiento de las investigaciones con la LSD y su estudio, dio margen para que se pudiese implementar y sostener un paradigma transpersonal o espiritual en la psicología.

La importancia de esta sustancia fue crucial para la creación de la técnica de la Respiración Holotrópica; después de haberse ilegalizado la LSD, Grof se valió de esta técnica como práctica alternativa para poder seguir con su investigación de los estados holotrópicos de consciencia (Grof, 1999. Grof, 2005. Grof, 2021). Tanto las experiencias con la LSD como las experiencias con la RH inducen a estados no ordinarios u holotrópicos como los denominaría Grof; por tanto, se puede afirmar que la fenomenología arrojada por la práctica experiencial de la RH y por las sustancias psicodélicas como la LSD tienen una amplia similitud, ya que ambas llevan a experimentar procesos biográficos, perinatales y transpersonales (Grof, 2021).

La dietilamida de ácido lisérgico, mejor conocida como la LSD-25, fue sintetizada por primera vez en 1938 por el químico suizo Albert Hofmann en los laboratorios quimicofarmacéuticos de Sandoz en Basilea, Suiza (Hofmann, 1991; Grof, 2005).

Como su nombre indica, era el vigesimoquinto compuesto desarrollado en un estudio sistemático de las amidas del ácido lisérgico. La LSD es un producto químico semisintético; su componente natural es el ácido lisérgico, que está en la base de todos los principales alcaloides del ergot, y el grupo dietilamida se añade en el laboratorio. (Grof, 2005, p. 19)

Hofmann fue el primer científico en experimentar los estados no ordinarios de consciencia con la LSD; experimentos posteriores con voluntarios provenientes de los laboratorios de investigación Sandoz, confirmaron la extraordinaria influencia de la sustancia en la mente humana. La primera investigación con LSD dentro del ámbito psiquiátrico se dio en 1947, y fue sorprendente que los sucesos investigados se correlacionaran con una sustancia denominada mezcalina, cuya síntesis química provenía del peyote, un cactus nativo de tierras mexicanas (Hofmann, 1991).

Cabe mencionar que el poder del LSD es muy intenso, por lo cual se tiene que sintetizar en partes sumamente pequeñas para poder ser administrado. Durante los primeros ensayos clínicos con la droga, se pudo observar una característica importante de dicha sustancia. Hoffman describiría esta característica de la siguiente manera:

Otra característica importante, psicoterapéuticamente valiosa de la embriaguez del LSD, consiste en que los contenidos de experiencias olvidadas o reprimidas a menudo vuelven a la conciencia. Si se trata de los acontecimientos traumáticos buscados en el psicoanálisis bajo la influencia del LSD, se revivieron recuerdos incluso de la primera infancia. No se trata aquí de un recordar común, sino de un verdadero revivir, no de réminiscence, sino de réviviscence, como lo ha formulado el psiquiatra francés Jean Delay. (Hofmann, 1991, p. 60)

El hecho de que una droga tuviese el potencial de hacerle recordar a la persona aspectos traumáticos de su infancia despertó en la psiquiatría y la psicología un amplio interés. Al ver su gran poder sobre la conciencia, los laboratorios Sandoz, decidieron hacer llegar a muchos investigadores de la psique pequeñas dosis con el propósito de que se siguieran gestando investigaciones en torno a esta (Hofmann, 1991; Grof, 2005).

Grof fue uno de los muchos profesionales que decidieron consumir la sustancia para corroborar su impacto en la psique. Siendo un acérrimo psicoanalista se enfrentó a los estados no ordinarios de conciencia generados por la LSD, lo cual le terminaría ocasionando un impacto muy grande en su vida, al grado de decidir cambiar rotundamente su postura teórica (Grof, 1999).

De lo que no tenía la menor duda era de que esa sustancia era «el camino real al inconsciente» y, por tanto, creí que podía salvar el abismo existente entre la brillantez teórica del psicoanálisis y su falta de eficacia terapéutica, y llegué a la conclusión de que el análisis combinado con el LSD podía profundizar, intensificar y acelerar el proceso terapéutico [...] En la actualidad, estoy plenamente convencido de que la conciencia es algo más que un mero subproducto accidental de los procesos neurofisiológicos y bioquímicos que tienen lugar en el cerebro humano. En mi opinión, la conciencia y el psiquismo humano son expresiones y reflejos de una inteligencia cósmica que impregna la totalidad del universo y la existencia entera. No sólo somos animales altamente evolucionados que disponemos de computadores biológicos alojados en el interior del cráneo, sino

que también somos campos de conciencia ilimitados que trascendemos el tiempo, el espacio, la materia y la causalidad lineal. (Grof, 1999, pp. 29-31)

Bajo su propia experiencia y la implementación clínica de esta sustancia, Grof puede concluir lo siguiente:

Así pues, si bien había comenzado mi investigación siendo un materialista y un ateo recalcitrante, pronto me vi obligado a aceptar el hecho de que las dimensiones espirituales constituyen un elemento clave del psiquismo humano y del esquema universal de las cosas. El cultivo y la toma de conciencia de estas dimensiones constituye una faceta esencial y positiva de nuestra existencia que podría, incluso, ser un factor decisivo para nuestra supervivencia en el planeta [...] El estudio de los estados no ordinarios de conciencia me ha permitido aprender que muchas de las condiciones que la psiquiatría corriente considera extrañas y patológicas son, en realidad, manifestaciones perfectamente naturales de la dinámica profunda del psiquismo humano. En muchos casos, la emergencia de estos elementos en la conciencia puede deberse al esfuerzo efectuado por el organismo para liberarse de los vínculos y las limitaciones traumáticas, curarse a sí mismo y alcanzar un nivel de funcionamiento más armónico. (Grof, 1999, p. 32)

El LSD durante un tiempo fue la sustancia prodigio, no sólo fue considerada por el contexto clínico, sino también por artistas, cantantes, deportistas, físicos, químicos, y especialistas de todo tipo. Hofmann se sentía orgulloso de la sintetización de la LSD, la consideraba como a su hijo; no obstante, este hijo prodigio pasó en poco tiempo a ser el hijo de sus desvelos.

En palabras de Hofmann (1991):

Esta alegría por la paternidad del LSD se vio empañada cuando, después de más de diez años de investigación científica y aplicación médica no turbada, el LSD fue arrastrado a la poderosa ola de toxicomanía que comenzó a extenderse hacia fines de la década de los cincuenta en el mundo occidental y sobre todo en los EE. UU. El LSD hizo una carrera increíblemente rápida en su nuevo papel de

estupefaciente. Durante un tiempo fue la droga número uno, al menos en lo que a publicidad respecta. Cuanto más se extendía su aplicación como estupefaciente y crecía así el número de los incidentes causados por un uso irreflexivo, no controlado por médicos, tanto más el LSD se convertía para mí y para la empresa Sandoz en el hijo de nuestros desvelos. (p. 66)

La LSD se ilegalizó en 1966, con la etiqueta de una droga sin ningún valor terapéutico (Hofmann, 1991). Obviamente las publicaciones amarillistas de los diarios en los Estados Unidos de América mostraban el lado cruel de la sustancia, sin embargo, jamás repararon en la amplia bibliografía existente sobre el valor terapéutico que podía ejercer. Su prohibición tuvo más intereses y tintes políticos que médicos o científicos (Hofmann, 1991; Grof, 2005).

A pesar de ello, antes de ser ilegalizada, hubo la posibilidad de realizar un amplio repertorio de estudios con la sustancia. Las primeras investigaciones con la droga fueron inspiradas y profundamente influenciadas por el llamado enfoque de la “psicosis modelo”; esta hipótesis, indicaba que las psicosis endógenas tales como la esquizofrenia no serían en su origen desórdenes mentales, sino manifestaciones de una autointoxicación del organismo y el cerebro causado por un cambio patológico en la química del cuerpo (Grof, 2005).

La influencia de esta etiqueta fue muy grande, tanto que durante, algunos años, las sesiones con LSD, tuvieran el propósito que tuvieran, eran consideradas como “psicosis experimentales”; por esa razón la LSD y sustancias similares fueron nombradas en un principio como alucinógenos, psicotomiméticos o psicodislépticos. No fue hasta que Humphrel Osmond, de la mano y correspondencia con los estudios de Aldous Huxley, acuñaría un término mucho más idóneo: “psiquedélicos” (drogas que manifiestan la mente o la actividad mental) (Grof, 2005).

Con el tiempo, se hizo más obvio que el estado inducido por la LSD tenía muchas características específicas que lo distinguían claramente de la esquizofrenia, lo que generó más tarde que se descartara la etiqueta de “psicosis modelo” (Grof, 2005). Sus profundos efectos en los procesos mentales de los sujetos experimentales llevaron de

manera natural a concluir que sería fructífero explorar el potencial terapéutico de este compuesto.

Menciona Grof (2005) que los pioneros de este enfoque fueron Bush, Johnson y Abramson en los Estados Unidos; Sandison, Spencer y Whitelaw en Inglaterra; y Frederking en Alemania.

Muchos de los informes publicados en los siguientes quince años confirmaron las afirmaciones iniciales de que la LSD podría facilitar el proceso psicoterapéutico y acortar el tiempo necesario para el tratamiento de nuestros trastornos emocionales, lo cual hacía de esta sustancia una herramienta con un gran valor potencial (Grof, 2005).

fueron apareciendo cada vez más estudios que indicaban que la psicoterapia asistida por LSD podría llegar a ciertas categorías de pacientes psiquiátricos que solían considerarse malos candidatos para el psicoanálisis o cualquier otro tipo de psicoterapia. Muchos investigadores independientes, así como equipos terapéuticos, informaron de distintos grados de éxito clínico con alcohólicos, adictos a drogas narcóticas, sociópatas, psicópatas criminales y sujetos con trastornos del carácter varios y desviaciones sexuales. A principios de la década de los sesenta se descubrió una nueva y emocionante área en la psicoterapia con LSD: el cuidado de enfermos terminales de cáncer u otras enfermedades incurables. Los estudios con individuos moribundos indicaron que la psicoterapia con LSD podía aportar no sólo un alivio del sufrimiento emocional, sino también del dolor físico asociado a enfermedades crónicas, pudiendo también cambiar drásticamente la concepción de la muerte y la actitud hacia ella. (Grof, 2005, p.26)

La utilización terapéutica del LSD proliferó, al grado que distintos países europeos decidieran formar la Sociedad Médica Europea de Terapia Psicolítica, en la cual sus miembros dialogaban en constantes ocasiones para tratar el uso de sustancias psiquedélicas (Grof, 2005). Esta organización dio criterios y especificaciones para la selección y entrenamiento de futuros terapeutas en la LSD. Estados Unidos y Canadá tuvieron su homólogo conocido como la Asociación para la Terapia Psiquedélica (Grof, 2005).

Desde el punto de vista terapéutico la habilidad de esta droga para facilitar reacciones emocionales profundas es sorprendente, puede movilizar e intensificar condiciones clínicas fijas, crónicas y estacionarias, que se caracterizan por síntomas letárgicos y refractarios (Grof, 2005). “La psicoterapia con LSD parece intensificar todos los mecanismos que operan en la psicoterapia sin drogas e implica, además, nuevos y poderosos mecanismos de cambio psicológico aún no reconocidos y explicados por la psiquiatría convencional” (Grof, 2005, p. 28).

Grof (2005) mencionaría que, en un principio, el uso de la sustancia fue quimioterapéutico, aunque los estudios indicaron claramente que esta sustancia no tiene *per se* ningún efecto farmacológico consistente sobre ningún trastorno mental, llegando al acuerdo general entre terapeutas que los resultados con la LSD dependen de manera crítica de factores de naturaleza no farmacológica (variables extrafarmacológicas).

La droga en sí misma se ve como un catalizador que activa los procesos del inconsciente de manera bastante inespecífica. El que la emergencia del material inconsciente pueda ser terapéutica o destructiva no está determinado solo por la acción bioquímica y fisiológica de la LSD. Es una función de un número de variables que no tiene que ver con la droga, tales como la estructura de personalidad del sujeto, la relación que éste tiene con el guía, acompañantes o personas presentes en la sesión, la naturaleza y grado de ayuda psicológica específica, y el set y setting de la experiencia psiquedélica. (Grof, 2005, pp. 32-33)

Existen diversos estudios que indicaban que tras una sola sesión con LSD se concebían importantes mejoras clínicas en pacientes psiquiátricos; “Se han descrito observaciones de este tipo en artículos de Stroll, Becker, Benedetti, Belsanti, y Giberti, Gregoretti y Boeri” (Grof, 2005, p. 29).

Además, un número cada vez mayor de informes parecía sugerir que a veces una única administración de LSD podía tener una profunda influencia en la estructura de la personalidad del sujeto, su jerarquía de valores, actitudes básicas, y su estilo de vida al completo. Los cambios eran tan drásticos que se comparaban con

conversiones psicológicas. Muchos investigadores de la LSD hicieron observaciones similares y se dieron cuenta del potencial valor terapéutico de estas experiencias transformadoras (Grof, 2005, p. 29).

El uso de la LSD en aquel entonces generó bastantes perspectivas terapéuticas, las cuales estaban dadas por el perfil teórico del terapeuta:

En la literatura profesional, la combinación de la LSD con distintas formas de psicoterapia ha sido llamada de varias maneras: psicolisis (Sandison), terapia psicodélica (Osmond), simbolisis (van Rhijn), hebesíntesis (Abramson), análisis lisérgico (Giberti y Gregoretti), oniroanálisis (Delay), análisis con LSD (Martin and McCririck), terapia transintegrativa (MacLean), tratamiento hipnodélico (Levine and Ludwig) y psicósintesis (Roquet). Los distintos investigadores que utilizan la LSD en psicoterapia difieren considerablemente en lo que respecta a la dosis utilizada, frecuencia y número total de sesiones psiquedélicas, la intensidad y tipo del trabajo psicoterapéutico y ciertas especificaciones sobre el set y el setting. (Grof, 2005, p. 33)

Una de las terapias que más se reconoció y tuvo más representantes fue la *terapia psicolítica con LSD*; el término fue acuñado por Ronald A. Sandison. “Su raíz *lytic* (del griego *lysis*:disolución) se refiere al proceso de disolver y liberar conflictos y tensiones en la mente” (Grof, 2005, p. 36).

Este método representa, tanto en la teoría como en la práctica clínica, una extensión y modificación del psicoanálisis, haciendo que el procedimiento psicoterapéutico sea similar a las técnicas psicoanalíticas modificadas que se utilizan con pacientes esquizofrénicos (Grof, 2005).

En este caso, Grof (2005) describiría que es necesario renunciar a la situación analítica ortodoxa, ya que los sujetos bajo los efectos de estados no ordinarios de consciencia pueden permanecer en silencio en ocasiones durante largo tiempo o, a la inversa, que griten y produzcan sonidos incoherentes; pueden dar vueltas y estar agitados, se incorporen, se arrodillen, pongan la cabeza en el regazo de uno, caminen o

incluso rueden por el piso. Es necesaria una implicación más personal e íntima y el tratamiento requiere con frecuencia verdadero apoyo humano.

Un nuevo y específico elemento es el sucesivo, complejo y sistemático efecto de revivir experiencias traumáticas de la infancia, que está asociado con la abreacción emocional, la integración racional y con valiosas y profundas introversiones. La relación terapéutica se suele intensificar enormemente y el análisis del fenómeno de transferencia se vuelve una parte esencial del proceso de tratamiento. (Grof, 2005, p. 37).

Quizás el mayor inconveniente de la terapia psicolítica es su enraizamiento teórico con el psicoanálisis freudiano, ya que genera confusión y conflicto sobre las dimensiones transpersonales, espirituales y místicas vivenciadas con la terapia con LSD (Grof, 2005).

Representantes típicos del enfoque psicolítico han sido Sandison, Spencer y Whitelaw, Buckman, Ling y Blair en Inglaterra; Arendsen-Hein y van Rhijn en Holanda; Jonhsen en Noruega y Hausner, Tautermann, Dytrych y Sobothiewiczová en la antigua Checoslovaquia. Este enfoque fue desarrollado en Europa y es más característico de los terapeutas europeos que trabajan con LSD [...] En el pasado fue practicada por Eirner y Cohen, Chandler y Hartman, Dahlberg y otros. (Grof, 2005, pp. 37-38)

Otra técnica que también despertó interés y que fue de influencia en Grof para crear la RH fue la *terapia anaclítica con LSD*, “El termino anaclítico (del griego *anaklimeim*-apoyarse-) se refiere a varias necesidades y tendencias infantiles tempranas dirigidas hacia un objeto de amor pregenital” (Grof, 2005, p. 42).

Fue desarrollada por dos psicoanalistas londinense, Joyce Martin y Pauline McCririck, y se basa en las observaciones clínicas de las profundas regresiones de edad que se daban en las sesiones con LSD (Grof, 2005). Muchos de los pacientes reviven episodios de frustración y privación emocional infantil temprana, lo cual conlleva dolorosos anhelos de amor, contacto físico, y otras necesidades instintivas que se experimentan a un nivel muy primario.

La diferencia crítica de esta terapia con cualquier otra era el elemento de satisfacción directa de las necesidades anaclíticas de los pacientes, que en contraste con la tradicional actitud distante característica del psicoanálisis o del tratamiento psicológico, Martín y McCrirk asumieron el rol maternal y entraron en estrecho contacto físico con los pacientes, para ayudarles a satisfacer esas necesidades infantiles primitivas reactivas a la sustancia (Grof, 2005).

Esta implicación psicodramática extrema por parte de los terapeutas es llamada “técnica de fusión”, y consiste en un contacto total con el paciente, parece facilitar un importante canal entre el nivel psicodinámico biográfico de la experiencia con LSD y los estados de consciencia trascendentales (Grof, 2005).

Algunos pacientes describieron esta técnica como algo que ofrecía la posibilidad de una intervención retroactiva en su niñez llena de carencias. Cuando las situaciones traumáticas originales de la niñez volvían a presentarse en toda su relevancia y complejidad con la ayuda de la “máquina del tiempo psicodélica”, el afecto y cuidado amoroso del terapeuta podía llenar el vacío causado por la privación y frustración. (Grof, 2005, p. 43)

Los resultados obtenidos de Martin y McCrick fueron buenos y con relativa rapidez en neurosis profundas, trastornos psicóticos fronterizos o borderline, que habían vivido una privación emocional grave en su niñez (Grof, 2005)

Según estas terapeutas, es la falta de satisfacción en la relación terapéutica convencional lo que fomenta y perpetúa la transferencia. Las situaciones traumáticas originales se ven continuamente representadas en la relación terapéutica y el paciente esencialmente experimenta repeticiones de viejos y dolorosos rechazos. Cuando las necesidades anaclíticas son satisfechas en el estado de profunda regresión inducido por la droga, los pacientes son capaces de distanciarse emocionalmente del terapeuta y buscar objetos más apropiados en su vida real. (Grof, 2005, p. 44)

Para Martin y McCrick el momento eficaz de utilizar la técnica de fusión es sólo durante los periodos de regresión profunda, y mantener la experiencia estrictamente en el nivel pregenital. La importancia del contacto físico en la psicoterapia con LSD es incuestionable, pero habrá que considerar e idear las formas más adecuadas para ello (Grof, 2005).

Probablemente la terapia más enriquecedora y que mayor influencia generó en Grof para plantear el proceso de intervención que conlleva la técnica de la RH fue la conocida *terapia psiquedélica con LSD*. Su desarrollo fue en base a las mejorías clínicas y profundos cambios en la personalidad que se observaron en sujetos cuyas sesiones con LSD tuvieron un énfasis final religioso o místico (Grof, 2005).

Los que sentaron las bases de la técnica del tratamiento psiquedélico fueron Hoffer y Osmond en colaboración con Hubbard. Tenían la perspectiva clínica según la cual muchos alcohólicos dejaban de beber con las terribles experiencias del *delirium tremens*, síndrome que relacionaban con los estados producidos por la LSD. En base a ello desarrollaron un único programa de tratamiento en Canadá, administrando LSD a alcohólicos, con la esperanza de que estos, al vivenciar la “demoledora experiencia con la droga”, dejaran de beber (Grof, 2005).

Curiosamente las experiencias lejos de haber sido aterradoras parecían ser experiencias profundamente positivas que estaban correlacionadas con buenos resultados terapéuticos. Lo primordial de la terapia psiquedélica es vivenciar lo que llaman muerte del ego y alcanzar la trascendencia en las denominadas “experiencias cumbre”. Grof (2005) describiría el objetivo de la técnica y estas experiencias de la siguiente manera:

El principal objetivo de la terapia psiquedélica es crear condiciones óptimas para que el sujeto experimente la muerte del ego y la subsiguiente trascendencia en la llamada experiencia cumbre psicodélica. Es un estado extático, caracterizado por la pérdida de límites entre el sujeto y el mundo objetivo, con los consiguientes sentimientos de unidad con otras personas, la naturaleza, el Universo entero y Dios. En la mayoría de los casos esta experiencia no tiene contenido y va

acompañada de visiones de brillante luz blanca o dorada, el espectro del arcoíris o elaborados diseños que se asemejan al plumaje de un pavo real. Sin embargo, puede ir asociada a visiones arquetípicas figurativas de deidades o personajes divinos procedentes de distintos marcos culturales. Los sujetos bajo los efectos de la LSD dan varias descripciones de esta condición, basadas en su bagaje educacional y orientación intelectual. Hablan de unidad cósmica, unión mística, *mysterium tremendum*, consciencia cósmica, unión con Dios, unión Atman-Brahman, Samadhi, satori, *moksha* o la armonía de las esferas. (p.38)

Mencionaría Grof (2005), que en esta técnica antes de la sesión propiamente dicha, existe un periodo de preparación libre de drogas orientado hacia el fin de facilitar la experiencia cumbre. En este periodo el terapeuta explora la historia biográfica de los pacientes, y se centra específicamente en factores de la personalidad que podrían representar serios obstáculos para alcanzar dicha experiencia. A diferencia de la terapia convencional enfocada a la exploración detallada de la patología, la terapia psicodélica intenta poner freno a la preocupación del paciente por los fenómenos patológicos, sean síntomas clínicos o patrones interpersonales.

La orientación psiquedélica opera en el nivel muy general de una estrategia básica de existencia, filosofía de la vida y jerarquía de valores. Algunos de los asuntos que se podrían analizar en este contexto son, por ejemplo, la relativa importancia del pasado, presente y futuro; la sabiduría de obtener satisfacción de las cosas simples que siempre están al alcance de la vida; o el absurdo de las exageradas ambiciones y necesidad de demostrar algo a uno mismo o a los demás. (Grof, 2005, p. 39)

Esta filosofía psiquedélica fue desarrollada independientemente de los ideales de Maslow, aunque algunos de los principios de este enfoque están muy relacionados con su descripción de la persona autorrealizada y su concepto de metavalores y metamotivaciones (Grof, 2005).

La última sesión o entrevista antes de dar iniciación con la experiencia de la sustancia se centra en cuestiones relacionadas de manera específica con la experiencia

psiquedélica. El terapeuta describe en base a su experiencia y las experiencias relatadas el efecto y espectro de vivencia que la droga puede causar; se presta total atención a la importancia de la entrega total al efecto de la droga y el rendirse psicológicamente a la experiencia (Grof, 2005).

En esta terapia se da especial importancia a los *settings* estéticamente bellos y situados en un entorno natural. Algo que se destaca en esta perspectiva es el uso de la música, una herramienta muy utilizada en muchos rituales de culturas arcaicas. Este instrumento de la música interesó mucho a Grof por la manera en que esta podía influir en la experiencia del paciente. La selección musical es de importancia crítica, en general y en relación con las diferentes fases de las sesiones o las secuencias específicas (Grof, 2005).

La transferencia en los pacientes se acrecienta en estados no ordinarios de consciencia y tiende a aumentar con su uso, ante ello resulta esencial que el terapeuta este preparado emocionalmente. De igual forma, en estos estados, las proyecciones pueden darse de manera visual en forma alucinatoria dificultando las sesiones, por ello en la terapia psiquedélica se desaconseja limitándolo al uso de antifaces por parte de los pacientes durante la mayor parte de la sesión. El mecanismo terapéutico considerado de vital importancia es la experiencia cumbre psiquedélica, la cual adopta la forma de una secuencia de muerte-renacimiento con los subsiguientes sentimientos de unidad cósmica (Grof, 2005).

Prácticamente de la terapia psiquedélica, anaclítica y psicolítica Grof se inspiró para poder desarrollar lo que denominó después como “Respiración Holotrópica”. Estos tres tipos de terapia desarrollados en base a la administración de la LSD fueron los más utilizados durante el apogeo de investigación que existieron con la droga. Cada perspectiva tiene varios representantes, los cuales pueden ser consultados en el libro de Grof “*Psicoterapia con LSD*”; aquí sólo se limita a explicar estas tres técnicas de manera breve, aunque también fueron conocidas y aplicadas otras miradas importantes como la *terapia hipnodélica con LSD* y la *psicoterapia en grupo con LSD* que aportaron igualmente buenos conocimientos para el estudio de la consciencia (Grof, 2005).

Para Grof (2005) se hizo evidente que debería de existir una integración de estas teorías en una sola que pudiese ser más efectiva que las demás por separado, es por ello que, en base a su experiencia de primera mano con estas posturas y a sus cientos de casos tratados, decidió crear e implementar una nueva cartografía de la consciencia.

Una vez prohibida la investigación clínica con la droga, Grof se vio en la necesidad de encontrar un mecanismo natural que pudiese replicar la experiencia causada por la LSD; esta búsqueda lo llevó junto a su esposa, a la creación de su controversial técnica experiencial. Por esta razón, la cartografía de la consciencia que Grof generó en base a las observaciones con la LSD es la misma que se maneja en el entendimiento de la función mental que ejerce la Respiración Holotrópica. Al final tanto esta técnica como la droga tienen el mismo objetivo, ayudar a la persona a expandir la consciencia y conectar con su inconsciente de manera directa, para poder así, solventar, ayudar y prevenir la enfermedad mental (Grof y Grof, 2011; Grof, 1999, 2021).

III. Mente holotrópica

3.1 El paradigma holográfico

La exploración del microcosmos de la mano de la física cuántica reveló que el universo de la vida cotidiana, compuesto aparentemente por objetos sólidos y discretos, es, en realidad, una compleja red de eventos y de relaciones; por lo cual, la conciencia no se limita a reflejar pasivamente el mundo material objetivo, sino que desempeña un papel activo en la creación de la misma realidad. Grof menciona (2021) que, bajo esta mirada, y el desarrollo en los campos de las matemáticas, la tecnología láser, la holografía, la relatividad y la investigación cerebral, han surgido nuevos principios con vastas repercusiones positivas para poder sustentar la investigación sobre la consciencia holotrópica. Dichos principios se reducen al movimiento denominado como enfoque “holonómico” u “holográfico”.

Si bien, a este enfoque “nuevo” se le puede adjudicar su surgimiento gracias al descubrimiento de la holografía y sobre todo a los postulados de la física cuántica, esta visión holonómica del universo, cuenta con predecesores históricos en las antiguas filosofías espirituales indias y chinas, así como en la monadología del filósofo y matemático alemán Gottfried Wilhelm von Leibnitz, quién sería el iniciador de la técnica matemática, que ha sido fundamental para el desarrollo de la holografía.(Grof, 2021).

La técnica de la holografía puede usarse como una poderosa metáfora de la mente holotrópica que ha intentado elucidar Grof, y como ilustración de algunos de sus principios. Por ello, parece apropiado comenzar con una descripción de sus aspectos técnicos básicos.

Pribram y Ramírez mencionarían (1981) que:

La holografía es una ciencia reciente. Se inicia en 1947, cuando un ingeniero eléctrico húngaro, Dennis Gabor, descubre "accidentalmente" un proceso inédito para grabar imágenes, con mejor información que las ordinarias placas fotográficas. En aquel tiempo Gabor estaba intentando aumentar el poder de resolución de los microscopios electrónicos mediante la técnica de reconstrucción de frentes de ondas. (p. 195)

Las publicaciones del descubrimiento de Gabor al principio no llamaron la atención, pues dada la pobreza de sus resultados su aplicación parecía muy limitada, hubo que esperar a que los años setenta aportaran el descubrimiento del láser, y que con esta luz más condensada fuera posible reflejar su descubrimiento, lo que le permitió así poder ganar el premio nobel de física en 1971 (Pribram y Ramírez 1981).

La esencia de la holografía se basa en la interferencia de la luz coherente y puramente monocromática (luz de una sola longitud de onda, con todas las ondas coordinadas), en dicha técnica se divide un rayo láser y se le obliga a interactuar con un objeto fotografiado, grabando la pauta de interferencia resultante en una placa fotográfica, que iluminándola con la luz láser se recrea una imagen tridimensional del objeto original (Grof, 2021).

Pribram y Ramírez (1981) explicarían el proceso holográfico de la siguiente manera:

La holografía convencional, en su forma más sencilla, es un procedimiento relativamente simple. Una luz coherente y de baja intensidad originada por un rayo láser se proyecta sobre un espejo semiopaco, dividiéndose en dos rayos distintos. Uno, llamado "rayo del objeto", atraviesa el espejo y se dirige directamente a iluminar el objeto cuya imagen holográfica desea obtenerse; su luz, reflejada en dicho objeto, se proyecta sobre una placa fotosensible existente frente al objeto. Simultáneamente el otro rayo, el "rayo de referencia", se dirige hacia la placa que se va a impresionar pasando por una serie de espejos que le permiten interaccionar con la luz del primer rayo, reflejada en el objeto. La convergencia de ambos rayos de luz coherente -el procedente del espejo y el reflejado por el objeto iluminado-- forman una imagen compleja por interferencia, que queda impresionada en la placa. Una vez revelada esta mediante las normales técnicas fotográficas, se obtiene una imagen denominada por Gabor "holograma" (del griego *holos* = entero) es decir, "mensaje completo", porque contiene toda la información necesaria para reconstruir la imagen entera en contraposición con la fotografía ordinaria, o "mensaje de luz". (p. 197)

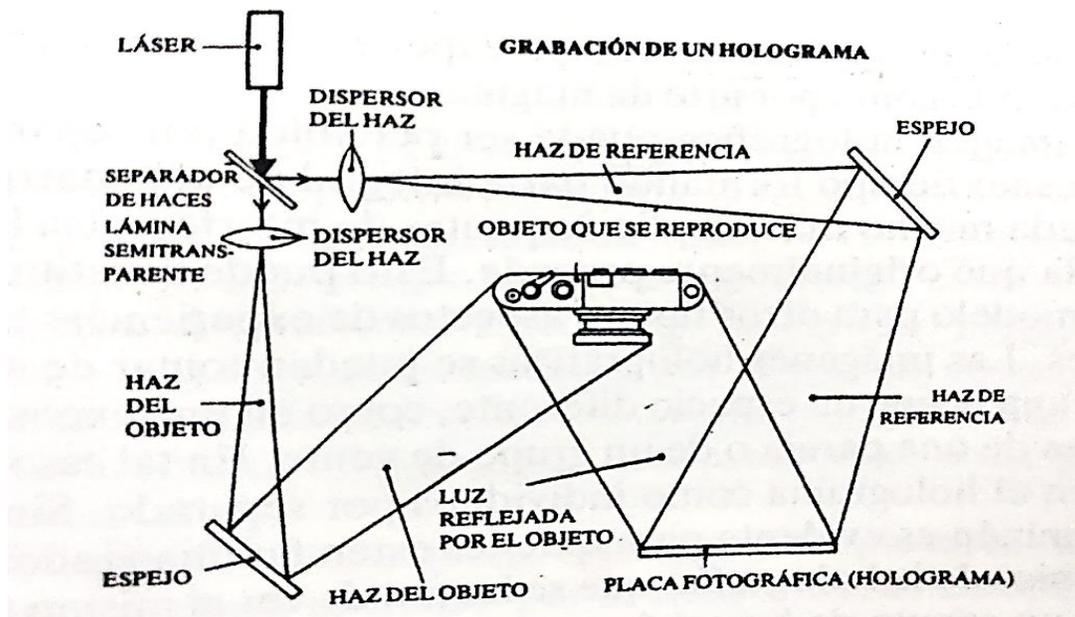


Figura 1: Imagen que representa la técnica de la holografía.

(Grof, 2021, p. 99)

El holograma muestra propiedades en cierta medida diferentes a los de la fotografía, si se ilumina adecuadamente por un rayo láser, los frentes de ondas luminosas presentes en el momento de su registro se reconstruirán y, en consecuencia, detrás de la placa holográfica se observará una reconstrucción exacta de la imagen original, en todos sus detalles y además en tres dimensiones con un mayor realismo que la fotografía (Pribram y Ramírez, 1981).

Menciona Pribram y Ramírez (1981) que una peculiaridad interesante es la ubicuidad con que se distribuye la imagen a lo largo y a lo ancho de la placa holográfica: “A diferencia de la fotografía en la que cada punto del objeto se corresponde con uno en la placa, cada punto del holograma recibe la información “total”; es decir, de toda la imagen, proyectada y reforzada miles de veces” (Pribram y Ramírez, 1981).

De acuerdo a Freely (citado en Pribram y Ramírez, 1981) con el paso de la holografía electrónica a la holografía óptica el holograma está en camino a convertirse en un medio portador de información “total” de ilimitada utilidad tecnológica, ya sea para la reconstrucción de documentos o fotografías deterioradas, representaciones

fotográficas y cinematográficas en tres dimensiones, almacenamiento de información en ordenadores, exploraciones médicas en forma corpórea que permita la observación de órganos en su verdadera dimensión tridimensional y muchos otros descubrimientos potenciales.

Las imágenes que arroja la holografía están dotadas de muchas características, que las convierten en los mejores modelos existentes de los fenómenos transpersonales y de otras experiencias en estados no ordinarios de consciencia, demuestran muchas de las propiedades formales de las visiones producidas por la RH o la LSD, así como diversos aspectos importantes de su contenido.

Una propiedad de la holografía que es particularmente pertinente para el modelaje del mundo psicodélico y de los fenómenos místicos es su increíble capacidad de almacenamiento de información; se pueden grabar varios centenares de imágenes en el fragmento de película que ocuparía una sola fotografía convencional. La holografía permite hacer una fotografía de dos o más personas por exposiciones secuenciales [...] Al ocupar el mismo espacio, la imagen no representará a ninguno de ellos en particular y a todos al mismo tiempo. Estas imágenes auténticamente compuestas nos brindan un modelo exquisito de cierto tipo de experiencias transpersonales, tales como las imágenes arquetípicas del hombre cósmico, la mujer, la madre, el padre, el amante, el pícaro, el loco, o el mártir, o visiones étnicas y profesionales generalizadas, como por ejemplo la de un judío o un científico (Grof, 2021, pp. 98-99)

De esta forma, en un estado de consciencia holotrópico inducido por la RH, “se puede ver simultáneamente al sujeto en su forma real o como padre, madre, verdugo, demonio, todos los hombres, o todas las mujeres. La apariencia del consultorio puede oscilar desde la cotidiana hasta la de un harén, un castillo renacentista, una mazmorra medieval, un cadalso, o una cabaña en una isla del Pacífico” (Grof, 2021, p. 99), toda visión dependerá siempre desde la individualidad de la persona y de lo que su consciencia decida proyectar.

Grof comenta que probablemente las propiedades más interesantes de la holografía son las relacionadas con la memoria y la recuperación de información:

Un holograma óptico está dotado de memoria distribuida, cualquier pequeño fragmento del mismo, lo suficientemente grande para que en él quepa la pauta de difracción completa, contiene la información de la totalidad global [...] La técnica holográfica también permite sintetizar imágenes nuevas de objetos no existentes, combinando diversos fragmentos aislados de la información. Este mecanismo podría ser el responsable de las numerosas combinaciones y variaciones simbólicas del material inconsciente, observadas en las sesiones psicodélicas o en los sueños. (Grof, 2021, p.100)

Del mismo modo, esto podría describir el hecho de que cada conjunto psicológico individual, como la visión, la fantasía, los síntomas psicósomáticos, o formaciones del pensamiento, contengan una gigantesca cantidad de información sobre la personalidad del sujeto (Grof, 2021).

El fenómeno de la memoria distribuida tiene una importancia contundente para comprender porqué los sujetos bajo el efecto de la RH o los psicodélicos, en ciertos estados de la mente, pueden obtener acceso a información sobre casi todos los aspectos del universo:

El enfoque holográfico permite imaginar como la información mediada por el cerebro es accesible en cada una de las células cerebrales, o como la información genética sobre la totalidad del organismo está presente en cada una de las células del cuerpo [...] El haber demostrado como se puede superar esa diferencia aparentemente irreconciliable entre una parte y el todo, constituye la contribución probablemente más importante del modelo holográfico a la teoría de la investigación moderna sobre la conciencia. (Grof, 2021, p. 101)

El paralelismo entre la holografía y algunos de los aspectos fenomenológicos que surgen en la RH es admirable, especialmente si se tiene en cuenta que esta tecnología sigue en su infancia y resulta difícil pronosticar su alcance en un futuro próximo.

Otra contribución importante hacia este enfoque holonómico puede atribuírsele al investigador italoargentino Hugo Zucarelli, que ha extendido el modelo holográfico al mundo de los fenómenos acústicos, estudiando y analizando los mecanismos, por los que varias especies en la escala evolutiva llegan a la identificación precisa de las fuentes de sonido; dando la conclusión que los modelos existentes del oído son inadecuados para dar cuenta de las importantes características de la percepción acústica humana (Grof, 2021).

El hecho de que los seres humanos sean capaces de localizar la fuente de los sonidos, sin mover la cabeza ni la posición de las orejas, sugiere que la comparación de la intensidad acústica recibida por el oído izquierdo y el derecho no es el mecanismo responsable de dicha habilidad. Además, incluso los individuos con un oído atrofiado son capaces de localizar sonidos. Para comprender adecuadamente todas las características del oído espacial, es necesario postular que la percepción acústica humana utiliza principios holográficos. Para ello hay que suponer que el oído humano es un transmisor, además de un receptor. (Grof, 2021, p. 102)

Sus observaciones e investigaciones llevaron a Zucarelli a desarrollar la tecnología del sonido “holofónico”, que afectó tanto la teoría como la práctica de variados campos y áreas de la vida humana, desde su contribución en la comprensión de la fisiología y patología del oído, hasta sus insospechadas aplicaciones en psiquiatría, psicología y psicoterapia, en los medios de información, espectáculos, arte, religión, filosofía y en muchos otros campos. (Grof, 2021).

Los efectos de la tecnología holofónica dan una comprensión nueva de la importancia atribuida al sonido en muchas filosofías espirituales y místicas:

El papel crucial del sonido cósmico OM en el proceso de creación del universo, del que se habla en las antiguas escuelas del pensamiento indio, la profunda conexión entre diversas vibraciones acústicas y los chacras individuales en el yoga tántrico y kundalini, las propiedades místicas y mágicas atribuidas a los sonidos de los alfabetos hebreo y egipcio, y el uso del sonido como tecnología de

lo sagrado en el chamanismo y en las ceremonias de curación aborígenes, así como medio poderoso en la mediación de experiencias de otras realidades, son sólo algunos ejemplos del papel preeminente del sonido en la historia de la religión. Por tanto, el descubrimiento del sonido holofónico supone una contribución importante al paradigma emergente, vinculando la ciencia moderna con la sabiduría antigua. (Grof, 2021, p.103)

La técnica de la respiración holotrópica hace uso dentro de sus aplicaciones de la música como herramienta indispensable, por lo cual, la teoría holofónica le puede brindar un aditamento para poder entender el uso y el impacto que esta genera en la configuración de la consciencia (Grof y Grof, 2011).

Uno de los tantos investigadores en valerse del surgimiento de la holográfica para explicar y contrastar sus conclusiones fue David Bohm, destacado físico teórico, ex colaborador de Albert Einstein y autor de textos básicos sobre la teoría de la relatividad y la mecánica cuántica. En su libro “La totalidad y el orden implicado” ha formulado un modelo revolucionario para entender el universo, que extiende los principios holonómicos a reinos que en la actualidad no están sujetos a observación directa ni investigación científica (Grof, 2021).

Bohm, siendo físico, entendió que los postulados que estaban emergiendo de los estudios de la física moderna, sobre todo los de la mecánica cuántica, daban por sentado que no existía una partícula elemental. Ya Einstein había sido uno de los primeros en plantear que la realidad estaba constituida por campos en lugar de partículas separadas, y que estos campos se extendían hasta interactuar y fusionarse con otros campos creando así un todo interconectado (Bohm, 2005).

Con base a esta noción, se consideró que, en el mejor de los casos, la idea de una partícula separada e independiente es una abstracción que solamente nos proporciona una aproximación válida dentro de cierto ámbito limitado. Por ende, el universo entero se debería comprender como una totalidad no dividida, en la cual no tiene un rango fundamental su análisis en partes que existan de forma separada o independiente (Bohm, 2005).

Bohm (2005) menciona que ciertamente nada está ni existe por separado, la realidad para él es *una totalidad no dividida en movimiento fluyente*. Esta manera de ver supone que el flujo es, en cierto sentido, previo a las cosas que vemos formarse y disolverse en dicho flujo.

En este flujo la materia y la mente no son sustancias separadas, sino más bien aspectos diferentes de un movimiento único y continuo. Este flujo sería denominado por él como “holomovimiento”. (Bohm, 2005)

Grof (2021) comenta al respecto que;

Bohm describe la naturaleza de la realidad en general y de la consciencia en particular, como un todo ininterrumpido y coherente, involucrado en un inacabable proceso de cambio: el holomovimiento. El mundo fluye constantemente y cualquier estructura estable no es más que pura abstracción; se considera que todo objeto, entidad o suceso describable es una derivación de una totalidad indefinible y desconocida. (p, 104)

Es interesante como es que Bohm, en base a sus estudios e investigaciones en física, llegó a una visión de la realidad que denominó “holomovimiento”, semejante a la de las filosofías y culturas orientales. El concepto de holomovimiento bien se podría correlacionar con el concepto del “Tao” de los taoístas, el de “Brahman” de los hinduistas, e incluso con el de “Pleroma”, un término gnóstico descrito por Jung (citado en Hoeller, 1990). Cada perspectiva desde una cosmovisión distinta pero que, al final, intentan describir lo que Bohm denominó como *totalidad no dividida en movimiento fluyente*.

Curiosamente esta comprensión del “holomovimiento”, para las filosofías orientales, sólo puede ser concebida bajo el influjo de “estados no ordinarios u holotrópicos” de consciencia, ya que ni el mismo lenguaje es suficiente para describir su entendimiento. En la respiración holotrópica se podría denominar este tipo de vivencias como “experiencias cumbre” (Grof, 2005), en donde los sujetos suelen describir la totalidad de todas las cosas de manera similar a la descripción que utiliza Bohm.

David Bohm, desde sus estudios y observaciones, se percata de la existencia de dos planos, los cuales denomina como “orden explicado” (plano físico) y “orden implicado” (plano metafísico) (Bohm, 2005). El “orden explicado” bien puede ser toda nuestra realidad circundante que es captada a través de nuestros sentidos y que a simple vista se ve fragmentada o separada de nosotros. Mientras que el “orden implicado” es un orden que trasciende toda fragmentariedad, todo se une, todo se concentra en él, y no es predecible con nuestros sentidos, aunque cabe la posibilidad de concebirlo mediante estados holotrópicos de consciencia (Tart, 1979; Capra, 2012; Grof, 1999, 2021). La ciencia física recién puede rozar este entendimiento con sus elegantes fórmulas matemáticas, pero muy difícilmente podrá descifrarla.

Para Bohm, la mejor analogía para ilustrar el orden implicado es el holograma: «En el holograma el objeto entero está contenido en cada región del holograma, replegado en un patrón de ondas que se puede desplegar al proyectar luz sobre el mismo» (Bohm, 2002, p. 163). Mientras que en el orden implicado todo está íntimamente relacionado (todo lo contiene todo), en el orden explicado, las cosas están separadas y son relativamente independientes. (Vallejo, 2009, p. 99)

De igual forma, otro investigador que postuló su teoría beneficiándose de la holografía fue el neurocirujano y psiquiatra, doctor en medicina y filosofía, Karl Pribram, quien desarrolla un modelo original e imaginativo del cerebro, según el cual ciertos aspectos importantes de las funciones cerebrales se basan en principios holográficos (Grof, 2021).

Desde la perspectiva de Ken Wilber, la teoría de Pribram, resume lo siguiente: “nuestros cerebros construyen matemáticamente la realidad «concreta» al interpretar frecuencias de otra dimensión, una esfera de realidad primaria significativa, pautaada, que trasciende el espacio y el tiempo. El cerebro es un holograma que interpreta un universo holográfico” (Wilber, et al., 2005, p. 14).

Karl Pribram (1980, 1981, 1995) entendió la comparativa que se ha tomado durante algunos años sobre ordenador-cerebro y en base a esta pone de relieve que algunos aspectos del complejo funcionamiento cerebral no pueden ser correlacionados

con el funcionamiento de un simple ordenador. Para ello propone una nueva analogía, comparando así el modelo del holograma óptico con algunas funcionalidades cerebrales.

Con base a esto, Pribram (1981) generó una teoría del cerebro con los principios de la holografía, pero en especial tomó los postulados matemáticos dados por la holografía óptica de Fresnel y Fourier. Según su entendimiento, los hologramas de mayor poder explicativo y mayor potencial eran los expresados en la forma denominada transformaciones de Fourier. Dicho teorema afirma que toda pauta puede ser descompuesta y convertida en un grupo de ondas sinusoidales completamente regulares; estas ondas son decodificadas, recreando así la imagen (Grof, 2021).

Su hipótesis es que las representaciones de la información que llegan al cerebro no son fotográficas, sino que se componen por una clase especial de transformaciones que se asemejan mucho al proceso de reconstrucción de la imagen óptica mejor conocida como holografía (Pribram, 1980).

Esta postura no contradice la localización cerebral específica de funciones, ya que estas dependen en gran parte de las conexiones entre el cerebro y las estructuras periféricas, que determina lo que está codificando (Grof, 2021).

Pribram logró vincular la hipótesis holográfica con aspectos importantes de la anatomía y fisiología del cerebro. Grof (2021) explicaría esta vinculación de la siguiente manera:

Además de la transferencia habitual de impulsos neuronales, entre el sistema nervioso central y los receptores periféricos o causadores, puso también de relieve la presencia de un bajo potencial entre las sinapsis, incluso ante la ausencia de impulsos nerviosos. Estos tienen su origen en células con abundantes ramificaciones dendríticas y axones cortos e inexistentes. Mientras que los impulsos neuronales operan de un modo binario, conectándose y desconectándose, los bajos potenciales detectados en las conexiones interneuronales son graduales y de ondulación continua. Pribram cree que este

«procesamiento en paralelo» es de una importancia fundamental para el funcionamiento holográfico del cerebro. (p.109)

Los potenciales de onda larga son muy sutiles y sensibles a diversas influencias. Esto hace especular entre las interacciones de la consciencia y el mecanismo cerebral, y teorizar sobre los efectos psicológicos que provoca la respiración holotrópica o las drogas psicoactivas (Grof, 2021).

Para terminar de asimilar esta perspectiva holonómica y el impacto que tiene para la comprensión del paradigma transpersonal de la psicología, bien se podría sintetizar su entendimiento con las siguientes cinco afirmaciones básicas dadas por Ken Dychtwald (citado en Wilber, et al., 2005):

- 1) No existe eso que se llama energía pura o materia pura. Cada aspecto del universo no es una cosa o no cosa, sino más bien existe una especie de expresión vibracional.
- 2) El universo y todo lo existente en él es en sí mismo un todo, un sistema comprensivo en sí mismo, que alberga en él un depósito completo de información sobre sí mismo.
- 3) Cada aspecto del universo parece ser parte de un todo más amplio, de un mayor ser y de un sistema más global.
- 4) Como cada aspecto del universo se expresa vibracionalmente, y todas las expresiones vibratoriales se entremezclan en el holograma maestro, resulta que cada aspecto del universo contiene conocimiento del todo dentro del cual existe. Además, como la expresión vibracional de cada unidad holográfica contiene también una manifestación de información pura, podemos esperar que cada aspecto particular tenga la capacidad de ser íntimamente cognoscible en cada otro aspecto particular dentro del holograma superior.
- 5) En este paradigma el tiempo no existe como tic-tac de momentos que viajan para siempre y de forma lineal desde “ahora” hasta “entonces”. El tiempo puede muy bien existir moviéndose multidimensionalmente en muchas direcciones a la vez. (citado en Wilber, et al., 2005, pp. 139-144).

3.2 Grof y su cartografía de la psique

Fue preciso explicar algunas de las aportaciones científicas que ha dado el paradigma holonómico y que se han ido desarrollando para poder entender un poco sobre cómo es que se forman o crean estos “estados no ordinarios u holotrópicos de consciencia” que son fundamentales para el entendimiento de la RH. En este apartado, se pretende describir el trabajo realizado por Stanislav Grof en la creación de una nueva cartografía de la psique. Esta nueva cartografía es esencial para poder entender la importancia terapéutica que los estados holotrópicos pueden generar hacia la salud mental.

La psicología con orientación transpersonal y las modernas investigaciones sobre la consciencia le deben mucho al psiquiatra Carl Jung por su trabajo clínico sistemático y los postulados que ejerció (Grof, 1999), ya que gracias a sus indagaciones se pudo empezar a conceptualizar y describir de manera psicológica y metafísica a estos estados holotrópicos de consciencia y a una parte de ese bagaje histórico y cultural que esconden tras de sí.

Jung ofreció evidencia convincente de que para comprender la verdadera naturaleza del psiquismo se debe ir mucho más allá del inconsciente biográfico individual. Quizás una de sus contribuciones más conocidas es la noción de “inconsciente colectivo”, un espacio gigantesco de información sobre la historia y la cultura humana que descansa en la profundidad del psiquismo de todo ser humano. El inconsciente colectivo de Jung está dotado de lo que reconoció como “arquetipos”: modelos dinámicos fundamentales o principios organizativos primordiales que tienen efecto sobre el individuo y la sociedad (Grof, 1999).

Tuvieron que pasar varios años para que los estudios con psicodélicos le dieran justificación a este inconsciente colectivo y sus imágenes arquetípicas. Grof, al igual que Jung se dio cuenta de que la psique no puede reducirse a simple conocimiento biográfico de la persona, hay otros factores que no son propios de su biografía, pero que si interfieren en la manera en que se desarrolla la personalidad (Grof, 1999, 2005, 2021).

La cartografía de Grof sobre la psique, y su dinámica que se describirá, está sustentada bajo las observaciones de unas veinte mil sesiones de Respiración Holotrópica que Grof y su esposa realizaron con personas procedentes de diferentes países y profesiones, y de las más de cuatro mil sesiones de terapia psicodélica que dirigió durante las primeras fases de investigación con la LSD (Grof, 2021, 1999). Para explicar estos hallazgos es necesario concebir un modelo más amplio del psiquismo humano del que comúnmente se le reconoce en la psicología clásica. Menciona Grof (2021) que, aunque la naturaleza del inconsciente, y por lo tanto la naturaleza de los fenómenos de la RH son holográficos, multidimensionales y tienen varios niveles, es útil distinguir ciertos campos vivenciales que son de suma importancia en la teoría y la práctica.

Cada uno de los niveles de esta cartografía de la psique tiene distintos contenidos, están gobernado por sistemas dinámicos específicos y contienen su trascendencia característica para el funcionamiento mental (Grof, 2005). Las siguientes categorías surgentes en base a las observaciones y los fenómenos que dotan los estados no ordinarios u holotrópicos de consciencia, según Grof (1999, 2005, 2021), se pueden dividir en cuatro:

- a. Experiencias sensoriales
- b. Experiencias psicodinámicas
- c. Experiencias perinatales
- d. Experiencias transpersonales

No sólo la respiración holotrópica ni las drogas psicodélicas pueden generar estas experiencias, de la misma manera las técnicas de laboratorio alteradoras de la mente, tales como el biofeedback, la privación del sueño, el aislamiento o la saturación sensorial y diversas técnicas kinésicas, pueden inducir del mismo modo dichos fenómenos (Grof, 2021).

También existe una amplia gama de prácticas espirituales antiguas y orientales, diseñadas específicamente para que esto ocurra:

La totalidad de la gama experiencial relacionada con los cuatro reinos ha sido también descrita por historiadores y antropólogos, con respecto a diversos procedimientos chamánicos, ritos de paso aborígenes y ceremonias de curación, misterios de muerte nacimiento, y danzas de trance de religiones extáticas. (Grof, 2021, pp. 115-116)

3.2.1 Experiencias sensoriales.

Las técnicas que permiten entrar al reino de la mente inconsciente, regularmente empiezan por activar los órganos sensoriales, menciona Grof (2021); naturalmente estas experiencias sensoriales son de naturaleza más o menos abstractas y no tienen como tal un significado personal; pueden ser estéticamente agradables, pero no conducen a una mayor comprensión interior.

Este tipo de cambio puede ocurrir en cualquier área sensorial, pero los fenómenos ópticos suelen ser los más frecuentes. El campo visual tras los párpados cerrados adquiere colorido y animación, y el sujeto puede ver una variedad de formas geométricas y arquitectónicas: dinámicas pautas caleidoscópicas, configuraciones mandálicas, aceitunís, naves de catedrales góticas, techos de mezquitas musulmanas y complejos diseños que recuerdan hermosos gravados medievales o tapices orientales. Este género de visiones puede ocurrir durante cualquier tipo de autoexploración profunda, pero son particularmente especiales después de la ingestión de sustancias psicodélicas. (Grof, 2021, p.116)

Este tipo de experiencias parecen representar la barrera que uno debe cruzar para poder emprender el viaje hacia su propia psique inconsciente, ya que las investigaciones modernas de la consciencia hasta ahora no les ha encontrado otra relevancia (Grof, 2021).

3.2.2 Experiencias psicodinámicas o del inconsciente individual.

Las experiencias pertenecientes a esta categoría “están asociadas y se derivan del material biográfico de la vida del sujeto, en particular el precedente de acontecimientos, situaciones y circunstancias muy relevantes emocionalmente” (Grof, 2005, p. 74). En ese sentido, la calidad de los cuidados maternos, la dinámica familiar

y las experiencias traumáticas y nutricias que vivimos en esa época desempeñan un rasgo importante en la configuración de nuestra personalidad (Grof, 1999, 2005, 2021). El explorar este nivel con estados holotrópicos de consciencia, puede reivindicar con “cualquier cosa de la vida del sujeto que incluya algún conflicto irresoluto, algún recuerdo traumático que no haya sido integrado, o algún tipo de proceso psicológico incompleto [...] y convertirse en el contenido de la experiencia” (Grof, 2021, p. 118).

El reino biográfico para Grof es el más accesible y familiar de nuestro psiquismo, el trabajo pionero de Freud brindó la oportunidad de acceder al inconsciente individual y liberar, de alguna forma, el material emocional reprimido gracias al análisis sistemático de los sueños, las fantasías, los síntomas neuróticos, los *lapsus linguae*, la conducta cotidiana y otros aspectos de nuestra vida (Grof, 1999).

Comenta Grof (1999) que Freud y sus seguidores demostraron la existencia de la mente inconsciente mediante “la asociación libre”, que prácticamente consiste en comentar lo que se nos venga a la mente y permitir que las palabras, las imágenes mentales, y los recuerdos fluyan libremente sin ninguna censura.

El trabajo realizado con los estados holotrópicos de consciencia, valida, por una parte, las afirmaciones que la psicoterapia tradicional nos abre, y por otra, la entrada a nuevas posibilidades que nos proporcionan una información revolucionaria sobre la naturaleza de nuestra vida. La Respiración Holotrópica nos permite acceder a estados no ordinarios de consciencia en los que el material biográfico significativo de la infancia emerge a la superficie, haciendo que las personas no solo tengan acceso a los recuerdos de su niñez y de sus primeros años, sino que también conecten vívidamente con su nacimiento, la vida del feto e, incluso, aventurarse en dominio de las experiencias que se hayan más allá de su vida intrauterina (Grof, 1999).

Lo interesante e importante de experimentar de estos estados no ordinarios es que no sólo se limitan a la posibilidad de hacernos recordar nuestros eventos más tempranos y traumáticos, sino que también nos brindan la posibilidad de revivirlos (Grof, 1999, 2005, 2021). Grof menciona que sólo existe una condición para que esto ocurra:

el hecho debe ser de suficiente importancia emocional. Ahí radica una enorme ventaja de la psicoterapia experiencial, comparada con los enfoques predominantemente verbales. Las técnicas que activan directamente el inconsciente parecen reforzar selectivamente el material emocional de mayor importancia y facilitar su aparición en la consciencia. De este modo facilita una especie de radar interno que escudriña el sistema y detecta el contenido con una mayor carga emocional. (Grof, 2021, p. 118)

Grof menciona (1999, 2021) que durante las sesiones experienciales con Respiración Holotrópica es sorprendente ver la intensidad con que las personas acceden a vivencias tempranas de su vida; “las dinámicas sexuales y los conflictos básicos descritos por Freud se manifiestan con inusual claridad y viveza incluso en las sesiones de sujetos ingenuos [...] tales personas experimentan una regresión a la niñez y a la más temprana infancia, reviviendo varios traumas psicosexuales y confrontan conflictos relacionados con actividades en diferentes zonas libidinales” (Grof, 2005. p. 74).

Menciona Grof (2021) que:

En general, el material inconsciente que emerge con el trabajo experiencial coincide con la teoría freudiana o alguna de las derivadas de la misma. Sin embargo, existen varias diferencias primordiales. En la psicoterapia experiencial profunda, el material biográfico no se recuerda ni se reconstruye, sino que en realidad se puede vivir plenamente de nuevo. Esto implica no sólo emociones sino sensaciones físicas, elementos pictóricos del material en cuestión e información procedente de otros sentidos, que se dan típicamente en el caso de regresión completa en el tiempo, al estado de desarrollo cuando el hecho tuvo lugar. (Grof, 2021, p. 118)

Esta cuestión hace que la terapia experiencial difiera de algunas otras, ya que como veremos más adelante, en la RH la persona experimenta tanto emocional como físicamente los traumas, generándole en ocasiones movimientos físicos bastante abruptos, lo que lleva al terapeuta a hacer uso de la “terapia corporal” en los momentos requeridos (Grof y Grof, 2011).

Muchos fenómenos de la respiración holotrópica en este nivel pueden entenderse, y algunos de ellos incluso predecirse, si se piensa en términos de constelaciones de memoria específica, a las que Grof llamó (1999, 2005, 2021) *sistemas COEX* (sistemas de experiencia condensada):

Un sistema COEX puede ser definido como una constelación de recuerdos específica (y fantasías asociadas) de diferentes periodos de la vida del individuo. Los recuerdos que pertenecen a un sistema COEX en particular tienen un tema básico similar o contienen elementos similares, y van acompañados de una fuerte carga emocional del mismo tipo. (Grof, 2005, p. 76)

Grof (1999, 2021) comprendió que los sistemas COEX eran los principios que gobernaban la dinámica del inconsciente individual, aunque más adelante pasó a ser evidente que estos sistemas de experiencia condensada representaban un principio operacional de orden general en todos los niveles de la psique sin limitarse sólo al biográfico. Los sistemas COEX pueden arraigar más allá de la experiencia perinatal y hundir sus raíces en la vida prenatal o en regiones transpersonales, como la hipótesis de revivir vidas pasadas, encontrarse con los arquetipos descritos por Jung, o incluso identificarse con otras formas de vida y procesos del universo (Grof, 1999, 2021).

No es inusual que una constelación dinámica comprenda material de distintos periodos biográficos, del nacimiento biológico y de ciertas áreas del reino transpersonal, tales como recuerdos de encarnaciones anteriores, identificaciones animales y secuencias mitológicas. En este caso la similitud experiencial de estos temas de distintos niveles de la psique es más importante que el criterio convencional newtoniano-cartesiano, por ejemplo en cuanto a que años o siglos separan los hechos en cuestión, que de ordinario parece haber una diferencia abismal entre la experiencia humana y la animal, o en cuanto a que los elementos de la «realidad objetiva» se mezclen con los arquetípicos o los mitológicos. (Grof, 2021, p.120)

La personalidad de los pacientes psiquiátricos tiene que ver con varios sistemas COEX principales. Sus formas específicas, número total, extensión e intensidad varían considerablemente de un individuo a otro (Grof, 1999, 2005).

Según la cualidad básica de la carga emocional podemos diferenciar los sistemas COEX negativos (experiencias emocionales desagradables condensadas) de los sistemas COEX positivos (experiencias emocionales agradables condensadas y aspectos positivos del pasado del individuo) Aunque se dan ciertas independencias y solapaciones, los sistemas COEX individuales funcionan de manera relativamente autónoma. En una complicada interacción con el entorno pueden influenciar de manera selectiva la percepción del sujeto de sí mismo y del mundo, sus sentimientos y pensamientos e incluso sus procesos somáticos. (Grof, 2005, p. 76)

Los fenómenos observados en las sesiones con respiración holotrópica, pueden entenderse en términos de las sucesivas exteriorizaciones, abreacciones e integraciones de varios niveles de sistemas COEX negativos en el sujeto, y una apertura de caminos para la influencia de los positivos (Grof, 1999, 2005, 2021).

El sistema COEX:

Determina la dirección en la que el medio físico e interpersonal se transforman de forma ilusoria, dicta la manera en que el sujeto se ve y se vive a sí mismo, y domina las reacciones emocionales, los procesos de pensamiento y ciertas manifestaciones físicas [...] En general, el sistema COEX desempeña este papel dirigente hasta que el recuerdo más antiguo, o experiencia central del sistema es revivido e integrado por completo. Una vez que esto ocurre, otro sistema se superpone y domina el terreno experiencial. A menudo, varios sistemas COEX se alternan en el rol dirigente durante una sesión en particular o una secuencia de sesiones, pasando por un proceso paralelo de abreacción e integración. (Grof, 2005. pp. 76-77)

El trabajo experiencial demuestra con claridad que los traumas que proceden de situaciones donde peligró la vida dejan un rastro permanente en el sistema y contribuyen de manera fuerte al desarrollo de desórdenes emocionales y psicosomáticos, tales como depresiones, estados de ansiedad y fobias, tendencias sadomasoquistas, problemas sexuales, jaquecas, o asma (Grof, 1999, 2005, 2021). Grof afirmaría que las experiencias de traumas físico fuertes, “representan la transición natural del nivel biográfico al

siguiente dominio, cuyos componentes principales los constituye el doble fenómeno del nacimiento y la muerte” (Grof, 2021, p. 121).

La investigación de muchos estudiosos acerca de los estados no ordinarios u holotrópicos de conciencia ha conducido a territorios del psiquismo que la ciencia y la psicología occidental están sólo comenzando a explorar. Por esta simple razón, la investigación sistemática de estos dominios puede tener consecuencias importantes para la psiquiatría, la psicología, la filosofía de la ciencia y toda la cultura occidental en general.

3.2.3 Experiencias perinatales.

Conforme las personas exploran su infancia en estados holotrópicos de conciencia, más tarde o más temprano terminan trascendiendo los dominios de la historia individual penetrando a territorios completamente nuevos que, aunque ignorados por la psiquiatría occidental, no son desconocidos, ya que han sido estudiados durante largos años de forma sistemática por las antiguas filosofías orientales y culturas preindustriales.

El factor primordial de este nivel de la psique podría correlacionarse con el proceso del parto, Grof (2005) describe esto de la siguiente manera:

El denominador común más importante que es también foco central de las experiencias que se originan en esta área del inconsciente está constituido por un grupo de problemas relacionados con el nacimiento biológico, el dolor y la agonía física, la enfermedad, el envejecimiento, la decrepitud, el proceso de morir y la muerte. (p. 78)

En este territorio de la psique, se experimentan emociones y sensaciones físicas de tal intensidad que superan lo que se consideraría humanamente posible. Es importante advertir que el encuentro con estos aspectos de la vida humana suele tomar la forma de una profunda experiencia de primera mano más que una confrontación simbólica (Grof, 1999, 2005).

Grof (2005, 2021) describe que, en este nivel del inconsciente, la muerte es universal y domina plenamente el panorama, las personas que a nivel biográfico no hayan estado a punto de perder la vida o experimentado un accidente casi mortal,

pueden acceder a este reino directamente. Los demás suelen revivir sus traumas graves, operaciones o accidentes letales de un modo más profundo. La confrontación experiencial con la muerte está íntimamente entrelazada con diversos fenómenos vinculado al proceso de nacimiento.

Grof (2021) describe este fenómeno de la siguiente manera:

Los sujetos afectados por este tipo de experiencias no solo tienen la sensación de estar realizando el esfuerzo propio del nacimiento, o del parto, sino que además manifiestan numerosos cambios fisiológicos típicos de las circunstancias. Es frecuente que los sujetos vuelvan experiencialmente al estado fetal y revivan varios aspectos de su nacimiento biológico, con abundantes detalles específicos y comprobables. La muerte puede estar representada por una identificación simultánea o alternativa con ancianos, enfermos o moribundos. A pesar de que no podemos reducir la totalidad de la gama experiencial que tiene lugar en este nivel al reavivamiento del nacimiento biológico, el trauma del parto parece representar una parte importante del corazón de dicho proceso. Por ello califico esta área del inconsciente como *perinatal*. (p. 122)

Menciona Grof (1999) que el término perinatal tiene un origen grecolatino que significa “perteneciente al nacimiento”, que en la terminología médica suele utilizarse con frecuencia para describir el proceso biológico que tiene lugar poco antes, durante e inmediatamente después del nacimiento. Sin embargo, la medicina tradicional rechaza la posibilidad de que el niño registre en su memoria las experiencias de su parto. Es por ello que la psiquiatría no utiliza el término y que el empleo de este por Grof sea inusual en el contexto de la consciencia.

Aunado a ello, Grof (1999, 2005, 2021) afirma que la exploración de los estados no ordinarios de consciencia evidencia que los recuerdos perinatales permanecen almacenados en nuestro psiquismo, a menudo a un nivel celular profundo. Existen personas que reviven con extraña riqueza detalles de esa época de su vida (como el uso de fórceps, un parto de nalgas o las primeras reacciones de su madre) que fueron confirmados objetivamente al ser corroborados (Grof, 1999).

Por lo regular, comenta Grof (2005, 2021), la secuencia de muerte y nacimiento (o renacimiento) que se caracterizan en el despliegue perinatal, conlleva a los sujetos a experimentar y vivenciar horas de dolor agonizantes, con contorsiones faciales, jadeando para respirar y descargando enormes cantidades de tensión muscular a través de temblores, espasmos y sacudidas violentas. Estas secuencias perinatales están llenas de aspectos emocionales y psicosomáticos específicos que pueden producir transformaciones fundamentales en la personalidad.

De igual forma, existen ciertas características del proceso muerte renacimiento que señalan claramente que las experiencias perinatales no se pueden reducir al simple acto del revivir el nacimiento biológico. Parece ser que las experiencias perinatales pueden entremezclarse con experiencias de tipo transpersonal o espiritual, lo cual le llevó a inferir a Grof que el nivel perinatal de la psique puede ser el nivel que conecte aquel inconsciente individual de Freud, con aquel inconsciente colectivo de Jung.

Grof (20021) lo describe de la siguiente forma:

Un encuentro experiencial profundo con el nacimiento y la muerte se asocia regularmente con una crisis existencial de proporciones extraordinarias, durante la cual el individuo cuestiona seriamente el significado de la existencia, así como sus valores básicos y estrategias vitales. Dicha crisis solo se puede resolver estableciendo un contacto profundo con las dimensiones espirituales intrínsecas de la psique y los elementos del inconsciente colectivo. La transformación de la personalidad resultante parece ser comparable a los cambios que se han descrito, como producidos a consecuencia de la participación en misterios de antiguos templos, ritos de iniciación, o ritos aborígenes de paso. Por consiguiente, el nivel perinatal del inconsciente representa una intersección importante entre el inconsciente individual y el colectivo, o entre la psicología tradicional y el misticismo o la psicología transpersonal. (p. 123)

Las experiencias de la muerte y del renacer que refleja el nivel perinatal, se pueden clasificar en cuatro pautas o constelaciones típicas que Grof (1999, 2005, 2021) denominó Matrices Perinatales Básicas (MPB). Cada una de estas matrices gobierna el nivel perinatal inconsciente y están estrechamente relacionadas con los cuatro periodos

consecutivos del parto biológico. En cada uno de estos estadios se atraviesan varias experiencias caracterizadas por la presencia de emociones, sensaciones físicas e imágenes simbólicas concretas, lo cual supone la existencia de matrices psicoespirituales muy individualizadas que modelan nuestra experiencia vital (Grof, 1999, 2005, 2021).

Grof menciona (1999) que la primera matriz, MPB I, se le puede llamar “Universo Amniótico”, y se refiere a las experiencias intrauterinas previas al comienzo del parto. La segunda matriz, MPB II, u “Opresión Cósmica, o Sin Salida” pertenece a las experiencias donde comienzan las contracciones y recién tiene lugar la apertura del cuello de la matriz. La tercera matriz perinatal, MPB III, “Lucha por la Muerte y Renacimiento”, está relacionada con la experiencia de atravesar el canal del nacimiento. Y la cuarta y última matriz, MPB IV, tiene que ver con la experiencia de abandonar el cuerpo de la madre. Cada Matriz tiene sus aspectos biológicos, arquetípicos y espirituales concretos.

Las matrices perinatales también tienen asociaciones fijas con actividades eróticas freudianas y con categorías concretas de trastornos psiquiátricos:

Este paradigma demuestra, entre otras cosas, los cercanos paralelismos entre las fases del parto biológico y el patrón del orgasmo sexual. La similitud entre estos dos patrones biológicos es un hecho de importancia teórica fundamental. Hace posible desplazar el énfasis etiológico en la psicogénesis de los trastornos emocionales desde las dinámicas sexuales hasta las matrices perinatales, sin negar la importancia o validez de los principios freudianos básicos para la comprensión de los fenómenos psicodinámicos y sus interrelaciones mutuas. (Grof, 2005, p. 80)

Antes de que se describa el desarrollo natural de cada matriz, se debe advertir que el proceso de autoexploración no sigue necesariamente un orden secuencial, sino más bien que el propio “radar interno” de la persona, seleccionará el material perinatal de acuerdo a un orden muy individualizado. De la misma manera, se hace mención que el proceso de muerte-renacimiento no consiste en una única experiencia por muy profunda y completa que esta sea. Como regla general, es necesario un gran número de sesiones psicodélicas o con RH para trabajar con todo el material en el nivel perinatal,

con todas sus manifestaciones biológicas, emocionales, filosóficas y espirituales (Grof, 2005, 2021).

3.2.3.1 Primera Matriz Perinatal (MPBI o Unión con la madre).

Grof (1999, 2021) describe que los rasgos básicos de esta matriz se constituyen por una relación con la unión primaria que es la madre, y con ese estado original de existencia intrauterina durante el cual, el niño y el organismo materno forman una unión simbiótica. Hay que tener presente que, en este periodo, la conexión biológica y emocional existente entre el feto y la madre es tan estrecha como la que existe entre un órgano y el organismo en que se halla (Grof, 1999).

Cuando no interviene ningún estímulo nocivo, las condiciones del feto están cercanas a ser ideales, implican protección, seguridad y una satisfacción continua de todas las necesidades. Sin embargo, una serie de circunstancias adversas pueden inferir en esta condición. Éstas tienen que ver con enfermedades o estados emocionales difíciles de la madre, así como influencias perturbadoras del mundo exterior, tales como factores tóxicos, ruidos fuertes, y conmociones o vibraciones mecánicas. (Grof, 2005, p. 86)

La moderna obstetricia sólo toma en cuenta las experiencias que ponen en peligro el desarrollo biológico del feto, no obstante, las experiencias descritas por quienes viven este nivel en estados no ordinarios de consciencia demuestran que, desde los estadios más primitivos de la vida embrionaria, la consciencia del niño puede verse afectada por distintas influencias nocivas (Grof, 1999). Entonces, se puede afirmar que, “La primera matriz perinatal tiene por lo tanto sus aspectos positivos y negativos; los sujetos a menudo se refieren a ellos como experiencias de «buen vientre» y «mal vientre»” (Grof, 2005, p. 86). En base a ello, Grof adjudicaría que, así como se puede concebir en el psicoanálisis la existencia y repercusión de un “pecho malo” y un “pecho bueno”, en la psicología transpersonal se tendría que concebir, la inferencia de un “vientre malo” y un “vientre bueno” (Grof, 1999).

Los elementos de la *existencia intrauterina tranquila* pueden ser experimentados en sesiones de RH en una forma biológica concreta o en forma de su equivalente

espiritual, la experiencia de unidad cósmica. Grof (2005) describe el concepto de “unidad cósmica” experimentado por los sujetos que vivenciaron un buen útero en estados holotrópicos de consciencia de la siguiente manera:

La experiencia de unidad cósmica se caracteriza por la trascendencia de la habitual dicotomía sujeto-objeto. El individuo en este estado se vuelve cada vez más consciente de su unidad con otras personas, con la naturaleza, y el universo entero, y con el principio creativo final, o Dios. Esto va acompañado por un abrumador afecto positivo que puede ir desde un paz, serenidad o felicidad absolutas hasta un raptó estático. En este estado se trascienden las categorías de espacio y tiempo. Los sujetos se perciben así mismos existiendo fuera del *continuum* espacio-tiempo habitual. En su forma extrema, puede que experimenten la eternidad y la infinitud en un periodo que puede durar segundos o minutos en tiempo real. (p. 86).

Esta experiencia básicamente define lo que Abraham Maslow denominó “experiencias cumbre” (Grof, 2005). No sólo se experimenta este tipo de unión cósmica, sino también en esta MPB I se puede experimentar una unión de tipo oceánica e identificarse con hermosos animales y plantas acuáticos (como ballenas, peces, medusas, anémonas o algas), o un tipo de unión con el espacio interestelar; en cuanto a aspectos arquetípicos, se puede pensar en el paraíso descrito por cualquier cultura, las referencias más frecuentes son el Paraíso, el Jardín del Edén, el Cielo, los Campos Elíseos, la unión mística, el Tao, unión Atman-Brahman, *Tat tvam asi* (tú eres eso) (Grof, 1999, 2021).

Ahora bien, los *elementos negativos o trastornos de la existencia intrauterina* tienen sus propias características distintivas y, a menos que sean extremas (como el peligro a la muerte, el intento de aborto o una grave intoxicación) sus síntomas suelen tenderse leves. La mayor parte de los problemas de la vida intrauterina por lo regular tienen que ver con relaciones químicas, por consiguiente, los temas predominantes se relacionan con la contaminación, el envenenamiento, y peligrosas influencias malignas (Grof, 2005, 2021).

Así como las experiencias de un buen útero confieren una sensación de profunda salud y bienestar fisiológicos, la reviviscencia de traumas intrauterinos, por su parte, conlleva una diversidad desagradable de sensaciones físicas, como dolores musculares, escalofríos, ligeros temblores y una sensación de malestar en general (Grof, 1999).

3.2.3.2 Segunda Matriz Perinatal (MPBII o Antagonismo con la madre).

Los sujetos bajo los efectos de la respiración holotrópica enfrentados a este patrón vivencial lo relacionan frecuentemente con el inicio de la labor de parto y sus primeras fases clínicas.

Ahí es donde se perturba el equilibrio original de la existencia intrauterina, en primer lugar, con señales químicas de alarma y a continuación con contracciones musculares. Al desarrollarse plenamente esta etapa, el feto se ve periódicamente constreñido por espasmos uterinos; el cuello del útero permanece cerrado y todavía no existe camino de salida. (Grof, 2021, p. 129-134)

Menciona Grof (2021) que el fundamento biológico de la MPB II está sustentado en la última etapa de la vida intrauterina y en la aparición de las primeras contracciones. De este modo, el útero que durante el embarazo normal es relativamente amable comienza a sufrir fuertes contracciones periódicas. En ese momento, el mundo del feto se hace cada vez más opresivo y apremiante, causando ansiedad y un gran malestar físico. Las contracciones comprimen las arterias uterinas y dificultan el intercambio de sangre entre la madre y el feto, lo que hace de esto una situación alarmante porque supone una interrupción del suministro de oxígeno y alimento, además de la ruptura de ciertas conexiones muy importantes con el organismo materno (Grof, 1999).

En este proceso el cuello del útero permanece todavía cerrado, haciendo que las contracciones y cambios bioquímicos se combinen desfavoreciendo y creando un entorno tan doloroso y amenazante como para provocar en el feto la sensación de que no existe escapatoria alguna; no es de extrañarse que la muerte y el nacimiento en esta matriz se hallen profundamente relacionados (Grof, 1999, 2005, 2021).

El lapso de tiempo durante el cual el feto permanece en esta difícil situación sin salida depende y varía en cada persona. La situación de sentirse atrapado es habitual

antes de la apertura del cuello del útero, aunque en ocasiones el proceso de nacimiento puede verse perturbado incluso en estadios posteriores. Existen informes de quienes han participado en sesiones y talleres de RH que afirman que es posible revivir incluso hasta el miedo y la confusión de una madre inexperta, de una madre negativa o de una madre muy ambivalente con respecto al niño (Grof, 1999, 2005, 2011, 2021). Grof (1999) menciona que pareciese, como si las emociones contradictorias de la madre obstaculizaran la interacción fisiológica normal entre las contracciones del útero y la apertura del cuello de la matriz, lo cual genera que se prolongue o complique la dinámica natural del proceso de nacimiento.

Al igual que la matriz anterior, esta situación biológica puede ser revivida de forma muy realista. Grof mencionaría que el concomitante simbólico de esta etapa lo constituye la experiencia del *engolfamiento cósmico o la sensación sin salida*, la cual él la describe de la siguiente manera:

Una característica importante de este patrón vivencial lo constituye el oscurecimiento del campo visual y los colores siniestro e inquietantes de todas las imágenes que le acompañan. Los sujetos tienen la sensación de estar encajados o atrapados en situaciones monstruosamente claustrofóbicas y experimentan torturas psicológicas y físicas increíbles. Normalmente la situación es absolutamente insoportable y parece ser eterna. Mientras se está bajo la influencia de esta matriz el individuo no puede ver la posibilidad de poner fin alguno a sus tormentos, ni ve forma alguna de escapar. Deseos de muerte y anhelos suicidas puede combinarse con sensaciones de inutilidad y con la convicción de que ni siquiera la muerte física acabaría con este estado infernal y aportaría alivio alguno. (Grof, 2005, p. 88)

Menciona Grof (1999) que esta matriz suele ir acompañada de manifestaciones físicas muy intensas. Todas implican tensión corporal y una postura que demuestra la sensación de estar atrapado en una lucha sin salida. El sujeto puede sentir opresiones en la cabeza o el cuerpo, cierta pesadez en el pecho y variadas combinaciones de dolor físico. Es frecuente que el cuerpo en sus dolencias complete la imagen de la posición

fetal e inclusive la congestión de la sangre en lo capilares cutáneos favorezca la aparición de manchas rojas en todo el cuerpo.

La influencia de esta matriz puede ser perjudicial en la personalidad del sujeto, Grof describe este hecho de la siguiente manera:

Bajo la influencia de esta matriz, el sujeto sufre también una imposibilidad selectiva de ver algo positivo en el mundo y en su existencia. Sus componentes característicos son la soledad metafísica, la sensación de inutilidad, irremediabilidad, inferioridad, la desesperación existencial y la culpabilidad. (Grof, 2021, p. 138)

Desde esta perspectiva, para Grof (2005) la MPB II parece representar "... las bases para registrar todas las situaciones futuras extremadamente desagradables, en las que el individuo pasivo y desvalido es victimizado y puesto en peligro por una fuerza externa sobrecogedora y destructiva" (p.89).

En cuanto a las zonas erógenas freudianas, parece ser que esta matriz se relaciona con una tensión desagradable en todas ellas:

A nivel oral produce hambre, sed, náuseas y estímulos orales dolorosos; a nivel anal, dolores del recto y retención fecal; y a nivel uterino, dolor de la vejiga y retención de la orina. Las sensaciones correspondientes a nivel genital consisten en frustración sexual e hipertensión, espasmos uterinos y vaginales, dolor testicular y contracciones dolorosas, en las mujeres, como las que se experimentan en la primera etapa clínica del parto. (Grof, 2021, p. 138)

3.2.3.3 Tercera Matriz Perinatal (MPBIII o Sinergismo con la madre).

Para Grof (1999, 2005, 2021) esta compleja matriz se puede comprender y asociar con la segunda fase del parto biológico en donde las contracciones uterinas continúan, pero el útero se abre completamente y así permanece, haciendo posible la propulsión gradual y difícil a través del canal del parto.

Grof menciona que (2005):

Hay una enorme lucha por la supervivencia, presiones mecánicas aplastantes, y a menudo un alto grado de anoxia y ahogo. En las fases finales del parto, el feto puede que experimente un contacto inmediato con una serie de materiales biológicos, tales como la sangre, mucosidades, líquido fetal, orina e incluso heces. (p. 89)

Las contracciones en este proceso, oscilan entre 3.5 y los 7 kg., lo cual crea un clima antagónico y conflictivo junto con una fuerte presión hidráulica (Grof, 1999). El organismo de la madre y del bebé permanecen todavía íntimamente ligados a muchos niveles; en el registro de memoria propio de esta matriz no existe la menor sensación de separación entre ellos tanto de manera física como psicológica, por tanto, ambos organismos participan de la misma conciencia, por lo que no debe extrañar que los sentimientos y sensaciones de la madre que va a dar a luz puedan ser percibidos y experimentados también por el bebé al grado de entrar en contacto hasta con el arquetipo de la madre parturienta (Grof, 1999).

Esta matriz se puede correlacionar de cierta forma con el dolor, la ansiedad, la agresividad, la excitación y la energía impulsora, pero Grof (1999, 2005, 2021) nos diría que su aspecto más inaudito lo constituiría sin duda, la excitación sexual:

Obviamente, la gran implicación de toda la zona genital en el proceso del nacimiento puede contribuir a que la experiencia de la madre tenga ciertas connotaciones sexuales. Además, la intensificación y liberación de la tensión que acompaña al proceso sigue una pauta muy similar a la del orgasmo sexual. No resulta, pues, extraño que muchas mujeres que han alumbrado en condiciones ideales describan la experiencia como el momento sexualmente más intenso y gratificante de toda su vida. (Grof, 1999, pp. 93-94)

Ante esta cuestión, Grof (1999) afirmaría que la “excitación sexual” inicia incluso antes de haber nacido:

Sigmund Freud sorprendió al mundo cuando anunció su descubrimiento de que la sexualidad no comienza en la pubertad sino en la temprana infancia. ¡Pero lo que aquí se nos pide es que abramos todavía más nuestra imaginación y aceptemos que el ser humano experimenta sensaciones sexuales antes incluso de haber

nacido! No obstante, el hecho es que las descripciones de quienes han experimentado la MPB III en estados no ordinarios de conciencia nos proporcionan evidencias manifiestas de la veracidad de este aserto. (Grof, 1999, p. 94)

Los datos de quienes han experimentado la MPB III parecen sugerir que el cuerpo humano dispone de un mecanismo que transforma el sufrimiento extremo (especialmente el asociado a la asfixia) en una forma de excitación que tiene connotaciones sexuales; la agonía se puede hallar tan estrechamente relacionada con el éxtasis que llega incluso a una experiencia de trascendencia, como cuando ocurre en el caso de los mártires religiosos (Grof 1999).

Ante ello, Grof menciona que; “La lógica experiencial del componente sexual del proceso muerte-nacimiento es menos evidente. Puede explicarse por observaciones bien documentadas, que indican que la sofocación y el sufrimiento inhumano suelen generar una excitación sexual curiosamente intensa” (Grof, 2021, pp. 139-140)

Sabiendo esto, Grof indica (2021) que es importante señalar que nuestras primeras experiencias sexuales tienen lugar en el contexto de una situación que conlleva un peligro de muerte. Por otro lado, durante el paso a través del canal de nacimiento, el bebé hace contacto con productos biológicos desagradables como mucosidad, sangre, y en ocasiones orina y heces. Esta situación combinada con otros factores del desarrollo personal constituye un fundamento natural para el desenvolvimiento de una variedad de desórdenes y desviaciones sexuales (Grof, 1999). De este modo podemos entender que las MPB pueden ser reforzadas con experiencias traumáticas en el desarrollo biográfico y terminar dando lugar a una amplia variedad de trastornos.

El simbolismo propio de la MPB III contiene temas seculares, espirituales y mitológicos de los cuales Grof hace una distinción de los más importantes:

Entre estas, las más importantes son los elementos de la lucha titánica, experiencias sadomasoquistas, intensa excitación sexual, episodios demoniacos, vínculos escatológicos y el encuentro con el fuego. Todas ellas ocurren en el contexto de una *lucha muerte-nacimiento* determinada. (Grof, 2021, p. 139)

De igual forma mencionaría que:

Los aspectos sadomasoquistas de esta matriz, reflejan la mezcla de agresión infligida al feto por el aparato reproductor de la mujer, con la furia biológica del bebé ante la sofocación, el dolor y la angustia. Aparecen como temas frecuentes los sacrificios sangrientos, el autosacrificio, la tortura, la ejecución, el asesinato, las prácticas sadomasoquistas y violaciones. (Grof, 2021, p. 139)

El simbolismo que representa el arquetipo de la sombra puede correlacionarse con aspectos demoniacos dentro de la etapa del proceso muerte-nacimiento: “Los elementos demoniacos de esta etapa [...] pueden representar problemas específicos tanto para el terapeuta como para el paciente. La asombrosa calidad del material en cuestión puede conducir a cierta resistencia a enfrentarse al mismo” (Grof, 2021, p. 140).

En cuanto al simbolismo mitológico y religioso, Grof describe lo siguiente:

Son comunes las alusiones al Viejo Testamento; las imágenes del sufrimiento y muerte de Cristo en la cruz; escenas de adoración a Moloch, Astarté o Kali; y visiones de rituales de distintas culturas precolombianas que utilizan el sacrificio y el autosacrificio, como es el caso de la religiones aztecas, mixtecas, olmecas y mayas. (Grof, 2005, p. 90)

Varias características fundamentales diferencian esta matriz de la anteriormente descrita. Afirma Grof que, en esta ocasión, la situación ya no parece irremediable y el sujeto no se siente imposibilitado; se encuentra activamente implicado y siente que el sufrimiento tiene un dirección y finalidad definida. En términos de religión esta vivencia sería más parecida al concepto de purgatorio que al del infierno (Grof, 1999, 2005, 2021).

Ante ello Grof argumenta lo siguiente:

Además, el sujeto no juega exclusivamente el papel de víctima inútil. Es un observador, que puede identificarse simultáneamente con ambos bandos, hasta el punto en que pueda resultarle difícil distinguir si él es el agresor o la víctima, Mientras que la situación sin salida la domina plenamente el sufrimiento, la experiencia de la lucha de la muerte-nacimiento representa la frontera entre la

agonía y el éxtasis y la fusión de ambos. Parece apropiado identificar este tipo de experiencia como “éxtasis volcánico”, en contraste con el “éxtasis oceánico” de la unión cósmica. (Grof, 2021, p. 143)

La MPB III está vinculada con los sistemas COEX formados por recuerdos de experiencias sensoriales y sexuales intensas y precarias, luchas y combates, aventuras emocionantes pero peligrosas, violación y orgías sexuales, o situaciones en las que interviene materia biológica (Grof, 2005, 2021).

En cuanto a las zonas erógenas freudianas, Grof (2021) nos diría que esta matriz, está relacionada con las actividades fisiológicas que producen una sensación de alivio y relajación repentinos, después de un prolongado periodo de tensión. A nivel oral, el acto de masticar y tragar comida (o por el contrario de vomitar); en los niveles anal y uterino, los procesos de defecación y micción; y en el nivel genital, el acercamiento creciente al orgasmo sexual y la sensación de la parturienta en la segunda etapa del parto. (pp. 144-145)

3.2.3.4 Cuarta Matriz Perinatal (MPBIV o Separación con la madre).

Esta matriz perinatal parece relacionarse significativamente con la tercera etapa del parto o el nacimiento propiamente dicho. En esta fase última, el agonizante proceso del nacimiento llega a su fin, culminando así la propulsión por el canal del parto y el intenso dolor, tensión y excitación sexual desaparecen, seguido de un repentino alivio y relajación (Grof, 2005, 2021). El bebé nace después de un largo periodo de tensión y oscuridad para encontrarse por primera vez con la intensa luz del día o de la sala de parto. Después de cortar el cordón umbilical se completa la separación física entre la madre y el bebé, comenzando así una nueva existencia como individuo anatómicamente independiente.

Grof menciona (2005, 2021) que, al igual que las matrices anteriores, algunas experiencias propias de esta corresponden fielmente a los sucesos biológicos del nacimiento, así como intervenciones obstétricas características. Las personas pueden detallar específicamente material revivido, “incluyendo pormenores del mecanismo del

parto, tipos de anestesia utilizados, naturaleza de la intervención manual o instrumental y detalles de la experiencia y cuidados posnatales” (Grof, 2021, p. 148).

La correspondencia simbólica de esta fase está caracterizada por el proceso y experiencia de morir y nacer, es una vivencia fuerte que puede ser descrita como “la muerte del ego” y su resolución estar caracterizada por las descripciones de Maslow y la terapia psicodélica con LSD sobre el concepto de “experiencias cumbre”. Ante ello, Grof (2021) argumenta lo siguiente:

La correspondencia simbólica de esta última etapa del parto es la *experiencia morir-renacer*, que representa la terminación y resolución de la lucha del morir-nacer. Paradójicamente, aun a un solo paso de la liberación fenoménica, el sujeto tiene la sensación de una catástrofe inminente de enormes proporciones. Esto conduce frecuentemente a una fuerte determinación de detener la experiencia. Si se permite que ocurra, la transición de la MBP 3 a la 4 incluye una sensación de aniquilamiento a todos los niveles imaginables: destrucción física, debacle emocional, derrota intelectual, fracaso moral definitivo y condena absoluta de proporciones trascendentales. (p. 148)

Después de vivenciar la experiencia de destrucción cósmica absoluta o de aniquilamiento total, a esta le siguen inmediatamente visiones de deslumbrante luz blanca o dorada con un brillo y belleza sobrenatural (Grof, 2005, 2021). Ante ello Grof describe la sensación de las personas ante esta experiencia, de la siguiente forma:

El sujeto experimenta una profunda sensación de liberación espiritual, redención y salvación. Típicamente se siente libre de toda ansiedad depresión y culpa, purgado y liberado de su carga. A esto le acompaña un torrente de emociones positivas hacía sí mismo, hacía los demás, y hacía la existencia en general. El mundo parece ser un lugar hermoso y seguro, y aumenta palpablemente el deleite de vivir. (Grof, 2021, p. 149)

De cierta forma, el individuo descubre dentro de sí valores genuinamente positivos, como la justicia, el respeto hacia sí mismo y los demás, el sentimiento de amor, y la apreciación por la belleza. Grof afirma que:

Estos valores, así como las motivaciones para perseguirlos y vivir de acuerdo a ellos, parecen ser intrínsecos a la naturaleza humana en este nivel. No pueden explicarse de manera satisfactoria en términos de comprensión, reacción-formación o sublimación de impulsos instintivos primitivos. El individuo los experimenta como genuinos y como partes integrales del orden universal. (Grof, 2005, p. 94).

El simbolismo de la experiencia de muerte-renacimiento puede ser encontrado en muchas áreas del inconsciente colectivo, ya que en toda cultura se encuentra mitología correspondiente a este fenómeno. Grof en base a sus observaciones ejemplificaría estas experiencias de la siguiente forma:

La muerte del ego se puede experimentar con respecto a diversas divinidades destructivas (Moloc, Shiva, Huitzilopochtli, Kali o Coatlicue) o por plena identificación con Jesucristo, Osiris, Adonis, Dionisos u otros seres mitológicos sacrificados. La epifanía divina puede comprender una imagen completamente abstracta de Dios como fuente radiante de luz, o representaciones más o menos personificadas de distintas religiones. Igualmente comunes son las experiencias de encuentro o unión con las grandes maternidades divinas, tales como la Virgen María, Isis, Lakshmi, Parvati, Hera o Cibeles. (Grof, 2021, p. 149)

En lo que respecta a las zonas erógenas, esta matriz está asociada a todos los niveles del desarrollo libidinal alcanzando un estado de satisfacción inmediato, después de liberarse de las tensiones desagradables: saciar el hambre comiendo, vomitar, defecar, orinar, experimentar un orgasmo sexual y parir (Grof, 1999, 2005, 2021).

Los fenómenos que se dan en las sesiones psiquedélicas de naturaleza predominantemente perinatal pueden entenderse como resultado de una exteriorización, abreacción e integración sucesiva del contenido de las matrices perinatales negativas, (MPD II y III) y la conexión con las positivas (MPB I y IV). Cuando una matriz perinatal domina el campo experiencial su contenido determina no sólo las reacciones emocionales del sujeto, sus procesos de pensamiento y manifestaciones físicas, sino también su percepción del medio físico e interpersonal. (Grof, 2005, p. 95)

SINDROMES PSICOPATOLÓGICOS CORRESPONDIENTES

MPBI	MPBII	MPBIII	MPBIV
<p>Psicosis esquizofrénica (sintomatología paranoica, sensaciones de unión mística, encuentro con fuerzas metafísicas del mal); hipocondría (basada en sensaciones físicas extrañas y peculiares); alucinación histérica y confusión de los sueños con la realidad.</p>	<p>Psicosis esquizofrénica (elementos de tortura infernales, experiencia de un mundo «de cartón» carente de significado); severas depresiones «endógenas» reprimidas; sensaciones irracionales de inferioridad y culpabilidad; hipocondría (basada en dolorosas sensaciones físicas); alcoholismo y drogadicción, soriasis; úlceras del sistema digestivo.</p>	<p>Psicosis esquizofrénica (elementos sadomasoquistas y escatológicos, automutilación, conducta sexual anormal); depresión agitada, desviaciones sexuales (sadomasoquismo, homosexualidad masculina, consumo de orina y heces); neurosis obsesivo-compulsiva; asma psicogénico, tics y tartamudeo; histeria conversiva y angustiosa; frigidez e impotencia; neurastenia; neurosis traumática; neurosis orgánica; jaqueca; enuresis y encopresis.</p>	<p>Psicosis esquizofrénica (experiencias de muerte-renacimiento, ilusiones mesiánicas, elementos de destrucción y recreación del mundo, salvación y redención, identificación con Jesucristo); sintomatología maniaca; homosexualidad femenina; exhibicionismo.</p>

ACTIVIDADES CORRESPONDIENTES EN LAS ZONAS ERÓGENAS FREUDIANAS

<p>Satisfacción libidinosa en todas las zonas erógenas; sensaciones</p>	<p>Frustración oral (sed, hambre, estímulos dolorosos); retención de heces y/u orina;</p>	<p>Masticar y tragar comida; agresión oral y destrucción de algún objeto ; proceso de</p>	<p>Aplacamiento del hambre y la sed; placer de chupar; sensaciones</p>
---	---	---	--

libidinosas al balancearse y bañarse: aproximación parcial a esta condición después de obtener satisfacción oral, anal, uretral o genital, y después de dar a luz.	frustración sexual; experiencia de frío, dolor y tras sensaciones desagradables.	defecación y micción; agresión anal y uretral; orgasmo sexual; agresión fálica; parto, erotismo estatoacústico (sacudidas, movimientos gimnásticos, saltos de trampolín, paracaidismo.	libidinosas después de defecar, orinar, orgasmo sexual, o parto.
--	--	--	--

RECUERDOS ASOCIADOS DE LA VIDA POSNATAL

Situaciones de la vida posterior en las que las necesidades importantes, tales como momentos felices de la primera y segunda infancia (buena maternidad, juegos familiares, períodos de armonía con la familia, etcétera), amor correspondido y romances, han sido satisfechas; viajes o vacaciones por lugares hermosos de la naturaleza; contacto con creaciones artísticas de alto valor estético; baños en el océano y	Situaciones que ponen en peligro la supervivencia y la integridad del cuerpo (experiencias bélicas, accidentes, heridas, operaciones, enfermedades dolorosas, estar a punto de ahogarse, síntomas de asfixia, encarcelamiento, lavado de cerebro e interrogatorios ilegales, abuso físico, etc.); traumatizaciones psicológicas severas (privación emocional, rechazo, amenazas, ambiente	Batallas, luchas y actividades aventureras (ataques activos en batallas y revoluciones, experiencias del servicio militar, vuelos accidentados travesías marítimas tormentosas, desplazamientos arriesgados por carretera, boxeo); recuerdo eminentemente sensuales (carnavales, parques de atracción y discotecas, fiestas desenfrenadas, orgías sexuales, etc.); observaciones	Escape fortuito de situaciones peligrosas (fin de una guerra o revolución, sobrevivir a un accidente u operación); superación de graves obstáculos por el esfuerzo activo; episodios de lucha y duro esfuerzo que conducen a un notable éxito; escenas naturales (principio de la primavera, fin de la tempestad, la salida del sol, etcétera).
--	---	--	---

lagos transparentes, etcétera.	familiar opresivo, ridículo y humillación, etc.).	infantiles de actividades sexuales adultas; experiencias de seducción y violación; en las hembras: parto.	
FENOMENOLOGÍA EN SESIONES DE LSD			
<i>Impasible vida intrauterina.</i> Recuerdos realistas de las experiencias de un «buen útero»; éxtasis de tipo «oceánico», lo mejor de la naturaleza («la madre naturaleza»); experiencia de la unión cósmica; visiones del Cielos y el Paraíso. Trastornos de la vida intrauterina: recuerdos realistas de las experiencias de un «mal útero» (crisis fetales, enfermedades y trastornos emocionales de la madre, gemelos, intentos de aborto), amenaza universal; ideas paranoicas;	Alcance cósmico; inmenso sufrimiento físico y psicológico; situación insoportable e ineludible que no tiene fin; diversas imágenes del infierno; sensaciones de encarcelamiento y enjaulamiento (sin salida); culpabilidad agonizante y sensaciones de inferioridad; visión apocalíptica del mundo (el horror de la guerra y de los campos de concentración, terror de la inquisición; epidemias peligrosas; enfermedades; decrepitud y muerte, etc.); insignificancia y absurdidad de la	Intensificación del sufrimiento a dimensión cósmica; frontera entre el dolor y el placer; éxtasis de tipo «volcánico»; colores brillantes; explosiones y fuegos artificiales; orgías sadomasoquistas; asesinatos y sacrificios sangrientos, participación activa en batallas feroces; ambiente ligeramente aventurero y de exploraciones peligrosas; sensaciones sexuales orgásmicas intensas y escenas de harenes y carnavales; la experiencia de morir y renacer; religiones que incluyen	Enorme descomprensión; expansión del espacio; éxtasis de tipo «iluminativo», visiones de salas gigantescas; luz radiante y colores hermosos (azul celeste, dorado, arco iris, cola de pavo real); sensación de nacimiento y redención; apreciación de la vida sencilla; mejora sensorial; sentimientos fraternales; tendencias humanitarias y caritativas; ocasionalmente actividad maníaca y sensaciones grandiosas (transición

<p>sensaciones físicas desagradables («resacas», resfriados y espasmos leves, gusto desagradable, asco, sensación de ser envenenado); encuentro con entidades demoniacas y otras fuerzas metafísicas del mal</p>	<p>existencia humana; «el mundo de cartón» o ambiente de artefactos o artificialidad; colores oscuros y nefastos, y síntomas físicos desagradables (sensaciones de opresión y comprensión, tensión cardíaca, ataques de calor y de frío, sudor, dificultades respiratorias.</p>	<p>sacrificios sangrientos (azteca, pasión y muerte de Jesucristo, Dionisos, etc.); manifestaciones físicas intensas (presiones y dolores, asfixia, tensión muscular, temblores y contracciones, náuseas y vómitos, ataques de calor y de frío, sudor, tensión cardíaca, problemas de control del esfínter, ruido en los oídos).</p>	<p>a elementos de la MPB 1); las sensaciones agradables pueden ser interrumpidas por una <i>crisis umbilical</i>; dolor agudo en el ombligo, dificultades respiratorias, miedo de la muerte y de la castración, cambios corporales, pero sin ninguna presión externa.</p>
<i>FASES DEL EMBARAZO</i>			
			

Tabla 1. MATRICES PERITNATALES BÁSICAS

(Grof, 2021, pp. 126-128)

3.2.4 Experiencias transpersonales.

Como se ha descrito anteriormente, las experiencias perinatales suelen entremezclarse con secuencias de la historia, la mitología humana, seres arquetípicos, o la identificación con diversos animales. Estos elementos son propios del reino de lo transpersonal, un reino que se halla más allá de lo biográfico y lo perinatal, constituyendo

en la actualidad la región más controvertida de la moderna investigación sobre la consciencia. Son demasiadas las características inusuales de las experiencias transpersonales; a pesar de que ocurren durante el proceso de autoexploración individual profunda, no cabe interpretarlas como simples fenómenos intrapsíquicos en el sentido convencional (Grof, 1999, 2021).

Por una parte, forman un continuo experiencial con las experiencias biográficas y perinatales. Por otra, frecuentemente parecen tener acceso directo, sin la mediación de órganos sensoriales, a fuentes de información que están claramente fuera del alcance individual convencionalmente definido. Pueden incluir la experiencia consciente de otros seres humanos y de miembros de otras especies, de la vida vegetal, elementos de naturaleza inorgánica, reinos microscópicos y astronómicos inaccesibles sin ayuda de los sentidos, de la historia y de la prehistoria, el futuro, lugares remotos u otras dimensiones de la existencia. (Grof 2021, p. 151)

La fenomenología de las experiencias transpersonales manifiesta conexiones entre el individuo y el cosmos, que en la actualidad son aparentemente incomprensibles:

Lo único que podemos decir a ese respecto es que, en algún momento del proceso del desarrollo perinatal, parece darse un curioso salto cualitativo de estilo moebiano, a partir del cual la exploración del inconsciente individual se convierte en un proceso de aventuras experienciales en la amplitud del universo, comprendiendo lo que en el mejor de los casos podríamos describir como mente superconsciente. (Grof, 2021, p. 151)

Probablemente el denominador común de estas experiencias transpersonales, sea la sensación de que la consciencia se ha expandido más allá de lo imaginable. Grof (2005) describe esta cuestión de la siguiente manera:

El denominador común de este, por lo demás rico y ramificado, grupo de fenómenos es la sensación del sujeto de que su consciencia se ha expandido más allá de los límites habituales del ego y que ha trascendido las limitaciones del tiempo y espacio. En el estado de consciencia “normal” o habitual, nos

experimentamos a nosotros mismos existiendo dentro de los límites del cuerpo físico (la imagen corporal) y nuestra percepción del medio está restringida por una serie de exteroceptores físicamente determinados. Tanto nuestra percepción interna (interocepción) como la percepción del mundo externo (exterocepción) están confinados por los límites espaciales y temporales habituales. En circunstancias ordinarias experimentamos vívidamente tan solo nuestra situación presente y nuestro entorno inmediato; recordamos acontecimientos pasados y anticipamos el futuro o fantaseamos sobre él. (Grof, 2005, p. 96)

Las experiencias transpersonales desafían la creencia de que la conciencia humana se halla circunscrita al dominio de nuestros sentidos. La psicología tradicional adjudica que nuestra experiencia y actividad mental es la consecuencia directa de la capacidad del cerebro para clasificar, atribuir significado y almacenar información recogida por los sentidos; no obstante, los investigadores del paradigma transpersonal proporcionan evidencia consistente de la posibilidad de acceder a fuentes casi ilimitadas de información sobre el universo que no se hallen necesariamente circunscritas al entorno físico que nos rodea (Grof, 1999).

Muchas experiencias que pertenecen a esta categoría se interpretan por los sujetos como regresiones en el tiempo histórico y como exploraciones de su pasado biológico o espiritual [...] En ciertas ocasiones los sujetos [...] relatan experiencias en las que se identifican con diversos antepasados animales de la escala evolutiva, o tienen la profunda sensación de revivir episodios de su existencia en una reencarnación anterior. (Grof, 2021, pp. 152-153)

Explica Grof (2005) que la experiencia transpersonal en su forma más extrema parece ser la experimentación del vacío supracósmico, y metacósmico, la misteriosa vacuidad primordial y la nada que es consciente de sí misma y que contiene toda la existencia en su forma germinal. Este tipo de experiencias puede contrastar con lo que el físico David Bohm (2002) denominó “holomovimiento”; o el “Brahman” de los hinduistas, el Dharmakaya de los budistas, y el Tato de los taoístas (Capra, 2012). Desde una perspectiva neurofisiológica estas experiencias pueden ser concebidas por Pribram y Ramírez desde una mirada holográfica, el doctor e investigador mexicano Jacobo

Ginberg (1991) las denominaría “Lattice”, Jung las concebiría como “Pleroma” (Hoeller, 1990), etc...

El tipo de experiencias que son vivenciadas en estados holotrópicos de consciencia pueden sonar disparatadas para aquellas personas que no hayan aún concebido este campo experiencial, Capra (2012) haría alusión hacia esto, diciendo que las filosofías orientales saben con perfecta lucidez, que el principio fundamental de las cosas no puede ser entendido con el lenguaje ni con la razón. Por ello las filosofías de oriente favorecen la práctica de la meditación como una herramienta que te puede llevar a trascender lo sentidos a través de estados holotrópicos, y conectar con esa realidad espiritual y última para una mejor resolución de nuestra vida personal. Grinberg (1991) afirma que “esta carencia [de no concebir el ámbito transpersonal] depende de la incapacidad cerebral para codificar una organización energética que sobrepasa la complejidad neuronal” (p. 13).

Para finalizar con esta concepción de una cartografía “nueva” de la psique, Grof afirma lo siguiente:

Esta cartografía extendida del inconsciente es esencial para cualquier enfoque serio de fenómenos tales como los estados psicodélicos, el shamanismo, la religión, el misticismo, los ritos de paso, la mitología, la parapsicología y la esquizofrenia. El interés del tema [...] no es solamente académico; sus inferencias son profundas y revolucionarias para la comprensión de la psicopatología y ofrece nuevas posibilidades terapéuticas inimaginables por la psiquiatría tradicional. (Grof, 2021, p. 154)

A continuación, se muestran algunos dibujos de pacientes en sesiones con la técnica de la RH y LSD, en donde se puede apreciar el ámbito transpersonal, y la dinámica de las MPB:



Figura 2. Dibujo representativo del Universo Amniótico, en donde se experimenta un “buen útero” (MPBI)
(Grof, 2005, p. 95)



Figura 3. Dibujo representativo del Útero Oceánico, en donde se experimenta un “buen útero” (MPBI)
(Grof, 2005, p. 95)



Figura 4. Dibujo que representa la experiencia de un “mal útero” (MPBI)
(Grof, 2005, p. 96)



Figura 5. La hostilidad del útero se experimenta en forma de ataques de animales fieros (MPBI)
(Grof, 2005, p. 97)

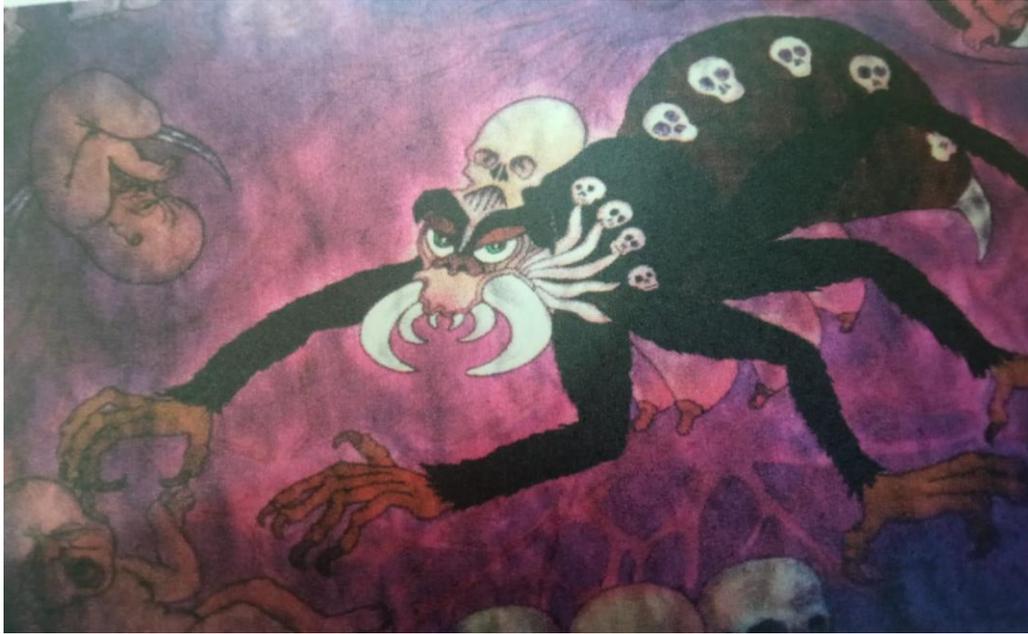


Figura 6. Dibujo que muestra una Madre-Araña sometiendo a los indefensos fetos a diabólicas torturas (MPBII)
(Grof, 2005, p. 98)



Figura 7. Dibujo que representa el proceso de muerte-renacimiento (transición de la MPBI a la MPBII), vivido como el hundimiento de un gigantesco remolino
(Grof, 2005, p. 99)



Figura 8. Una pintura que representa la experiencia combinada de dar a luz y de nacer en una sesión de respiración holotrópica (MPBIII) (Autora: Jean Perkins)
(Grof, 2005, p. 99)



Figura 9. Dibujo de Stanislav Grof tras una sesión con LSD que representa al mítico Ave Fénix (MPBIV)
(Grof, 2005, p. 101)



Figura 10. Dibujo de una sesión con RH; superando el miedo de la oscuridad y lo desconocido, y siguiendo a una guía, cada vez más hondo en el submundo
(Grof y Grof, 2011)



Figura 11. «Kundalini Madre» Identificación con un niño pequeño descansando en un portabebés en la espalda de una mujer con una vistosa prenda envuelta en un mato de estrellas

(Grof y Grof, 2011)

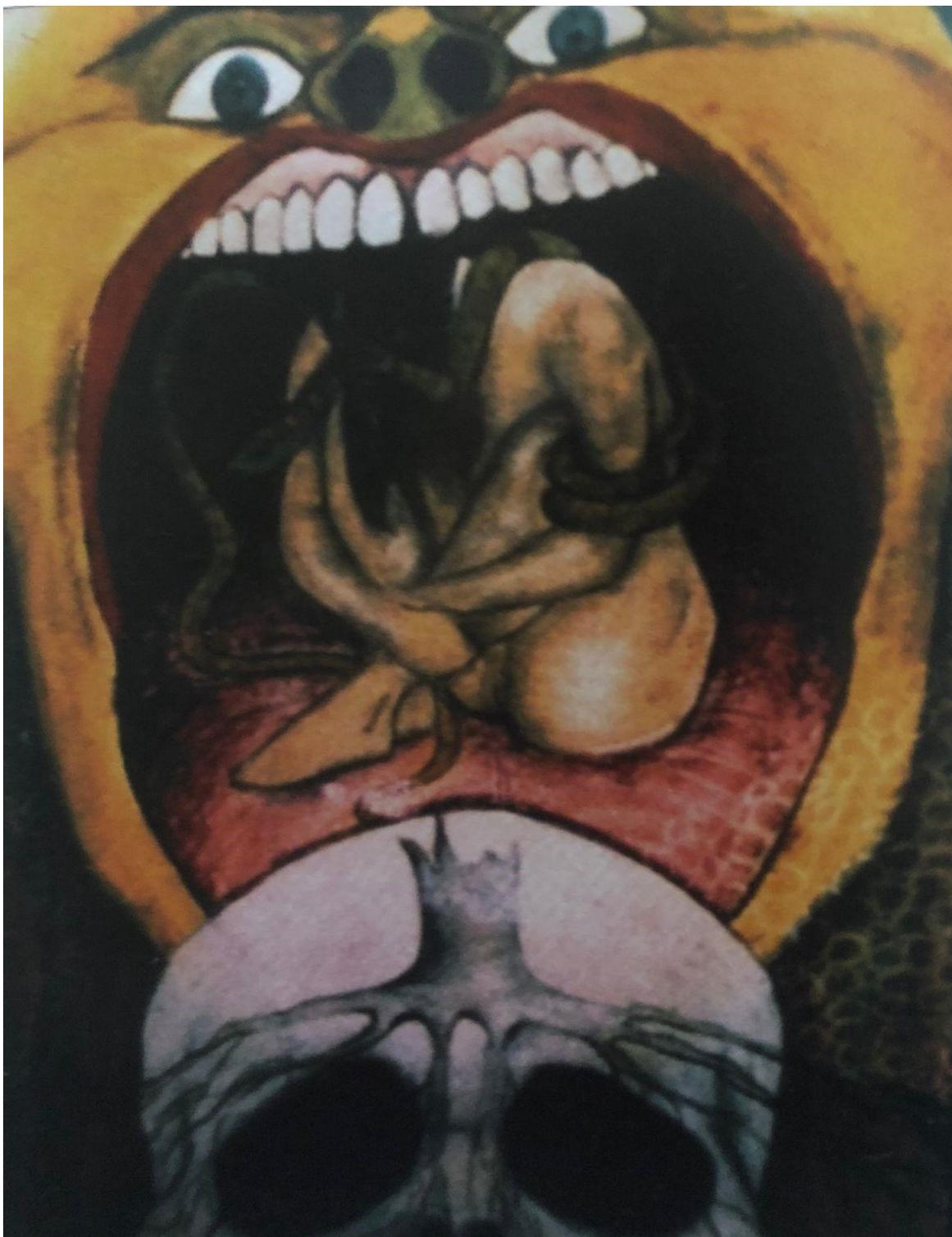


Figura 12. El inicio del proceso de muerte y renacimiento psicoespiritual experimentando como ser tragado por una grotesca figura arquetípica (MPBIII)
(Grof y Grof, 2011)

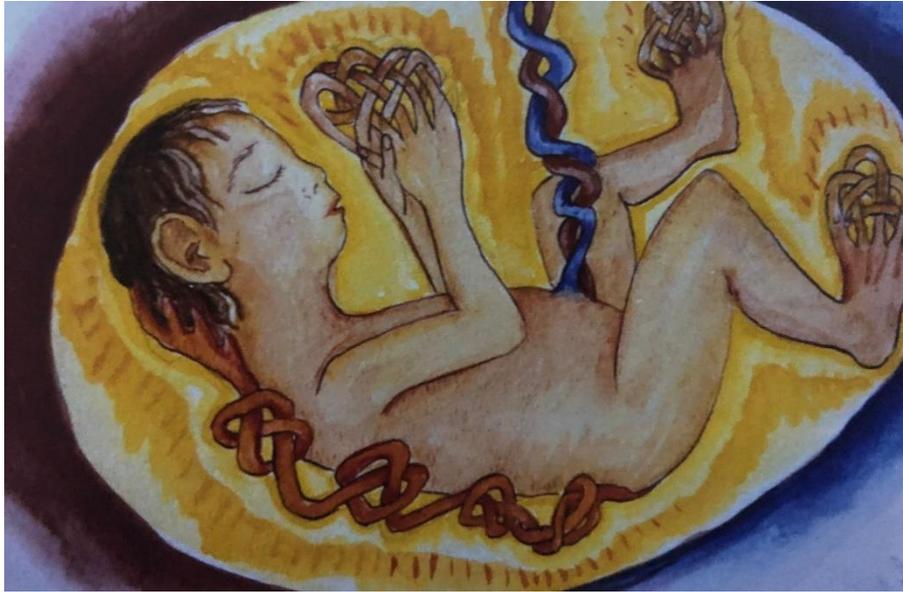


Figura 13. Vida intrauterina tranquila (MPB I). El entrelazamiento y la interconexión de los dedos de las manos y de los pies representan la experiencia de la imagen corporal fetal que es distinta de la de un adulto
(Grof y Grof, 2011)

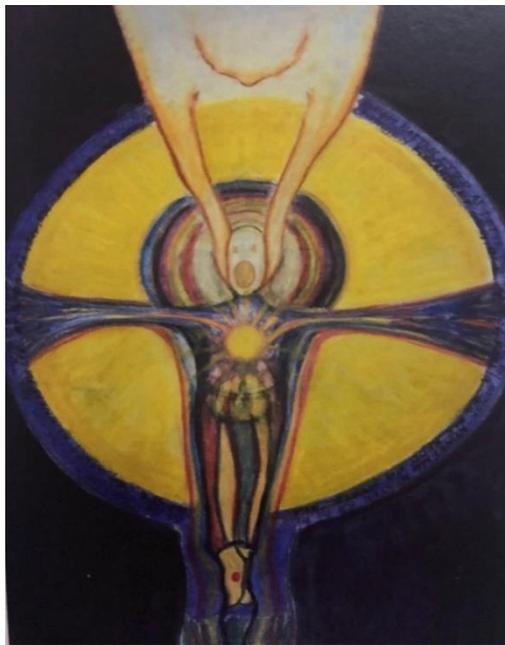


Figura 14. Visión de la crucifixión en la fase final del proceso de nacimiento. (transición de la MPB III a la MPB IV)
(Grof y Grof, 2011)



Figure 15. La Gran Diosa Madre, personificación de la energía divina que es fuente de toda creación

(Grof y Grof, 2011)

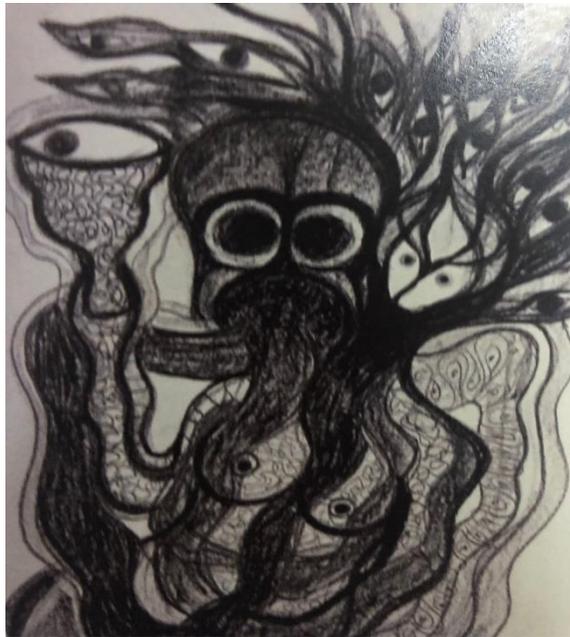


Figura 16. «Codicia» Personificación de codicia insaciable, una poderosa fuerza gobernadora de la vida humana y de la historia

(Grof y Grof, 2011)



**Figura 17. «Cabalgando por el aire» Experiencia que sigue a una crisis:
«sentimientos de ser como un bebé en brazos de la Gran Madre del Vacío,
completamente segura y amada por lo que soy y cabalgando con ella a través del
aire hacia la eternidad»**

(Grof y Grof, 2011)

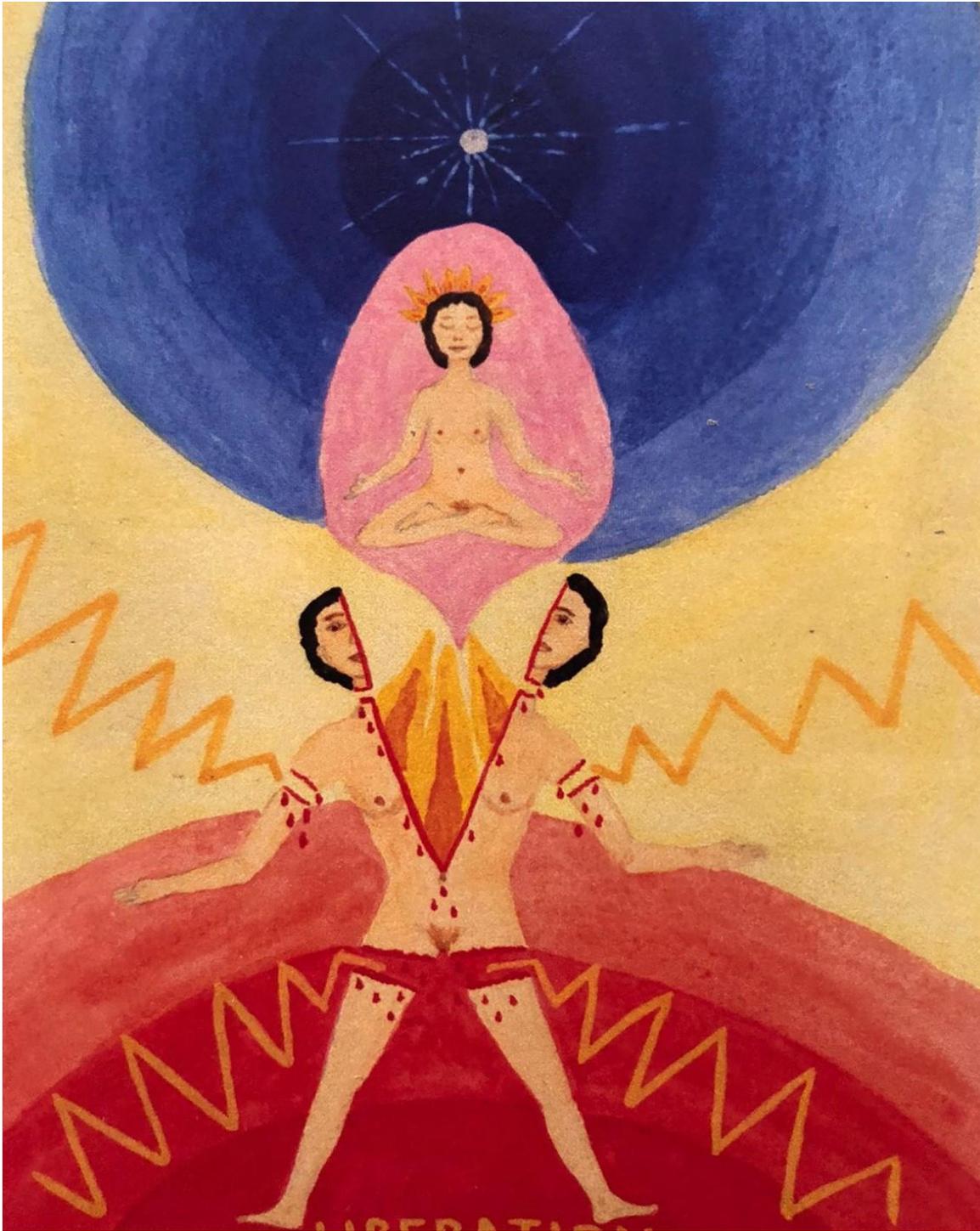


Figura 17. Experiencia de muerte y renacimiento psicoespiritual. La estructura de la antigua personalidad se ha desmoronado; de ella surge un nuevo sí mismo (o Sí Mismo), conectado con el ámbito espiritual

(Grof y Grof, 2011)

IV. Principales enfermedades mentales

4.1 Panorama de la salud mental (los trastornos más comunes)

Teniendo en cuenta el capítulo anterior, se puede establecer que el uso de la Respiración Holotrópica conecta con aspectos de nuestro inconsciente, y que una buena integración de esta experiencia podría generar un impacto terapéutico positivo en el tratamiento de múltiples enfermedades mentales. Esta técnica no se especifica en cuanto al tratado de un único trastorno, Grof (1999, 2021. Grof y Grof, 2011) describe que puede ser funcional para la solución de una amplia gama de ellos; no obstante,, en esta investigación sólo se dispondrá del impacto que esta puede generar para con los principales trastornos mentales que más incidencia tienen en la sociedad (Depresión, Ansiedad, y abuso de sustancias).

Según la OMS en el 2019, “una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental” (OMS, 2022, párr. 2).

Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. (OMS, 2022, párr. 2)

De igual forma los trastornos por abuso de sustancias entran dentro de los primeros tres trastornos con mayor incidencia en el mundo (INCYTU, 2018). A continuación, se muestra una tabla y una gráfica diferentes, las cuales muestran la incidencia y el porcentaje de los trastornos más comunes a nivel mundial, en donde sobresalen los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, y los trastornos en el abuso de sustancias como los de mayor repercusión dentro de la sociedad mundial:

Trastorno	Características clínicas	Prevalencia mundial estimada
Trastornos de ansiedad (incluye fobias)	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias, están asociados con la exposición a un detonante específico.	~28%
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y pensamiento lento.	~17%
Dependencia y abuso de sustancias (incluye alcoholismo y tabaquismo)	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	~5-20%
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad	Niveles de actividad y desatención excesivos. La hiperactividad, añade inquietud física.	~8%
Trastorno bipolar	Fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Tiene dos fases: una eufórica y alegre y otra triste y depresiva.	~2%
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos recurrentes e intrusivos; comportamientos repetitivos intencionales sobre los que el individuo no tiene control y que él mismo reconoce como excesivos o irrazonables.	~1.6%
Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento; además hay apatía, ausencia de motivación y aislamiento social.	~1%
Trastornos alimenticios	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito provocado, etc.).	~1%
Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	~0.8%

Tabla 2. Características y prevalencia de los trastornos mentales más comunes a nivel mundial.
(INCYTU, 2018, p. 2)

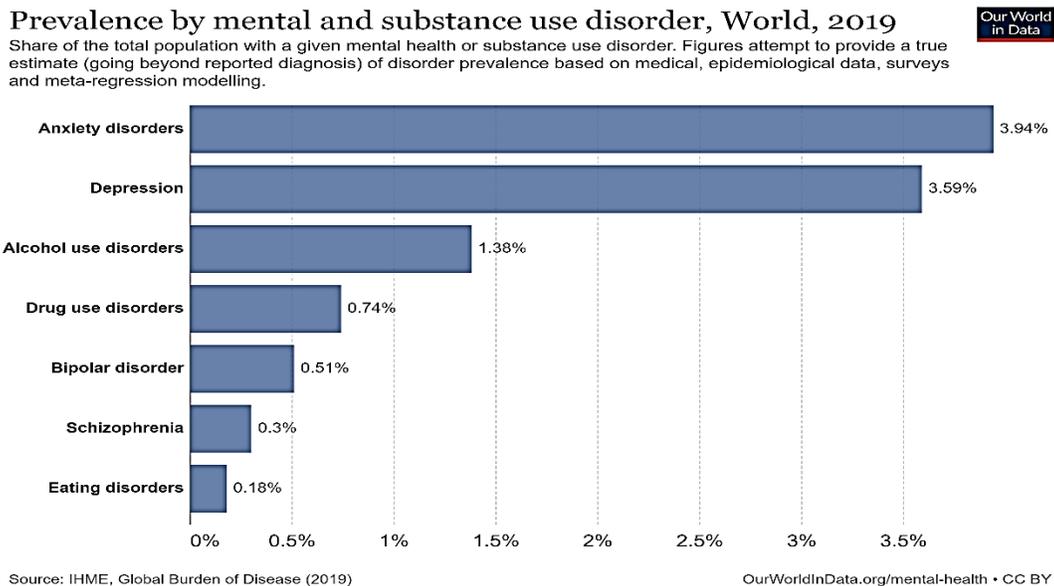


Figura 18. Prevalencia de los trastornos mentales y por consumo de sustancia.
(Aparicio, 2018)

En la mayoría de los casos, una vez que se presentan, los trastornos mentales se vuelven crónicos, aunque con la atención adecuada pueden ser tratados y manejados eficazmente. En México la situación no cambia tanto, ya que de igual forma la depresión, la ansiedad, y el abuso de sustancias son los trastornos más comunes en el país:

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos. (INCYTU, 2018, p. 3)

De igual forma:

Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones autoinfligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones. (INCYTU, 2018, p. 3)

Trastorno mental	Prevalencia	Edad de inicio (mediana)
Fobia específica	7.0 %	9
Dependencia al alcohol	3.4 %	29
Depresión	7.2 %	45
Fobia social	2.9 %	15
Trastorno de estrés postraumático	1.5 %	31
Agorafobia*1	1.0 %	21
Consumo perjudicial de alcohol	7.6 %	28
Trastorno de pánico	1.0 %	31
Trastorno negativista desafiante*2	2.7 %	11

Tabla 3. Trastornos mentales más comunes en México y su edad aproximada de inicio

(INCYTU, 2018, p. 3)

Al ser estos tres trastornos los más comunes en nuestra sociedad, la presente investigación ponderara el uso de la RH y su efectividad psicoterapéutica en los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, y los trastornos en el abuso de sustancias.

4.2 Trastorno de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad (TA) se han establecido como la problemática psicológica y psiquiátrica más prevalente en la actualidad y más frecuente a lo largo de nuestras vidas. Cabe la distinción entre una ansiedad normal y una patológica, ya que la ansiedad normal, “sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, y tiene un papel tan esencial como el dolor como instrumento de supervivencia” (González, 2007, párr. 4).

Además:

la ansiedad no excesiva es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento. En términos generales, la ansiedad normal es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal; en cambio, la ansiedad patológica es desproporcionada con la situación, o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, se vivencia más corporalmente, compromete el funcionamiento del individuo y lo impulsa frecuentemente a pedir ayuda médica. (González, 2007, párr. 4)

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Más ligera	Más profunda, recurrente o persistente
Función adaptativa	Deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico
Menos corporal	Más somatizada
Surge dentro del ámbito personal de la libertad	Implica reducción de la libertad

Tabla 4. Ansiedad normal y ansiedad patológica

(González, 2007)

El concepto de ansiedad puede ser definido como:

la anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, agitación, preocupación e hipervigilancia. Se ha conceptualizado a la ansiedad como un mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar un daño. Desde el punto de vista evolutivo se le considera una conducta adaptativa, ya que promueve la supervivencia induciendo al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares con un peligro potencial. (Macías, Pérez, López, Beltrán y Morgado, 2019, párr. 3)

Barnhill la define de la siguiente forma;

La ansiedad es una sensación de nerviosismo, preocupación o malestar que forma parte de la experiencia humana normal. También está presente en una amplia gama de trastornos psiquiátricos, incluidos el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de angustia y las fobias. Si bien cada uno de estos trastornos es diferente, todos presentan una aflicción y una disfunción específicamente relacionadas con la ansiedad y el miedo. (Barnhill, 2020, párr. 1)

Menciona Macías et al. (2019) que la ansiedad puede transformarse en un trastorno mental, cuando esta conducta surge frecuentemente como una respuesta anticipatoria involuntaria e intensa ante una amenaza potencial, ya sea real o supuesta, además, la respuesta en los trastornos de ansiedad es persistente e incontrolable, mermando la calidad de vida del individuo.

En la actualidad la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha revelado que los trastornos de ansiedad son el segundo trastorno mental más incapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. (Chacón, Xatruch, Fernández y Murillo, 2021). En el 2019, 301 millones de persona sufrían un trastorno de ansiedad a nivel mundial; de esta cifra, 51 millones eran niños y adolescentes, ([OMS]. 2022). “En México son los trastornos psiquiátricos más frecuentes a lo largo de la vida, 14.3%” (Martínez y López, 2011, p. 101).

Martínez y López (2011) mencionan que:

Estos padecimientos afectan grandemente el desempeño laboral, académico y social, consumen muchos recursos de salud y son un factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. Cuando se presentan como comorbilidad de la depresión mayor, el abuso de sustancias, los trastornos alimentarios y los trastornos severos de la personalidad, se convierten en el principal obstáculo para tratar esas enfermedades. (p. 101)

Los trastornos de ansiedad, “son prevalentes con estimaciones globales que van del 3,8% al 25% en todos los países, con tasas de prevalencia de hasta el 70% en personas con enfermedades crónicas” (Chacón et al., 2021). En México los estudios muestran que existe una mayor prevalencia entre los 15 y los 45 años de edad, con una proporción mayor en las mujeres (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

Martínez y López (2011) refieren que la base neurológica de los trastornos de ansiedad se encuentra en:

En el caso de los trastornos de ansiedad ya está bien establecido que su base neurobiológica está en las alteraciones del circuito cerebral del miedo, quizás el circuito emocional más estudiado desde Pavlov, ahora con imágenes cerebrales de resonancia magnética funcional y PET. Estas alteraciones son:

1. Aumento en la respuesta de la amígdala a los estímulos de miedo.
2. Disminución de la capacidad de la corteza prefrontal ventral para disminuir la respuesta de miedo antes de que se extinga junto con disminución de la conectividad con el hipocampo. (p. 102)

Por su parte, Macías et al. (2019) argumentan que: “Actualmente se considera que anomalías en el funcionamiento de núcleos cerebrales como la amígdala, el hipocampo, la corteza prefrontal, el hipotálamo y el tronco encefálico son los encargados de la generación y modulación de los TA” (párr. 8).

Si bien, ya es sabido que los trastornos caracterizados por la presencia de la ansiedad como síntoma predominante se conocen desde la antigüedad, hay que constatar que el primero en agruparlos en categorías diagnósticas específicas fue Freud. (González, 2007). “En 1894 él describió la neurosis de angustia, que constituye la expresión más simple del trastorno neurótico, en el que el supuesto conflicto no se encuentra disfrazado, desplazado o simbolizado” (González, 2007, párr. 6).

Tradicionalmente la neurosis de ansiedad comprende tanto los síntomas de ansiedad persistentes, como los casos caracterizados por la aparición de ataques inesperados y súbitos de angustia. Esta afirmación del carácter unitario de los síndromes de angustia, junto con el planteamiento psicodinámico, se ha mantenido en términos generales hasta la pasada década. (González, 2007, párr. 7)

Para establecer los niveles de ansiedad de los individuos, tanto psicólogos, como médicos generales y psiquiatras se basan regularmente en criterios clínicos consensuados, de esta forma, las organizaciones de salud pública y la comunidad científica determinan la prevalencia en cada país y a nivel mundial (Macías et al., 2019). Las clasificaciones de estos criterios más utilizadas son el DMS-V la cual corresponde a la Asociación de Psiquiatras Americanos y la ICD-10 utilizada por la OMS (Chacón et al., 2021).

En base a los criterios del DSM-V, los TA “... en general producen una intensa angustia y miedo, acompañada de opresión en el pecho y un deterioro significativo del funcionamiento, niveles crecientes de preocupación y tensión por alguna situación temida” (Macías, 2019).

DMS-V
Trastorno de ansiedad por separación
Mutismo selectivo
Trastorno de Pánico
Agorafobia
Fobia Especifica
Trastorno de Ansiedad Social
Trastorno por Ansiedad Generalizada
Trastorno de Ansiedad inducida por sustancias
Trastorno de Ansiedad atribuibles a condiciones medicas
Otros Trastorno Especifico de Ansiedad
Trastorno de Ansiedad No Especifica

Tabla 5. Trastornos de ansiedad DSM-V

(Chacón et al., 2021, p. 26)

ICD-10
Trastornos de Ansiedad
Trastorno Generalizado de Ansiedad
Trastorno de Pánico
Trastorno de Ansiedad Fóbica
Agorafobia
Fobia Social
Fobias Especificas
Trastorno Obsesivo-Compulsivo
Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación

Tabla 6. Trastornos de Ansiedad CIE-10

(Chacón et al., 2021, p. 26)

A continuación, se muestra una breve descripción por Macías et al. (2019) de la sintomatología de los diferentes trastornos de ansiedad enmarcado en el DSM-5:

1. TA por separación: Se caracteriza por la presencia de miedo excesivo y poco adecuado para la etapa del desarrollo en relación con la separación de las figuras

de apego. Para cumplir con el umbral de diagnóstico se debe mantener la sintomatología durante 4 semanas en niños y adolescentes y 6 meses en adultos. Las características recurrentes son angustia al anticipar o experimentar la separación, preocupación persistente, reticencia a cambiar de entorno, miedo a estar solo. (párr. 11)

2. Mutismo selectivo: Se presenta en individuos, principalmente niños, que no hablan en ciertas situaciones sociales donde se espera que hablen, aunque sean capaces de hablar en otras situaciones. Se relaciona con ansiedad social y excesiva timidez. No se relaciona con déficits lingüísticos o intelectuales. Para su diagnóstico los síntomas deben estar presentes al menos un mes, excluyendo el primer mes de escuela en niños. (párr. 12)

3. Fobia específica (a los animales, entorno natural, sangre, etc.): Miedo excesivo a objetos o situaciones, desproporcionados al peligro real. El diagnóstico de este trastorno se considera cuando la duración es de al menos 6 meses. Las principales fobias son a animales (arañas, insectos, perros, etc.), a ambientes naturales (alturas, agua, tormentas), agujas, sangre y algunas situaciones como ascensores y aviones. (párr. 13)

4. TA social: Conocido también como fobia social, se caracteriza por presentar temor en situaciones sociales basadas principalmente en el escrutinio o evaluación por otros del desempeño del individuo, por ejemplo, grupos de personas en público, miedo a fallar y ser juzgado. (párr. 14)

5. Trastorno de pánico: Son episodios repentinos de pánico con miedo e incomodidad intensa, que alcanzan un pico en pocos minutos y se asocia a síntomas somáticos como sudoración, temblor, falta de aliento, sensación de ahogo, palpitaciones. (párr. 15)

6. Agorafobia: Se asocia con el trastorno de pánico, se da principalmente en lugares cerrados como cines, mercados, transporte público. (párr. 16)

7. TA generalizada: Es el desorden de ansiedad más común en adultos. Se diagnóstica en casos de excesiva preocupación relacionada con eventos o con la actividad cotidiana durante la mayoría de los días en un periodo de seis meses. Se asocia con una inquietud constante, fatiga, dificultad para concentrarse, tensión muscular, interrupción o sueño insatisfecho. En promedio el inicio de este desorden es alrededor de los 30 años. (párr. 17)

8. TA inducido por sustancias/medicamentos: Ansiedad o ataques de pánico durante o después de consumo de sustancias o el retiro de éstas, o durante la exposición a algún medicamento. Algunas sustancias son la cafeína, cannabis, cocaína, anfetaminas, corticosteroides y hormonas tiroideas, entre otros estimulantes. (párr. 18)

9. TA debido a otra afección médica: Es una consecuencia fisiopatológica directa a causa de otra condición médica, como por ejemplo patologías del sistema endocrino (hipertiroidismo) y metabólico (deficiencia de vitamina B12). (párr. 19)

10. TA especificados: Periodos de ansiedad o angustia que no son persistentes en la persona. Se presentan síntomas significativos, pero no se cumple con los criterios diagnósticos, se especifica el motivo por el que no cumple con los criterios. (párr. 20)

11. TA no especificados: Síntomas característicos de los TA. Se presentan síntomas significativos, pero no se cumple con todos los criterios diagnósticos, no se especifica el motivo por el que no cumple con los criterios. (párr. 21)

La ansiedad puede generarse de formar imprevista, como en el caso de la angustia, o gradual, en el transcurso de minutos, horas o días. La duración de la ansiedad es muy variable, de pocos segundos hasta varios años. También varía en intensidad, desde una molestia apenas reconocible hasta una verdadera crisis de angustia, durante la cual la persona puede experimentar sensación de ahogo o de falta de aire, mareos, aumento de la frecuencia cardíaca y temblores (Barnhill, 2020).

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero según Barnhil (2021), pueden estar implicados los siguientes factores:

- Factores genéticos (incluidos antecedentes familiares de trastorno por ansiedad)
- Factores ambientales y del entorno (como el hecho de experimentar estrés o un acontecimiento traumático)
- Perfil psicológico
- Estado físico

Ante esto, Macías et al. (2019) argumentan que:

Los factores de riesgo para los TA son múltiples, por lo que es importante realizar una historia clínica del paciente para dar un diagnóstico y con ello determinar un tratamiento. Dentro de los factores de riesgo podemos encontrar a los antecedentes heredofamiliares de ansiedad, experiencias adversas en la infancia (abuso físico o sexual, separación de los padres y maltrato emocional), factores estresantes de la vida (problemas financieros, problemas de pareja) y el uso de sustancias (alcohol y cigarro), entre otros. (párr. 25)

De igual forma comentarían que:

existen otros trastornos psiquiátricos que pueden enmascarar la ansiedad, por lo que es importante abordar cada una de las comorbilidades y el uso de tratamientos asociados. La clasificación de los TA se hace más compleja en la práctica clínica y en la investigación, ya que es común encontrar la coexistencia de dos o más afecciones diagnosticables en un mismo paciente. (Macías et al., 2019, párr. 26)

No todos los sujetos tienen los mismos síntomas, ni estos la misma intensidad en todos los casos. “Cada persona, según su predisposición biológica y/o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos solo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad” (González, 2007, párr. 38)

En cuanto al tratamiento de los trastornos de ansiedad, “Los profesionales de la salud contamos con recursos farmacológicos y no farmacológicos, para abordar esta problemática con resultados respaldados científicamente, para esto debe de realizarse una evaluación al paciente que permita determinar el tipo de TA” (Chacón et al., 2021, p. 30). “Las intervenciones terapéuticas de los TA tienen como objetivo reducir los síntomas de miedo y angustia de los TA, disminuyéndolos hasta en un 40% (Macías et al., 2019, párr. 29)

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, “usualmente se brindas tratamiento con antidepresivos y Benzodicepinas (BZD). Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo” (Chacón et al., 2021, p. 30).

La mayoría de antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico, el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores postsinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor. Todo paciente debe de ser informado del inicio de su tratamiento, así como posible sintomatología ansiosa al inicio del tratamiento, posibles efectos adversos, riesgos por discontinuidad y suspensión brusca del mismo. (Chacón et al., 2021, p. 31)

Clasificación de las Benzodiazepinas según semivida	
Acción Larga	1-Diazepam 2-Clonazepam 3-Flurazepan
Acción intermedia	1-Lorazepam 2-Alprazolam 3-Lormetazepam
Acción Corta	1-Bentazepam 2-Bromazepam 3-Midazolam

Tabla. 7 Benzodiazepinas según semivida de eliminación

(Chacón et al., 2021, p. 32)

El uso de la terapia farmacológica, si no es manejado correctamente, puede ser contraproducente:

El uso de benzodiazepinas puede provocar tolerancia y dependencia, los tratamientos a largo plazo, dosis elevadas, vida media, y potencial ansiolítico deben de ser tomados en cuenta en la elección del tratamiento, así como la interrupción de BZD, por parte del médico tratante en conjunto con el paciente.(20) El riesgo de dependencia a las BZD puede llevar a un Síndrome de abstinencia; que abarca desde nuevos síntomas de insomnio, ansiedad, pérdida del apetito, hiperreflexia, sudoración, temblores hasta convulsiones. Las Recaídas conlleva a la aparición de la clínica inicial al inicio del tratamiento y los síndromes por rebote son síntomas previos al tratamiento, pero más intensos. (Chacón et al., 2021, p. 33)

Ahora bien, en cuanto al uso de terapias No-farmacológicas, “La terapia cognitivo conductual (TCC) y las terapias psicodinámicas se considera tratamientos de primera línea en los TA” (Chacón et al., 2021, p. 33).

La mayoría de los pacientes con TA requieren psicoeducación que incluye información sobre la fisiología de los síntomas y los tratamientos. La terapia

cognitivo- conductual es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, es orientada a objetivos y basada en habilidades que reducen los sesgos impulsados por la ansiedad para interpretar estímulos ambiguos como amenaza, reemplazo de evitación y búsqueda de comportamientos de seguridad. (Macías et al., 2019, párr. 30)

Según un estudio por Ströhle (Citado en Chacón et al. 2021, p. 34):

La terapia cognitivo conductual (TCC) es la terapia que posee evidencia respaldada para los TA y una de las más recomendadas, se ha descubierto que tienen un efecto moderadamente fuerte contra todos los tipos TA en comparación con un fármaco placebo y con la farmacoterapia, sin embargo el tiempo de acción en mejoría clínica es lento, en comparación con el tratamiento farmacológico, pese a lo cual mejoran la calidad de vida y disminuye las recaídas. (Chacón et al., 2021, p. 34)

En cuanto a las terapias psicodinámicas, estas:

tienen su origen en el psicoanálisis, la motivación inconsciente en nuestra conducta, el manejo de mecanismos de defensa como estrategias para modular la ansiedad, angustia o miedos. Se incluyen la psicoterapia familiar breve, la terapia interpersonal y la terapia cognitivo analítica. Estas técnicas son menos utilizadas, según los estudios se prefiere la TCC para los TA, por su efectividad. (Chacón et al., 2021, p. 34)

En la actualidad no existen criterios específicos para identificar de forma clara los TA, sigue siendo complejo para los especialistas dar un diagnóstico certero, dada la similitud de características clínicas y comorbilidades (Macías et al., 2019). Sin lugar a dudas resulta fundamental e importante conocer nuevas alternativas que puedan beneficiar y ayudar a solventar estos trastornos, ya que, al ser los segundos en generar discapacidad, se hace urgente esta necesidad. La técnica de la Respiración Holotrópica podría ser una de las variadas alternativas “nuevas” con un potencial terapéutico único para con esta afección.

4.3 Trastorno de Depresivo

El trastorno depresivo se encuentra dentro de los principales problemas de salud mental, la variedad que presenta y las dificultades que el psiquiatra experimenta a veces en su labor diagnóstica, hace que sea necesario precisar su concepto, pues en la actualidad existe un uso y un abuso exagerado de la palabra depresión. Navas y Vargas (2012) describen que el término depresión tiene su génesis en la cultura griega, “cuando Hipócrates desarrolló su teoría de los 4 humores, entre los cuales se encontraba la “bilis negra” o en griego, melancolía. Este estado se refería a la falta de energía, al constante malestar y tristeza” (p. 21).

Para la Organización Mundial de la Salud, la depresión podría definirse como:

un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base, como el cáncer, enfermedad cerebro vascular, infartos agudos al miocardio, diabetes, VIH, enfermedad de Parkinson, trastornos alimenticios y abuso de sustancias. (Citado en Corea, 2021, p. 46)

Por su parte Zarragoitía (2011) define a la depresión de la siguiente manera:

La depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Cosas que eran fáciles y agradables, como pasar un tiempo con la familia y los amigos, leer un buen libro, ir al cine o a la playa, en este estado toman más esfuerzos y a veces son casi imposibles de realizar. Comer, dormir y hacer las relaciones sexuales, pueden llegar a ser un verdadero problema. (p. 6)

La Agencia de Tecnologías Sanitarias de Galicia [Avallia-t] (2014), la conceptualiza como:

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (Avallia-t, 2014, p. 35)

De la misma forma, el DSM-V enmarca a la depresión como, “un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular” (Citado en Corea, 2021, p. 46). También se sabe, que Freud desde el psicoanálisis ya proponía una conceptualización para la depresión en su famoso escrito “Duelo y melancolía”, la cual podría entenderse como:

Una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y rebaja en el sentimiento de sí, se exterioriza en auto reproches y auto denigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. (Citado en Corea, 2021, p. 47)

A pesar de los años y del estudio que se les ha dado a los trastornos depresivos, estos no han dejado de proliferarse; “La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado la depresión como el principal factor que contribuye a la discapacidad mundial (más del 7,5% de todos los años vividos con discapacidad en el 2015)” ([OPS], 2017, p. 5). Para el año del 2019, “280 millones de personas padecían depresión, entre ellos 23 millones de niños y adolescentes” ([OMS], 2022, párr. 4)

La depresión es más común en las mujeres (5,1%) que en los hombres (3,6%) ([OPS], 2017, p. 8). En México, los reportes revelan que 9,2% de la población en general ha padecido de por lo menos un episodio depresivo, y que una de cada cinco personas sufrirá uno antes de llegar a los 75 años de edad (Wagner, González, Sánchez, García, Gallo, 2012).

El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, la colocan incluso sobre varias enfermedades crónico-degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide, también sobre la pérdida de la audición relacionada con el envejecimiento y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, solamente sobrepasada por lumbalgias y las cefaleas. (Corea, 2021, p. 49)

A continuación, se muestran dos gráficas en donde se enmarca la prevalencia de la depresión en cuanto a la región, edad y sexo a nivel global:

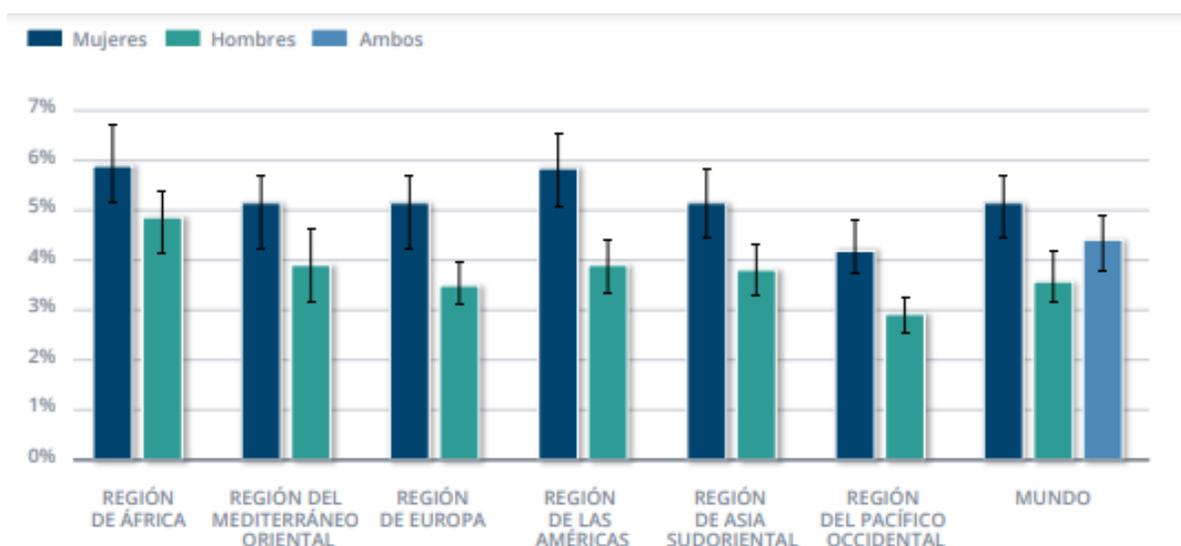


Figura 19. Prevalencia de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por región de la OMS

([OPS], 2017, p. 9)

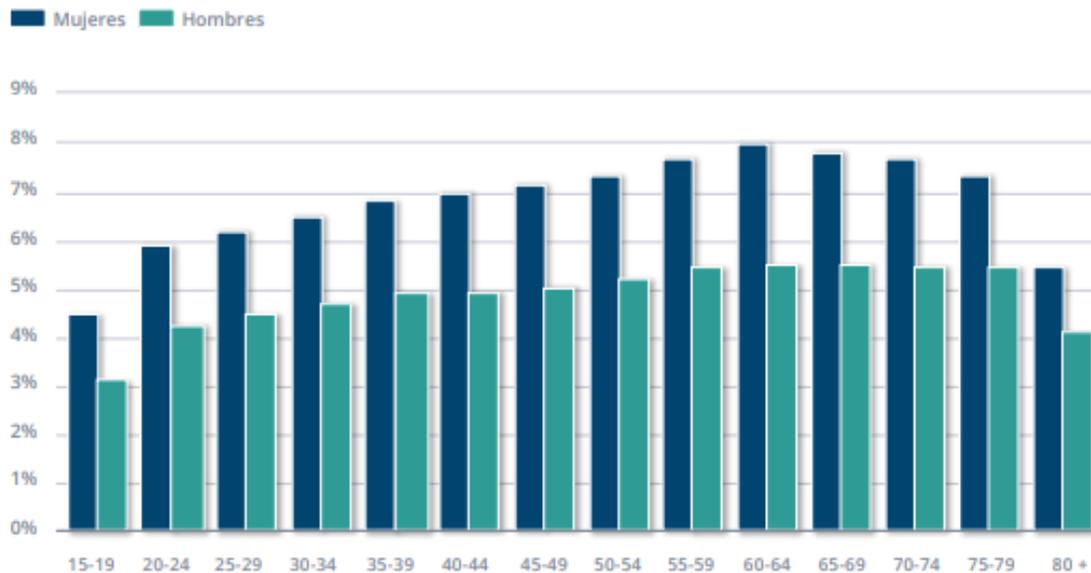


Figura 20. Prevalencia mundial de los trastornos depresivos (porcentaje de la población), por edad y sexo
 ([OPS], 2017, p. 9)

En cuanto a los adolescentes y niños, la depresión afecta alrededor del 2.8% de los niños menores de 13 años y al 5.6% de los adolescentes entre los 13 y 18 años; “La mayoría de los estudios coinciden que alrededor del 1% al 2% de los niños pre-púberes y cerca del 5% de los adolescentes sufren de depresión clínicamente significativa en algún momento” (Corea, 2021, p. 48). En los adultos mayores, la depresión puede considerarse como la patología de mayor prevalencia, “Los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 10 y el 20% de los hospitalizados, del 15 al 30% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades o comorbilidades” (Corea, 2021, p. 48).

Si esta afección no es considerada y tratada como se debe, el suicidio será la causa de mayor impacto que pueda acarrear. Se estima que 800 mil personas se suicidan anualmente, y los jóvenes entre 15 y 29 años son los más afectados (Morales 2017).

El suicidio es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. La conducta suicida es resultado de la interrelación de factores psicopatológicos

(depresión, psicosis, drogas), sociales (aislamiento, situación laboral), biológicos (heredabilidad del 50%, hipofunción serotoninérgica) y ambientales (sucesos estresantes, situaciones de maltrato). (Baca y Aroca, 2014, párr. 1)

Además:

La comorbilidad depresión-ansiedad es un factor de riesgo para la conducta suicida más importante que estas condiciones por separado u otros diagnósticos, esta asociación confiere mayor riesgo que otros factores como la historia familiar de conducta suicida, el no tener hijos o la edad menor a 35 años. Los clínicos deben prestar atención a pacientes con depresión y ansiedad comórbidas en presencia de factores de riesgo para la conducta suicida. (Baca y Aroca, 2014, párr. 4)

En la actualidad, tanto el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, (DSM-V) de la Asociación Americana de Psiquiatría, como la Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifican los episodios depresivos en relación con su gravedad, con la suma de síntomas y con el tiempo de duración del cuadro, descartando formas cualitativamente diferentes en los trastornos depresivos (Navas y Vargas, 2012).

Estas clasificaciones han hecho posible que no se pueda concebir un solo trastorno depresivo, sino varios, y que estos estén sujetos a las diferentes sintomatologías externadas por los sujetos. Peralta y Cuesta (2002) dirían entonces que “Los trastornos depresivos constituyen un grupo de trastornos mentales habitualmente caracterizados por un conjunto coherente de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipoactividad)” (p. 8)

Por su parte, la OPS (2017) los caracterizarían como:

Los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración. La depresión puede ser

duradera o recurrente, de modo que deteriora sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar su trabajo o rendir en sus estudios, o de hacer frente a su vida cotidiana. (p. 7)

Dentro del DSM-V, los trastornos depresivos están integrados dentro de los trastornos del estado de ánimo, se pueden conceptualizar 7 tipificaciones de ellos, los cuales pueden ser descritos por Morrison (2015) de la siguiente manera:

Trastorno depresivo mayor. Estas personas no han cursado con episodios maníacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único. (p. 109)

Trastorno depresivo persistente (distimia). No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (no obstante, ahora se incluye bajo este rubro a la depresión mayor crónica. (p. 109)

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas. (p. 109)

Trastorno disfórico premenstrual. Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad. (p. 109)

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados. (p. 109)

Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados. (p. 109)

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente. (p. 109)

A continuación, se muestran dos tablas de los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo según el CIE-10 y el DSM-V:

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
C. Síndrome somático: algunos de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ul style="list-style-type: none">– Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras– Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta– Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual– Empeoramiento matutino del humor depresivo– Presencia de enlentecimiento motor o agitación– Pérdida marcada del apetito– Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes– Notable disminución del interés sexual

Tabla 8. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

([Avallia- t], 2014, p. 39)

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.

(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.

(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)

(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Tabla 9. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según el DSM-V

([Avallia- t], 2014, pp. 40-41)

La depresión se considera un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el

momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existentes entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla; “Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares y genéticos” ([Avallia-t], 2014, p. 36).

Desde las neurociencias, la génesis de la depresión puede ser entendida como:

En la génesis de la depresión participan factores biológicos, que incluyen disfunción de los circuitos de noradrenalina, serotonina y dopamina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, el hipotálamo y las estructuras del sistema límbico. Hasta el momento, las causas de dicha disfunción sináptica no han sido develadas en su totalidad, pero parecen existir factores genéticos y ambientales. (Navas y Vargas, 2012, p. 22)

Además:

Los neurocientíficos, en las últimas décadas, han empezado a examinar cómo el cerebro da forma a las experiencias y recuerdos para generar el amplio y variado repertorio de emociones que determinan lo que somos, lo que deseamos y lo que no deseamos ser. Una de las áreas cerebrales más importantes que se puede ver afectada por la emoción y el estrés es el hipocampo, siendo una pieza clave para integrar la respuesta cognitiva, neurohormonal y neuroquímica a la emoción y al estrés. (Navas y Vargas, 2012, p. 22)

Es importante que los profesionales que realizan intervención en personas con trastornos depresivos, tomen en cuenta la variedad de los síntomas y la intensidad de los mismos, ya que un episodio depresivo “... puede iniciarse sin desencadenante o puede estar precipitado por algún acontecimiento de naturaleza negativa como el fallecimiento de un familiar, separación de pareja, pérdidas económicas o cambio de domicilio” (Navas y Vargas, 2012, p. 25)

Jorquera (Citado en Navas y Vargas, 2012) señalaría que:

generalmente las personas que consultan por depresión, ya sea por iniciativa propia o por indicación de otro profesional, habitualmente no refieren los síntomas afectivos como motivo principal de la consulta o del tratamiento que buscan, sino que acostumbran referirse a éstos como la consecuencia física, ambiental o relacional a la que atribuyen la causa de su malestar y de los problemas concomitantes. Esta situación constituye su problema y es la causa de su estado. (p. 25)

Estas especificaciones permiten explicar la importancia de un correcto y eficiente abordaje psicoterapéutico, debido a que la diversidad de factores y las diferencias en los tipos y grados de los cuadros depresivos, demandan una adecuada estrategia de intervención para cada caso en particular. Navas y Vargas (2012) mencionarían que es importante tener en cuenta que el interés del paciente por tratar su depresión;

no reside generalmente en la búsqueda de opciones que le ayuden a mejorar su estado, sino en la necesidad de narrar a alguien “que le entienda” su situación particular en busca de alivio emocional y en el mejor de los casos, en busca de un consejo para modificar esa situación ambiental, este entorno o relación específicos que causan su malestar. (p.25)

En cuanto a la prevención y tratado de los trastornos depresivos, Corea (2021) menciona que:

A nivel global se ha planteado que el tratamiento más adecuado para la depresión es aquel que combina el uso de fármacos antidepresivos con psicoterapia cognitivo conductual o interpersonal. Se ha encontrado evidencia de la existencia de intervenciones que promueven la salud mental y poseen un impacto en la prevención de la aparición de trastornos mentales. Existen diversas intervenciones psicológicas breves que han sido adaptadas con éxito para su empleo en muy diversas culturas y países y una ventaja de las mismas es que pueden ser reproducidas con efectividad por parte de personal que labora en el primer nivel de atención a la salud. (p. 50)

La diversidad que existe en cuando a los trastornos depresivos y su proliferación en la sociedad, ha generado la existencia de múltiples psicoterapias para poder solventar estas problemáticas, aunque no todas se adecuan de forma correcta con la individualidad de cada paciente. La Respiración Holotrópica puede ser el aditamento esencial para cualquier tipo de trastorno depresivo, ya que su fundamento principal es respetar el proceso individual que vive y cruza cada sujeto. Esta técnica podría contener un valor incalculable en cuanto al mejoramiento de la depresión a diferencia de otras intervenciones. Grof (1999, 2005, 2021) resalta en sus escritos el potencial de su técnica, junto con su corto tiempo de acción, y su efectividad para con las distintas depresiones.

4.4 Trastorno relacionado con sustancias y adicciones:

Las adicciones, los trastornos adictivos y las drogas, en sus diversas designaciones, se han transformado en los últimos años en un importante problema clínico y social debido al incremento de su prevalencia y a sus negativas consecuencias para la sociedad, la economía, y la salud. Los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, se encuentran según la OMS (2022) dentro de los principales tres trastornos mentales más comunes y contraproducentes a nivel mundial; esto no cambia en México, incluso su incidencia suele ser mayor con respecto a muchos otros países (INCYTU, 2018). Nos comentaría Becoña (2016) que:

El incremento del consumo de drogas ha llevado en paralelo a un incremento del número de problemas en los individuos y en sus familias a nivel laboral, económico, social, judicial, etc. Ello también ha exigido poner en práctica medidas de tratamiento, preventivas y de reincorporación social. (p. 15)

Antes de entender qué es un trastorno adictivo, o qué es una adicción, una drogadicción o una dependencia hacia las sustancias, primero parece importante elucidar y comprender el significado de una sustancia adictiva o como mayormente se les conoce: qué es una “droga”. Desde la perspectiva de Kramer y Cameron (Citado en Becoña, 2016), una droga es “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de este” (p. 15).

Por su parte, Bobes, Casas y Gutierrez (2011), definirían el concepto de “droga” de la siguiente manera:

Se considera sustancia psicoactiva con capacidad adictiva o, coloquialmente “droga”, a toda sustancia farmacológicamente activa sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) que, introducida en un organismo vivo, puede llegar a producir alteraciones indeseables y dañinas del nivel de conciencia, de las funciones psíquicas básicas, de la construcción y curso del pensamiento, de los procesos senso-perceptivos y, como resultado de todo ello, del comportamiento. Esta definición incluye, por tanto, no sólo lo que habitualmente se conoce por «drogas ilegales» sino, también, a sustancias de uso legal como el tabaco o las bebidas alcohólicas, a determinados psicofármacos y a sustancias de uso doméstico o laboral como los disolventes volátiles. Algunas de estas mismas sustancias pueden ser aceptadas como sustancias con potencialidad terapéutica por las Agencias de Salud Pública y ser prescritas en medicina. (p. 18)

Ahora bien, hay que tener en cuenta que “toda droga de abuso causa intoxicación, todas inducen dependencia psicológica (sentimiento desagradable sin la droga) y todas son autoadministradas por un individuo para cambiar su nivel de conciencia o para incrementar su bienestar psicológico” (Schuckit, 2000. Citado en Becoña 2016). Nos dice Becoña (2016) que lo que caracteriza a todas las drogas es su función de pasar rápidamente desde el torrente sanguíneo al cerebro afectando el modo de percibir y sentir del individuo. Estos cambios suelen ser percibidos como placenteros o reforzantes. Como resultado de ello, muchos individuos continúan tomando la sustancia incluso aunque sus consecuencias negativas sean importantes.

Se puede empezar a hablar de una adicción, drogadicción, o dependencia hacia las sustancias cuando al sujeto se le imposibilita el poder dejar de consumirlas a pesar de sus repercusiones física y mentales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) denominaría este estado como:

Estado psíquico y, a veces, físico resultante de la interacción de un organismo vivo y una droga, caracterizado por un conjunto de respuestas comportamentales

que incluyen la compulsión a consumir la sustancia de forma continuada con el fin de experimentar sus efectos psíquicos o, en ocasiones, de evitar la sensación desagradable que su falta ocasiona. Los fenómenos de tolerancia pueden estar o no presentes. Un individuo puede ser dependiente de más de una droga. (Bobes et al., 2011, p. 19)

Desde otra perspectiva, el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas ([NIDA]) entendería a dicho estado con el concepto de “drogadicción” y la definiría como:

La drogadicción es una enfermedad crónica caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo e incontrolable de una droga, a pesar de las consecuencias adversas. Para la mayoría de las personas, la decisión inicial de usar drogas es voluntaria, pero el uso repetido de las drogas puede llevar a cambios en el cerebro que desafían el autocontrol de una persona adicta e interfiere con su habilidad de resistir los deseos intensos de usar drogas. Estos cambios del cerebro pueden ser persistentes, por lo cual se considera la drogadicción una enfermedad "reincidente"—las personas en recuperación del trastorno del uso de drogas están a un alto riesgo a volver a usar drogas aunque lleven años sin usarlas. ([NIDA], 2019, párr. 2)

Por su parte, Santos, Saura y López (2020) mencionan que:

La adicción es un problema multidimensional que afecta a todas las facetas de la vida de la persona que la desarrolla, lo que implica que los sujetos con un abuso de sustancias conformen uno de los grupos que ofrece una mayor dificultad en el manejo clínico. (párr. 7)

Ahora bien, cada droga tiene efectos diferentes sobre los individuos, por lo que es importante clasificarlas. Una de las clasificaciones más utilizadas es la de Schuckit que se muestra a continuación:

<i>Clase</i>	<i>Algunos ejemplos</i>
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiazepinas).
Estimulantes o simpatomimético del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso.
Opioides	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas.
Cannabinoides	Marihuana, hachís.
Alucinógenos	Diethylamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psilocibina, éxtasis (MDMA).
Drogas para contrarrestar otros efectos	Contienen: atropina, escopolamina, estimulantes menores.
Otras	Fenciclidina (PCP).

Tabla 10. Clasificación de las drogas según Schuskit (2000)

(Becoña, 2016, p. 17)

En cuanto a su epidemiología, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ([UNODC]) (2021), afirmarían que 275 millones de personas en todo el mundo, utilizaron drogas durante el último año, mientras que más de 36 millones, sufrieron trastornos por su consumo. En México, la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco ([ENCODAT]) (2016), señala que el 10.3% de la población mexicana ha consumido cualquier droga alguna vez en la vida; el 2.9% lo hizo en el último año (2.5 millones) y el 1.5% en el último mes. De ellos, el 0.6 % o lo que correspondería a 546 mil personas, presentaron posible dependencia al consumo de drogas en el último año.

Son múltiples los factores que llevan al sujeto a consumir una sustancia adictiva, sin embargo, Becoña (2016) describe que:

no es lo mismo probar o consumir una droga en una ocasión que hacerse adicto a la misma, como tampoco es lo mismo consumir durante un tiempo y dejarlo para siempre, o seguir consumiendo y hacerse finalmente adicto. Por ello consideramos [...] que hay una fase previa o de predisposición al consumo de drogas, otra fase de conocimiento, pasando o no luego a una de experimentación o inicio en el consumo. Una vez que ha ocurrido el consumo, pueden o no ocurrir varias cosas: dejar de consumir en poco tiempo, continuar el consumo, con lo que es más probable que se pase al abuso de la misma y, si este sigue, se puede llegar a tener dependencia de la sustancia. En este estado, puede seguir el

consumo o puede plantearse la persona el abandono de la sustancia. En el último caso, puede mantenerse o puede producirse la recaída. Para que se den unas u otras fases hay toda una serie de factores sociales, psicológicos y biológicos que van a determinar un camino u otro en el individuo. (p. 23)

Aunado al trastorno por sustancias o adicción, se desarrollan distintos síndromes que son perjudiciales y que agravan aún más esta problemática:

Cuando la persona continúa consumiendo una sustancia adictiva, si no deja el consumo, irá pasando por las fases de abuso y dependencia hasta considerarse una adicción. Al llegar a este punto, van perdiendo peso los factores sociales (p. ej., disponibilidad, precio, normas sociales) y adquiriendo más peso los factores psicológicos, sobre todo los de condicionamiento, y los biológicos (p. ej., síndrome de abstinencia), junto a otros del proceso adictivo como es el craving. Esto no ocurre de golpe: suele haber un proceso adictivo característico en el que la persona empieza con las drogas legales (p. ej., borracheras, consumo de tabaco) para ir pasando al consumo de drogas ilegales que cree inocuas (p. ej., cannabis) que, unido a los factores de riesgo anteriores, le hará pasar al consumo de drogas como la cocaína, las drogas de síntesis, la heroína y luego varias de ellas (politoxicomanía). (Becoña, 2016, p. 26)

<i>Fase previa o de predisposición</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Factores ecológicos y socioculturales. - Predisposición biológica. - Predisposición psicológica: el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia. - Predisposición biológica, psicológica y sociocultural actuando a un tiempo.
<i>Fase de conocimiento</i>
<ul style="list-style-type: none"> - El ambiente. - El aprendizaje.

- La socialización.
- La familia.
- Los iguales y amigos.
- La escuela, el instituto y el ambiente escolar.
- Leyes y normas sobre las sustancias legales e ilegales.
- La televisión, internet y otros medios de comunicación.
- Factores cognitivos: las experiencias y creencias.

Fase de experimentación e inicio al consumo

- La adolescencia: la edad crítica para el inicio al consumo.
- Características sociodemográficas.
- Disponibilidad y precio de la sustancia.
- Accesibilidad a la sustancia.
- La percepción del riesgo de cada sustancia.
- Publicidad (drogas legales), aceptación social del consumo, presión social al consumo y conformidad.
- Creencias, actitudes, normas interiorizadas, valores e intenciones.
- Las drogas como reforzadores.
- Los iguales y amigos en las situaciones de consumo, ocio y diversión.
- La interacción con otras conductas problema (TDAH, agresividad, conducta antisocial).
- La personalidad: impulsividad y búsqueda de sensaciones.
- La familia, los iguales, la escuela y lo medios de comunicación.

<ul style="list-style-type: none"> - Rendimiento escolar y consumo de drogas. - Consumo de drogas en los padres y en los hijos. - Trastornos mentales de los padres y consumo de drogas en los hijos. - Estrés y eventos vitales estresantes. - El estado emocional y las habilidades de afrontamiento. - Problemas internalizantes y externalizantes. - Autocontrol. - Efectos de la prueba/no prueba de la sustancia disponible. - La interacción de los distintos factores entre sí.
<i>Fase de consolidación: del uso al abuso y a la dependencia</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Uso, abuso y dependencia. - La escala en el consumo de drogas (de las legales a las ilegales).
<i>Fase de abandono o mantenimiento</i>
<i>Fase de recaída</i>

Tabla 11. Factores que se relacionan con el consumo de drogas

(Becoña, 2016, p. 25)

Uno de los síndromes más conocidos y problemáticos dentro del trastorno por el consumo de sustancias, es el “síndrome de abstinencia”, el cual se podría describir, “como el conjunto de signos y síntomas que aparecen al dejar de consumir una sustancia de la que un sujeto es adicto” ((Bobes et al., 2011, p. 19). De igual forma entre algunos especialistas se considera el denominado “síndrome amotivacional” el cual se describe como un “Cuadro de larga duración caracterizado por astenia, apatía, anérgia, falta de

interés por prácticamente todo lo que no sea conseguir el tóxico y reducción generalizada de cualquier actividad” ((Bobes et al., 2011, p. 19). En cuanto al “craving” o el “ansia de droga”, a este se le define como “El deseo incoercible de consumir, provocado por ideas, recuerdos, estímulos condicionados, situaciones estresantes, etc., muy difícil de controlar por el paciente y que propicia la búsqueda de las sustancias apetecidas (Bobes et al., 2011, p. 20).

Dentro de la percepción del DSM-5, las sustancias que afectan la mente son causantes de tres tipos de trastornos: abstinencia, intoxicación, y lo que se le conoce hoy en día como trastorno por consumo de sustancias (Morrison, 2015). Estas afecciones se definirían de la siguiente manera:

Trastorno por consumo de sustancias. Un consumidor ha utilizado una sustancia con frecuencia suficiente para que le genere malestar clínico importante o compromiso en su desempeño, y para producir o resultar en cierto comportamiento característico. Identificado en relación con todos los tipos de drogas, excepto la cafeína, el trastorno por consumo de sustancias puede desarrollarse de manera accidental, en particular a partir de la utilización de un medicamento para el manejo del dolor crónico. (Morrison, 2015, p. 393)

Intoxicación por sustancia. Este cuadro clínico agudo deriva del consumo excesivo reciente de alguna sustancia. Cualquier persona puede desarrollar intoxicación; se trata del único diagnóstico relacionado con una sustancia que puede aplicarse a un individuo que sólo utiliza una sustancia una vez. Todas las drogas, excepto la nicotina, generan un síndrome de intoxicación específico. (Morrison, 2015, p. 393)

Abstinencia de sustancia. Este conjunto de síntomas, específicos para el tipo de sustancia, se desarrolla cuando una persona que ha consumido con frecuencia una sustancia deja de utilizarla o reduce en forma intensa la dosis. (Morrison, 2015, p. 393)

Desde el DSM-5 un trastorno por consumo de una sustancia se distingue por un patrón problemático de consumo de la misma que lleva a un malestar o detrimento clínicamente significativo, expresado por al menos dos de los siguientes síntomas (Citado en Becoña, 2016, p. 27) a lo largo de un periodo de 12 meses:

- Consumo de la sustancia en grandes cantidades o durante mayor tiempo del previsto.
- La persona intenta abandonar la sustancia sin conseguirlo.
- La persona invierte grandes cantidades de tiempo en conseguir la sustancia, consumiéndola o recuperándose de sus efectos.
- Deseo intenso de consumo manifestado por un ansia y una urgencia en cualquier momento.
- Incumplimiento de los deberes fundamentales a nivel académico, laboral o doméstico debidos al consumo.
- Sigue consumiendo la sustancia a pesar de tener problemas en la esfera social o interpersonal.
- Reduce o abandona importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
- Sigue consumiendo la sustancia a pesar de que esta le produce riesgos físicos.
- La persona sigue consumiendo la sustancia a pesar de padecer un problema físico o psicológico recurrente que se exacerba por el consumo.
- Tolerancia: una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado, o el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.

- Síndrome de abstinencia cuando deja de consumir o disminuye el consumo de la sustancia. (Becoña, 2006, p.27)

Trastornos por consumo de sustancias

- Para las 10 drogas consideradas: alcohol; cafeína; cannabis; alucinógenos (con categorías independientes para la fenciclidina y otros alucinógenos); inhalantes; opiáceos; sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes (sustancias tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes); tabaco; y otras sustancias.
- Criterios diagnósticos comunes: consume grandes cantidades o durante un tiempo más prolongado del previsto; intentos persistentes de dejar o reducir el consumo sin conseguirlo; invierte una gran cantidad de tiempo intentando conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos; craving; incumplimiento de sus deberes académicos, laborales o domésticos por el consumo de la sustancia; sigue consumiendo a pesar de tener problemas recurrentes o persistentes en la esfera social o interpersonal; reduce o abandona importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo; consume la sustancia a pesar de que la misma le produce un riesgo físico; consume la sustancia a pesar de que padece un problema físico o psicológico recurrente o persistente que se originó o que se exacerba con el consumo; tolerancia; síndrome de abstinencia cuando disminuye o cesa el consumo).

Trastornos inducidos por sustancias

- Intoxicación.
- Abstinencia.
- Trastornos psicóticos.
- Trastornos bipolares.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos obsesivo-compulsivos.
- Trastornos del sueño.
- Disfunciones sexuales.
- *Delirium*.

Tablas 12. Los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos según el DSM-5

(Becoña, 2016, p. 28)

Algo que cabe resaltar con respecto al trastorno por el consumo de sustancias es su amplia comorbilidad con otros trastornos. Esto se da porque, con frecuencia, las manifestaciones de la intoxicación o del síndrome de abstinencia son muy semejantes a las de distintos trastornos mentales. “De ahí la necesidad de que la persona pase por un período de abstinencia antes de poder hacer un diagnóstico real, si existe, de muchos trastornos mentales que tienen síntomas semejantes o idénticos a los producidos por la propia sustancia” (Becoña, 2016, p. 39).

Generalmente, describiría Nanni (2014), que la elección del tratamiento para los consumidores de drogas se ha basado en la experiencia clínica. “Se toma en cuenta el tipo y la gravedad de la adicción, la presencia o ausencia del consumo de múltiples sustancias y de problemas médicos o psiquiátricos asociados, así como aspectos culturales y socioeconómicos” (Nanni, 2014, p. 78). Como aspectos primordiales, el manejo de las adicciones, según el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas de los Estados Unidos (NIDA) (Citado en Nanni, 2014, pp. 80-81), debe abordar los siguientes rasgos:

1. No existe un único tratamiento adecuado para todas las personas.
2. El tratamiento debe estar disponible inmediatamente.
3. Un tratamiento efectivo contempla las múltiples necesidades del sujeto, no sólo su consumo de drogas.
4. El tratamiento individualizado y el plan de asistencia han de evaluarse continuamente y modificarse, si es necesario, para garantizar que el plan cubra las necesidades cambiantes de la persona.
5. Para que un tratamiento sea eficaz es decisivo seguirlo durante el tiempo adecuado.
6. La consejería (de forma individualizada o en grupo) y otras formas de terapia comportamental son fundamentales para la eficacia de un tratamiento de adicción.
7. Para muchos pacientes los medicamentos constituyen un elemento importante del tratamiento, especialmente si se combinan con consejería y otras terapias del comportamiento.
8. Aquellos sujetos adictos o con abuso de drogas que presenten simultáneamente una enfermedad mental deben someterse a un tratamiento integral de ambos trastornos.
9. La desintoxicación médica es sólo el primer paso del tratamiento de la adicción, y por sí sola contribuye muy poco a modificar a largo plazo el hábito del consumo.

10. Un tratamiento no necesita ser voluntario para ser efectivo.

11. Hay que controlar continuamente la posibilidad de que exista consumo de drogas durante el tratamiento (con pruebas de antidopaje).

12. Los programas de tratamiento deben incluir la detección de enfermedades como la infección por vih, hepatitis B y C, tuberculosis y otras infecciones, y aconsejar a los pacientes para ayudarles a cambiar comportamientos a fin de evitar que ellos mismos u otras personas puedan infectarse.

13. La recuperación de la adicción a una droga puede ser un proceso muy largo y suele requerir múltiples periodos de tratamiento. (Nanni, 2014, pp. 80-81)

Bobes et al. (2011) comentan qué:

La mayoría de las drogodependencias son consideradas actualmente como enfermedades crónicas recidivantes. Ello implica que no se emplea habitualmente el criterio de «curación» al no poder, prácticamente nunca, asegurar que el paciente ha abandonado total y definitivamente la toxicomanía [...] Existe la creencia de que es prácticamente imposible dejar una drogodependencia. Sin embargo, los estudios de seguimiento a largo plazo indican que esto no es exacto, dándose cifras de hasta un 40% de pacientes libres de droga a los 10 años de haber iniciado tratamiento. (p. 23)

La psicoterapia o el tratamiento psicológico siempre ha estado presente desde el momento en el que se pusieron en marcha las distintas redes de atención a las drogodependencias, y se ha ido adaptando y transformando en la medida que ha evolucionado también el mismo fenómeno de la adicción a drogas (Hervás y Gradolí, 2001). Por lo general, cada aproximación terapéutica descansa en sus propios presupuestos teóricos o metateóricos más o menos flexibles que definen el objeto a seguir en cuanto a la intervención.

Hervás y Gradolí, comentan que:

En el ámbito de la intervención psicológica, ha sido el enfoque cognitivo-conductual el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y sigue siendo hoy en día el más ampliamente utilizado por los profesionales y el más ampliamente validado científicamente. (Hérvás y Gradolí, 2001, p. 22)

Por su parte, el NIDA (citado en Hérvás y Gradolí, 2001) señala también las distintas intervenciones psicoterapéuticas fundamentadas científicamente, y que deben de orientar al clínico en la práctica clínica diaria:

-
- Prevención de recaídas
 - Modelo «Matrix»
 - Psicoterapia expresiva de apoyo
 - Consejo individualizado
 - Terapia de incremento motivacional
 - Terapia conductual para adolescentes
 - Terapia familiar multidimensional para adolescentes
 - Terapia multisistémica
 - Terapia combinada de tipo conductual y reemplazo de la nicotina
 - Enfoque de refuerzo comunitario más economía de fichas
 - Terapia de refuerzo en programa de metadona
 - Tratamiento de día con refuerzo
-

Tabla 13. Intervenciones psicoterapéuticas con validez empírica

(Hérvás y Gradolí, 2001, p. 23)

Con respecto al trastorno por consumo de sustancias, la técnica de la Respiración Holotrópica y la utilización de estados holotrópicos de consciencia tienen una amplia ventaja con respecto a las demás intervenciones terapéuticas. Se ha demostrado que la terapia psicodélica que se gestó en los Estados Unidos de América tuvo amplias repercusiones positivas para con personas adictas en el consumo de alcohol, de igual forma se han reportado investigaciones en donde se avala la efectividad de los estados holotrópicos para con las adicciones (Grof, 2005). Grof (2021) menciona que los adictos a sustancias son los que tienen mayor facilidad para conectar con el ámbito transpersonal o espiritual y vivenciar las experiencias cumbre, disminuyendo así su adicción o en algunos casos desapareciéndola por completo.

V. La Respiración Holotrópica como técnica de intervención psicoterapéutica

5.1 Componentes básicos de la Respiración Holotrópica

Desde la antigüedad se sabe de la capacidad humana para conectar con ciertos estados de conciencia que dan acceso a sentimientos de naturaleza luminosa capaces de ejercer una influencia transformadora en la vida futura, tanto chamanes, como sacerdotes y otros representantes de diversas escuelas religiosas y cultos apoyaron tales sentimientos (Afanasenko, Emilianenko y Emilianenko, 2014). En la actualidad esos estados de conciencia pueden ser considerados como estados “no ordinarios” u “holotrópicos”, y se tiene registro de la existencia de diversas sustancias y técnicas que pueden generarlos o manifestarlos; entre esas técnicas se encuentra la Respiración Holotrópica, la cual es el objeto de estudio primordial para la presente investigación (Grof, 2021).

Como ya se ha descrito con anterioridad, la Respiración Holotrópica (RH) es una técnica que parte del marco teórico de la psicología transpersonal, tanto Grof como su esposa Christina (sus creadores) la han considerado ampliamente psicoterapéutica y se han encargado de implementarla y enseñarla en prácticamente todos los continentes del mundo. Esta técnica tiene el potencial terapéutico de proveer estados no ordinarios de consciencias, los cuales han sido ampliamente controvertidos para la ciencia, pero cuyas investigaciones han demostrado su amplia efectividad en la disolución de algunas patologías. La RH, desde la perspectiva de Grof y Grof (2011), “constituye un poderoso método de autoexploración y terapia que utiliza una combinación de medios aparentemente simples: respiración acelerada, música evocativa, y un tipo de trabajo corporal que ayuda a la liberación de bloqueos bioenergéticos y emocionales residuales” (p. 7)

Por su parte, Afanasenko et al. (2014), comprenden a la RH de la siguiente manera:

HB allows the therapeutic potential of altered or —Holotropic states of consciousness to provide access to the depths of the unconscious, containing diverse experience of numinous (spiritual) feelings. This method uses a combination of such simple means as: deeper breathing, stimulating music, liberating bodywork, artistic self-expression and group discussion. [La RH permite que el potencial terapéutico de los estados de conciencia alterados u holotrópicos proporcione acceso a las profundidades del inconsciente, que contienen diversas experiencias de sentimientos numinosos (espirituales). Este método utiliza una combinación de medios tan sencillos como: respiración más profunda, música estimulante, trabajo corporal liberador, autoexpresión artística y discusión en grupo; la traducción es nuestra]. (p. 26)

La técnica desde un principio fue pensada para trabajarse en sesiones grupales; “los participantes trabajan en parejas y se alternan en los papeles de respirador y cuidador” (Grof y Grof, 2011, p. 7). Es de suma importancia que, aunque el trabajo sea en grupo y por parejas, exista un psicoterapeuta o facilitador certificado que pueda ayudar en el proceso cuando este se dificulte o cuando realmente sea necesaria una intervención concreta. El trabajo en grupo no exenta el hecho de que esta práctica se pueda ejecutar y trabajar de manera individual; incluso Grof menciona en su libro “La respiración holotrópica” que existen investigaciones clínicas serias y bien ejecutadas por algunos psicólogos y psiquiatras a los que se les enseñó el uso de la RH (sobre todo en Rusia), y en donde el proceso que se ha llevado con los pacientes ha sido de manera individual, generando resultados positivos (Grof y Grof, 2011).

En cuanto a su teoría o práctica, la RH combina e integra distintos elementos de la psicología profunda, la investigación moderna de la consciencia, la psicología transpersonal, las filosofías espirituales orientales y las prácticas nativas de sanación (Grof y Grof, 2011). Grof y Christina afirman que La RH:

representa por lo tanto el redescubrimiento, la validación y una formulación moderna de la sabiduría y los procedimientos antiguos, algunos de los cuales pueden remontarse al alba de la historia de la humanidad [...] lo mismo reza para los constituyentes principales utilizados en la práctica de la respiración holotrópica: respiración, música instrumental, cantos, trabajo corporal y el dibujo de mándalas u otras formas de expresión artística” (Grof y Grof, 2011, p. 35)

La RH consta de varios componentes fundamentales, pero de todos ellos, sólo dos parecen proporcionar acceso a experiencias transpersonales anómalas en estados no ordinarios de conciencia. Estos dos son: la sobre-respiración voluntaria o hiperventilación y la música evocativa temática. “The neurophysiology of these two elements is currently understood to provide a loosening of emotional control, integrative states, and bonding experiences” [Actualmente se entiende que la neurofisiología de estos dos elementos proporciona una relajación del control emocional, estados integradores y experiencias de vinculación] (Eyerman, 2014, p. 65).

El uso actual de la respiración en la ciencia materialista, según Grof y Grof (2011), “perdió su significado sagrado y se despojó de su conexión con la psique y el espíritu. La medicina occidental la redujo a una función fisiológica importante” (p. 38).

Sin embargo, en las sociedades antiguas y preindustriales, el aliento y la respiración jugaban un papel crucial dentro de la mitología, la cosmología y las filosofías, además de ser herramienta fundamental en la práctica ritual, sanadora y espiritual (Grof, y Grof, 2011).

Distintas técnicas de respiración han sido utilizadas en muchos periodos históricos y por muy distintas culturas del mundo para inducir estados holotrópicos de consciencia con propósitos curativos y religiosos. Desde la temprana historia, virtualmente todo sistema psicoespirituales de importancia que intenta comprender la naturaleza humana ha considerado la respiración como un vínculo crucial entre el mundo material, el cuerpo humano, la psique y el espíritu. (Grof y Grof, 2011, p. 36)

Desde hace tiempo se sabe del potencial de algunas técnicas de respiración para generar cambios en la consciencia; “culturas antiguas no occidentales cubren una amplia gama, desde la drástica interferencia con la respiración a sutiles y sofisticados ejercicios de distintas tradiciones espirituales” (Grof y Grof, 2011, p. 37). La RH holotrópica se vale del llamado *síndrome de hiperventilación*, al cual desde la medicina se le puede considerar una condición patológica, en lugar de verlo como una herramienta con un gran potencial curativo. Eyerman (2014) comenta lo siguiente:

The symptoms of the hyperventilation syndrome are often ascribed to panic disorder. These include breathless-ness, dyspnea, light-headedness, paraesthesiae, numb-ness, and a variety of pains, especially chest pains, palpitations, and sweating. These may be associated with a feeling of impending, loss of consciousness and fear of imminent death. [Los síntomas del síndrome de hiperventilación suelen atribuirse al trastorno de pánico. Entre ellos se encuentran la falta de aire, la disnea, el mareo, las parestesias, el entumecimiento y una serie de dolores, sobre todo torácicos, palpitaciones y sudoración. Estos síntomas pueden asociarse a una sensación de pérdida de conciencia y miedo a la muerte inminente, la traducción es nuestra]. (p. 64)

Se ha hipotetizado que la alcalosis respiratoria y la reducción del flujo cerebral se producen durante la sobre-respiración voluntaria, no obstante, Hornsveld y Garssen (citados en Eyerman, 2014) han comprobado que esto no se produce ni en la sobre-respiración ni en la hiperventilación voluntaria.

Respiratory alkalosis had previously been thought to reduce ionized calcium in the blood, and thereby give rise to tetany, tingling sensations, induction of epileptic seizures, and induction of interictal epileptogenic activities seen on the electroencephalogram. Significant alkalosis does not appear to occur with voluntary hyperventilation at a rate that differs significantly from controls in healthy subjects. [Anteriormente se pensaba que la alcalosis respiratoria reducía el calcio ionizado en la sangre y, por lo tanto, daba lugar a tetania, sensaciones de hormigueo, inducción de crisis epilépticas e inducción de actividades

epileptógenas interictales observadas en el electroencefalograma. No parece que se produzca una alcalosis significativa con la hiperventilación voluntaria a un ritmo que difiera significativamente de los controles en sujetos sanos, la traducción es nuestra]. (Eyerman, 2014, p. 65)

Mencionaría Eyerman (2014) que el síndrome de hiperventilación se consideró responsable de gran parte de la sintomatología del trastorno de pánico desde su definición inicial en 1937 hasta la década de 1980. Actualmente esta noción ha sido sustituida por la opinión de que otros factores, como la inestabilidad autonómica, subyacen tanto a la hiperventilación como al trastorno de pánico. “Although there is a clear association between panic and hyperventilation, «the neurologic basis for this is still unresolved»” [Aunque existe una clara asociación entre el pánico y la hiperventilación, «la base neurológica de esto sigue sin resolverse, la traducción es nuestra]. (Eyerman, 2014, p. 66).

A pesar de las controversias existentes con respecto al síndrome de hiperventilación, Grof afirmaría que la respiración rápida puede tener grandes beneficios, describiendo lo siguiente:

Llegamos a la conclusión que es suficiente con respirar más rápidamente y de un modo más eficaz que el habitual con una concentración plena en el proceso interno. En lugar de subrayar una técnica específica de respiración, seguimos incluso en esta área la estrategia general de la respiración holotrópica: confiar en la sabiduría intrínseca del cuerpo y seguir las pistas internas. (Grof y Grof, 2011, p. 39)

Aunado a esto, Grof y Grof comentan que:

Hemos confirmado repetidamente la observación de Wilhelm Reich de que las resistencias y defensas psicológicas están asociadas con una respiración restringida [...] La respiración es una función autónoma, pero también puede verse influenciada por la voluntad. El aumento deliberado del ritmo de la respiración afloja las defensas psicológicas y conduce a la liberación y emergencia del

material inconsciente (y supraconsciente). Si alguien no ha sido testigo de este proceso o no lo ha experimentado personalmente, es difícil creer sólo teóricamente en el poder y la eficacia de este enfoque. (Grof y Grof, 2011, p. 39)

Durante el proceso de la RH, el efecto amplificador de la consciencia producido por la respiración se ve mejorado con el uso de la música evocativa. Del mismo modo que la respiración, la música instrumental y otras formas tecnológicas sonoras (la percusión monótona, las vibraciones y el canto) se han utilizado durante largos años e incluso milenios, como herramientas primordiales en la práctica chamánica, los ritos de paso y los rituales de sanación de muchos lugares del mundo (Grof y Grof, 2011).

La música, en su mayoría, ha sido utilizada por las culturas específicamente con propósitos curativos en el contexto de complejas ceremonias. Grof menciona que “Algunas tradiciones espirituales han desarrollado tecnologías de sonido que no sólo inducen un estado general de trance, sino que tienen efectos específicos sobre la consciencia, la psique humana y el cuerpo” (Grof y Grof, 2011, p. 40). Del mismo modo Eyerman (2014) describe que: “Some music formats were developed for psychotherapy during the mid-twentieth century by Helen Bonny and others” [Algunos formatos musicales fueron desarrollados para la psicoterapia a mediados del siglo XX por Helen Bonny y otros, la traducción es nuestra] (p. 68).

En base a esto y a las observaciones dadas en la implementación de la RH, Grof afirmaría lo siguiente:

La música cuidadosamente seleccionada sirve para funciones importantes en los estados holotrópicos de consciencia. Moviliza las emociones asociadas con los recuerdos reprimidos, los lleva a la superficie y facilita su expresión. Ayuda a abrir la puerta del inconsciente, intensifica y hace más hondo el proceso de sanación y proporciona un contexto significativo para la experiencia. El fluir continuo de la música crea una ola conductora que ayuda al individuo a pasar por las experiencias e impasses difíciles, a superar las defensas psicológicas, a entregarse y a soltar. En las sesiones de respiración holotrópica que normalmente se llevan a cabo en grupo, la música posee una función adicional importante:

encubre el ruido producido por los participantes y se mezcla con ellos de forma complejamente estética. (Grof y Grof, 2011, p. 41)

Es básico rendirse de manera completa a la música en estados holotrópicos de consciencia, dejar que esta fluya y resuene por todo el cuerpo y responder a ella de modo espontaneo y elemental.

En la respiración holotrópica, debemos expresar totalmente lo que la música nos traiga, ya sean fuertes gritos, reír, balbucear, ruidos de animal, cantos chamánicos o hablar en lenguas diversas. Es también importante no controlar ningún impulso físico, como hacer muecas extrañas, movimientos sensuales de la pelvis, estremecimiento violento o contorsiones fuertes de todo el cuerpo. Naturalmente esta regla tiene excepciones; el comportamiento destructivo dirigido hacia uno mismo u otros, y hacia el entorno físico no están permitidos. (Grof y Grof, 2011, pp. 41-42)

En lo que respecta a la selección musical, se recomienda utilizar música estereofónica que sea evocativa, tenga una ritmo constante e intensidad estable, sin lapsos entre las piezas, intentado evitar selecciones disonantes o que puedan provocar ansiedad (Grof y Grof, 2011). Por regla general en el proceso de la RH se lleva a cabo una manera específica de ir implementando la música; Grof explica esto, de la siguiente forma:

La sesión se inicia generalmente con música activadora que es dinámica, que fluye y que es emocionalmente alentadora y tranquilizadora. A medida que la sesión prosigue, aumenta paulatinamente en intensidad y cambia a piezas muy rítmicas [...] Cuando ha transcurrido aproximadamente una hora y media de la sesión de respiración holotrópica, momento en que la experiencia normalmente llega a su punto culminante, introducimos lo que llamamos música «cumbre» o «rompedora». (Grof y Grof, 2011, p. 44).

De igual forma la calidad del equipo de música es de suma importancia, ya que sin este se dificultaría el acceso a estados holotrópicos de consciencia. Es de suma

importancia que, al seleccionar la música para la sesión, se deba procurar tener una amplia gama de estilos, instrumentos y géneros; “La música suave y dulce con voces femeninas es particularmente importante en las fases finales de la sesión; es útil para la integración y el cierre positivo de la experiencia” (Grof y Grof, 2011, p. 44).

Otro componente básico e importante en la técnica de la RH es el trabajo corporal, tanto el que es externado por el sujeto, como el que brinda el terapeuta. La respuesta física varía considerablemente de una persona a otra; la ciencia médica y los libros de fisiología conciben a la respiración rápida como un patrón estereotipado de respuestas fisiológicas que básicamente consisten en tensiones de las manos y pies (espasmos carpopedales), aunque actualmente existe evidencia de mucha gente a la que la respiración rápida o hiperventilación no le condujo a estas sensaciones, sino más bien le conllevó a una progresiva relajación, a conectar con sensaciones sexuales intensas o incluso a experiencias místicas (Grof y Grof, 2011)

Mazorco (2014) afirma que:

Durante las sesiones de RH se manifiesta un nivel de trabajo y sincronía corporal fuerte y relevante. De manera que el cuerpo como ruta, sirve de escenario en el ahora de la experiencia misma, evidenciado esto en elementos como: cambios a nivel térmico, dolores de diversa intensidad y focalización, movimientos repetitivos, danzas, adormecimiento de algunos miembros, tensiones, posturas espirituales y expresiones de contenido simbólico importante, que son parte del repertorio de posibilidades expresivas a nivel corporal durante la RH. (p. 97)

Además:

durante la RH se genera una movilización de contenidos inconscientes que van drenando bloqueos de energía acumulada en síntomas emocionales y psicósomáticos, posibilitando el proceso de hacerlos conscientes. Es así como la respiración amplifica impulsos inconscientes, manifestándolos en diversas tensiones físicas, permitiendo la integración y resolución de material emocional que ha emergido. (p.97)

En el momento en el que la RH se expresa en el cuerpo, se evidencia la relación del *cuerpo-holos*, las memorias de traumas físicos, enquistamientos y bloqueos emocionales, mentales y energéticos; “lo inconsciente se expresa así como un síntoma, a través del lenguaje del cuerpo” (Mazorco, 2014, p. 97).

Afirmaría Grof que las tensiones que se cargan en el cuerpo pueden liberarse con la RH de dos modos distintos:

El primero de ellos implica la catarsis y la abreacción: la descarga de las energías físicas mediante temblores, contracciones, distintos movimientos, toses, muecas y vómitos [...] El segundo mecanismo que puede liberar tensiones físicas [...] representa un nuevo desarrollo en psiquiatría y en psicoterapia e iguala, o incluso supera, la eficacia de la abreacción. En este caso, las tensiones profundas emergen en forma de constantes contracciones musculares de distinta duración (tetania). Aguantando estas tensiones musculares por largos periodos de tiempo, los respiradores consumen gran cantidad de energía anteriormente almacenada y simplifican el funcionamiento de sus cuerpos al deshacerse de ella. La profunda relajación que normalmente sigue a la pasajera intensificación de viejas tensiones o la plena manifestación de las previamente latentes, es testigo de la naturaleza curativa de este proceso. (Grof y Grof, 2011, pp. 46-47)

En ocasiones, la respiración por sí misma no conduce a un buen final, lo que genera tensiones residuales o emociones no resueltas, en este caso el terapeuta debe ofrecer a los pacientes una forma específica de trabajo corporal, que les ayude a alcanzar un mejor cierre de la sesión. Mencionan Grof y Grof (2011) que “La estrategia general de este trabajo es pedir al respirador que centre su atención en la zona donde exista un problema y hago todo lo necesario para intensificar las sensaciones existentes” (p. 48). Mientras esta atención se centre en el área problemática energéticamente cargada, se le debe alentar al paciente a encontrar reacciones motoras y vocales espontáneas a dicha cuestión. Grof afirma que este proceso, “A menudo adopta una forma sorprendente y totalmente inesperada: hablar en otras lenguas, balbuceos, galimatías, voces de un

animal concreto, un canto chamánico u otra forma de actuación de corte vocal” (Grof y Grof, 2011, p. 48).

También existe otra forma distinta de intervención física en la RH, que está diseñada para brindar apoyo en un profundo nivel preverbal. Esta se basa en las observaciones de dos formas fundamentalmente distintas de traumas que requieren enfoques diametralmente opuestos, Grof y Grof (2011) describen estas dos formas traumáticas de la siguiente manera:

El primero puede considerarse “trauma por comisión”. Es el resultado de influencias externas que han tenido un impacto dañino en el futuro desarrollo del individuo. A este caso pertenecen los ataques como el abuso físico, emocional o sexual, las situaciones de terror, la crítica destructiva o el ridículo. (p. 49)

La segunda forma de trauma, aunque no es reconocido en la psiquiatría convencional, es de suma importancia. Grof y Grof (2011) lo describirían como el “trauma por omisión”:

Realmente implica el mecanismo contrario: la ausencia de experiencias positivas que son básicas para el desarrollo emocional sano. El niño, así como el muchacho, tienen necesidades primitivas muy fuertes de satisfacer sus instintos y conseguir la seguridad, necesidades que los pediatras y los psiquiatras infantiles denominan *anaclíticas* (del griego *anaklinein*: apoyarse). (p. 49)

Cuando dichas necesidades anaclíticas no son satisfechas, ello puede proveer graves consecuencias para el futuro del individuo. Uno de los modos para sanar este tipo de trauma, es ofrecer una experiencia correctiva en forma de contacto físico de apoyo, en un estado holotrópico de consciencia. Este uso de contacto físico tiene sus raíces en la terapia anaclítica con LSD, sus creadores (Pauline McCrick y Joyce Martin) la llaman terapia de fusión (Grof, 2005). Grof tuvo el privilegio de trabajar con los creadores de la terapia de fusión, y utilizarla posteriormente en sus investigaciones psicodélicas con pacientes con Cáncer terminal en el Centro de Investigaciones de Maryland, teniendo

resultados ampliamente positivos y decidiéndose posteriormente a implementarla en su técnica de la RH.

Hasta aquí se han mencionado tres componentes primordiales de la RH (la respiración rápida, la música evocativa, y el trabajo corporal), el último componente, y no menos importante, tiene por norma ejecutarse al finalizar el proceso la respiración, y su propósito consta en una buena integración de la experiencia. El componente final de la RH es la realización del dibujo de mandalas; “*Mándala* es una palabra sánscrita que literalmente significa «circulo» o «consumación». En su sentido más general, este término puede utilizarse para cualquier dibujo que muestre una geometría simétrica compleja” (Grof y Grof, 2011, p. 53).

El uso de mandalas en las practicas espirituales y religiosas de distintas culturas del mundo llamó la atención del psiquiatra suizo C. G. Jung, quién se dio cuenta de que patrones similares aparecían en las pinturas de sus pacientes en ciertas fases de su desarrollo psicoespiritual. Según él, el mandala es una «expresión psicológica de la totalidad el sí mismo.» Según sus propias palabras «El riguroso patrón impuesto por una imagen circular de esta clase compensa el desorden y la confusión del estado psíquico: concretamente mediante la construcción de un punto central al que todo está vinculado.» (Jung, 1949. citado en Grof y Grof, 2011, p. 54)

De igual forma, la autora Joan Kellog, quien estuvo también inmiscuida en diversas investigaciones con psicodélicos, desarrollo en sus libros la importancia del dibujo del mandala, considerándolo como un test psicológico y describiendo su criterio de interpretación en diversos artículos (Grof y Grof, 2011).

Con el dibujo del mandala, y la posterior retroalimentación grupal con respecto a la experiencia, se culmina la sesión de la RH. Tanto la respiración, como la música, el trabajo corporal y la realización del dibujo del mandala, son partes integrales e importantes para que la práctica de la RH puede ser bien ejecutada e integrada.

5.2 La práctica y la integración de la experiencia

La práctica de la Respiración Holotrópica puede llevarse a cabo de manera individual o en forma grupal (ya sean grupos chicos o grandes); Grof menciona que es mejor el uso de la técnica en forma grupal ya que tiene ventajas claras, las más evidentes pueden ser de naturaleza práctica, económica y financiera (Grof y Grof, 2011). Como no existe forma de predecir la duración de cada sesión, ya que esto está determinado desde la individualidad de cada sujeto, en un taller grupal no existiría inconveniente si la sesión se llegará a alargar, lo cual, si podría dificultarse en el trabajo individual, ya que puede existir una agenda muy apretada por parte del profesional (Grof y Grof 2011).

De igual forma, existen ventajas psicológicas al manejar la práctica en grupo, ya que el trabajo suele ser más profundo que en el caso de sesiones individuales:

Compartir un estado holotrópico de consciencia con algunas otras personas en una sala grande, escuchando música poderosa combinada con los sonidos de otros participantes, genera un campo experiencial muy intenso. La atmosfera que se establece hace más fáciles a los respiradores soltar sus defensas psicológicas habituales, y les permite que el material de su inconsciente aflore y encuentre una expresión física y emocional. (Grof, y Grof, 2011, p. 58).

También existe evidencia de parte del antropólogo cultural escocés-americano Victor Turner, de que el compartir estados no-ordinarios u holotrópicos de consciencia en el contexto de un ritual, desarrolla un sentido de comunidad (citado en Grof y Grof, 2011). Al final, el terapeuta será quien decida la manera de utilizar y ejecutar la práctica de la RH según su conveniencia, ya sea de forma individual o grupal.

Independientemente del enfoque grupal o individual que se decida tomar, para que la práctica de la RH pueda ser bien ejecuta e integrada, se deben considerar los siguientes aspectos: *personalidad del terapeuta o guía*, el *set o setting* (que sería la preparación teórica de los sujetos y el entorno en donde se llevará a cabo la técnica), *las contraindicaciones físicas y emocionales* hacia la técnica y *las instrucciones previas y prácticas* que se llevarán durante la sesión (Grof, 2005. Grof y Grof 2011).

Describe Grof (2005) que probablemente el único y más importante elemento que precisa la importancia de una experiencia con RH es la sensación de seguridad y confianza por parte del experimentador, y esto “depende de manera crítica de la presencia o ausencia del guía, sus características personales, y la naturaleza de la relación entre el sujeto y esta persona” (Grof, 2005, p. 98).

Es muy importante para el proceso y resultado exitoso de una sesión con RH que el paciente se despoje de sus defensas habituales y se rinda al proceso psiquedélico, y para ello es indispensable relegar la prueba de realidad y todas las decisiones sobre asuntos prácticos a un terapeuta preparado, ya que, “una entrega total es absolutamente crucial para completar la experiencia de la muerte del ego” (Grof, 2005, p. 99).

Nos dice Grof que la importancia emocional del terapeuta para el paciente puede reflejarse en dos componentes distintos:

El primero está basado en la realidad de la situación vital del paciente en el momento de la terapia y refleja el hecho de que el terapeuta es la persona que se supone va a facilitar ayuda con los síntomas emocionales paralizantes y las dificultades de la vida. La inversión de tiempo y energía, así como el compromiso financiero necesario para el tratamiento, acentúan aún más la intensidad de la implicación emocional del paciente. El segundo componente de la relación terapéutica es el aspecto de transferencia. (Grof, 2005, p. 99)

La transferencia juega un papel bastante complicado para quién no tiene la experiencia suficiente en la psicoterapia con estados holotrópicos de consciencia, por lo general es mucho más poderosa que en la psicoterapia convencional, y tiende a aumentar con el número de sesiones (Grof, 2005), se prefiere en ocasiones el uso de antifaces negros para obstaculizar la visión y mantener la experiencia más interna, ya que la transferencia toma formas visuales que pueden ser complejas y difíciles de manejarlas (Grof y Grof, 2011).

Existen ciertos factores personales del terapeuta que determinan una buena resolución de sesión con RH, como podrían ser:

El grado de interés humano y profesional del terapeuta, su experiencia clínica y habilidad terapéutica, seguridad personal, ausencia de ansiedad, y sus condiciones físicas y mentales del momento son factores muy importantes [...] Es absolutamente esencial que [...] el terapeuta examine su propia motivación y actitudes hacia los sujetos, intente establecer una buena relación de trabajo, y clarifique la situación de transferencia-contratransferencia. (Grof, 2005, p. 100)

Aunque, para lograr enfrentarse a todos los desafíos que conlleva la terapia con estados holotrópicos de consciencia, Grof afirma que el primer paso sería que el terapeuta tenga una formación y entrenamiento especiales que impliquen experiencias personales con estos estados (Grof, 2005).

Si el terapeuta es apto para la implementación y manejo de los estados holotrópicos de consciencia puede empezar a pensarse en el *set* y *setting*, que son dos factores cruciales para la práctica de la RH. Menciona Grof (2005) que el término *set*:

incluye las expectativas, motivaciones e intenciones del sujeto respecto a la sesión; el concepto de la naturaleza de las sesiones con [la RH] que tiene el terapeuta o guía; el objetivo previamente acordado del procedimiento psiquedélico; la preparación y programación para la sesión y la técnica de guía u orientación específica utilizada durante la experiencia con la [RH]. (p. 116)

En cuanto al término *setting*, este se refiere al ambiente o entorno y el sistema de apoyo interpersonal (Grof 2005).

El *set* o la preparación teórica previa que debe existir antes de la experiencia con la RH, no se consideraba anteriormente en trabajos psicoterapéuticos con estados holotrópicos de consciencia; obviamente con el tiempo se llegó a la conclusión de que las sesiones tienen un mejor resultado si se les brinda a los sujetos información previa de las experiencias que se pueden vivenciar y las mejores formas para afrontarlas (Grof, 2021, 2005).

Durante este proceso, se les debe elucidar a los sujetos sobre el entendimiento que existe con respecto a los estados no ordinarios u holotrópicos de consciencia, se les

debe instruir con relación a la cartografía de Grof y tratar de explicar los fenómenos experienciales de los ámbitos perinatales y transpersonales, también es de suma importancia dar ejemplos de los acontecimientos físicos que esta experiencia puede generar; de igual forma se deben estipular las reglas a tomar en cuenta durante el proceso de ejecución y subrayarles la importancia de mantenerse en el momento presente; pero sobre todo, y probablemente más importante, explicarles que confíen en su proceso interno y que se entreguen a él sin intentar poner ninguna restricción de su parte por muy fuerte que la experiencia sea (Grof, 2005, 2021. Grof y Grof, 2011).

En cuanto al *setting* o el entorno en donde se llevará a cabo la sesión de RH, este debe ser un lugar adecuado y adaptado a la experiencia, debe brindarles seguridad a los pacientes, y tiene que estar ubicado en algún lugar donde no moleste a terceros, ya que durante las experiencias es muy común que las personas eleven su voz y generen ruidos extraños. Las observaciones de Grof (2005) le han confirmado claramente que los elementos físicos e interpersonales del *setting* pueden influir también profundamente en la naturaleza de la reacción a la RH.

Cuando buscamos un lugar adecuado para llevar a cabo la respiración holotrópica intentamos encontrar un centro de retiros o un hotel con una gran sala, que esté lo suficientemente aislada y alejada de otras actividades. Es fundamental que podamos hacer que la música suene a todo volumen y generar una gran cantidad de ruido y, al mismo tiempo, que no estemos expuestos a ninguna interferencia. (Grof y Grof, 2011, p. 62)

Se aconseja que el entorno esté decorado de manera agradable y natural, si la RH se lleva en conjunto con alguna otra psicoterapia y de manera individual, esto puede beneficiarle al terapeuta a la hora de modificar el entorno adecuado para cada paciente, ya que Grof mencionaría que el ambiente puede interferir en el manejo de las Matrices Perinatales Básicas (MPB) y su integración (Grof, 2005).

Otra parte esencial para la preparación de las sesiones con la RH es el análisis de las contraindicaciones físicas y emocionales para trabajar con los estados holotrópicos. Grof y su esposa se han percatado que es complicado enviar a casa a

sujetos cuando algunos problemas graves de salud se descubren inmediatamente antes de la sesión (Grof y Grof, 2011).

Las principales complicaciones que puede generar la RH en los sujetos se relaciona con enfermedades cardiovasculares:

Nuestra principal preocupación está relacionada con graves trastornos cardiovasculares: tensión alta, aneurismas, un historial de ataques de corazón, infartos cerebrales, miocarditis, fibrilación atrial u otros problemas semejantes. La razón para ello es que las sesiones de respiración pueden hacer aflorar recuerdos traumáticos asociados con fuertes emociones, lo que puede ser peligroso para participantes en estas condiciones [...] Algunos de estos recuerdos pueden también incluir considerables tensiones físicas. El revivir el propio nacimiento se asocia con estrés físico así como con emociones muy fuertes y puede presentar riesgos para la gente con problemas cardíacos importantes. (Grof y Grof, 2011, p. 68).

Esta situación con relación a los problemas cardiovasculares, sería vista por Grof de manera paradójica, ya que factores psicológicos, como recuerdos traumáticos del periodo perinatal, tienen un papel primordial en la génesis de las enfermedades cardiovasculares. Ante ello, Grof menciona:

La respiración holotrópica es una herramienta muy valiosa para despejar estas huellas traumáticas. Por lo tanto puede utilizarse en la prevención de problemas cardiovasculares o incluso en su tratamiento cuando todavía están en una fase temprana. Sin embargo, una vez la enfermedad progresa, los anteriores cambios funcionales (energéticos) se convierten en orgánicos (estructurales) y constituyen una contraindicación para el trabajo emocional profundo. (Grof y Grof, 2011, p. 68)

Otra consideración importante que puede generar complicaciones es el embarazo, no en absoluto, sólo en la última fase de este, ya que, si las mujeres reviven su nacimiento en un estado holotrópico y en la última parte de su embarazo, puede esto generarles la experiencia de dar a luz, ya sea simultáneamente o de forma alterna:

No se trata únicamente de un asunto psicológico; tiene unos aspectos claramente fisiológicos [...] A veces, hemos visto a mujeres no embarazadas que empiezan a menstruar en medio de su ciclo tras una fuerte experiencia de nacimiento. Lo que refleja claramente el grado en el que el útero puede verse fisiológicamente comprometido en el proceso. (Grof, y Grof, 2011, p. 69)

Otras condiciones que exigen atención son las personas con epilepsia; “Se sabe que la hiperventilación tiene la tendencia a acentuar las ondas cerebrales epilépticas (espigas, ondas agudas y descargas espiga y onda)” (Grof y Grof, 2011, p. 69). De igual modo las personas que han sufrido desprendimiento de retina o algún tipo de glaucoma asociado con una presión intraocular no deben enmarcarse en una forma de trabajo corporal que pueda aumentar la presión ocular (Grof y Grof, 2011).

Un punto a destacar es el trabajo tan complejo que puede existir con personas que han tenido en el pasado episodios espontáneos de trastornos emocionales de larga duración, que fueron incapaces de contener y tuvieron que requerir de la hospitalización. Mencionan Grof y Grof (2011) que; “Para ellos la respiración holotrópica puede hacer aflorar una gran cantidad de profundo material inconsciente que puede exigir días de elaboración” (p. 72). Desde la perspectiva de la psiquiatría tradicional, si una sesión con RH libera gran cantidad de material inconsciente que es complicado darle solución en el contexto de un taller, se estaría hablando de un brote psicótico y esto pondría a la técnica de la RH como un procedimiento arriesgado y peligroso, sin embargo, Grof concreta al respecto que:

En el marco filosófico de la terapia holotrópica, dicha situación presenta problemas logísticos a causa de las circunstancias, pero, por si misma, constituye una gran oportunidad terapéutica. Significa que material traumático muy importante del fondo del inconsciente se ha vuelto disponible para la elaboración consciente. Con la comprensión correcta, la guía y el manejo adecuado, puede ser algo muy beneficioso y desembocar a una situación radical y en transformaciones positivas de la personalidad. (Grof y Grof, 2011, p. 72)

La diferencia de interpretación de esta situación, menciona Grof (2021), refleja el choque de paradigmas que se experimenta actualmente en la psicología y la psiquiatría en relación a la comprensión de la naturaleza y función de los síntomas. Para el pensamiento transpersonal; “los síntomas son la expresión del impulso sanador del organismo y representan su intento de liberarse de su pasado traumático. Su intensidad indica por lo tanto la profundidad, el alcance y la velocidad del proceso de sanación” (Grof y Grof, 2011, p. 73).

Aunque existan ciertas contraindicaciones para el uso de la RH, esta “puede realmente utilizarse en terapia de una amplia gama de trastornos psicosomáticos y emocionales, incluyendo las emergencias espirituales, si tenemos la residencia apropiada y un sistema de apoyo” (Grof y Grof, 2011, p. 74). En base a esto, es de especial consideración la implementación de un cuestionario en donde se describan las condiciones y situaciones que se necesiten analizar antes de que el postulante sea aceptado para la práctica.

Una vez se tenga todo listo, se puede dar inicio a la práctica de la RH; en el caso de que la sesión no sea individual o privada, el trabajo implica formar parejas; en cada sesión, la mitad de los participantes respiran y la otra mitad funge como cuidador, por lo regular se pide que las parejas se formen al azar y que por ningún motivo se elija a una persona conocida (Grof y Grof, 2011). Antes de iniciar la sesión, se tiene que disponer del acomodo de las colchonetas, ya que la respiración se ejecuta de forma acostada. Una vez que el entorno físico está adecuadamente acomodado, se da inicio con un ejercicio de relajación, el cual fue implementado por Christina Grof, como parte de sus conocimientos en el Hatha Yoga y distintos tipos de meditación:

La función principal de esta introducción es ayudar a los participantes a que se relajen y se abran lo máximo posible y apunten a un estado que el budismo zen denomina «mente de principiante». Lo que significa soltar cualquier plan que se tenga sobre la sesión, poner en suspenso todo lo leído y oído sobre la respiración holotrópica y centrarse plenamente en el momento presente. (Grof y Grof, 2011, p. 79)

La actitud que se le pide al respirador ante la experiencia, es centrar toda su atención al proceso a medida que este se va desarrollando, instante a instante, dejándose llevar y envolver por este. Por lo regular el trabajo más importante del terapeuta es realizado al final, ya que es en donde se ocupa la terapia corporal para que exista una integración exitosa (Grof, 2005, 2021).

Gibson (2014) describe de manera resumida todo el proceso de un taller con RH de la siguiente manera:

A workshop begins with an informal lecture that sets forth some of the theoretical background and the practical aspects of HB. The process opens into an opportunity for the participants to speak to personal concerns, which fosters group rapport. After participants have achieved some familiarity with each other, they are paired for “breathing” sessions. In the first session one person “breathes,” and the other “sits.” (In a second session the roles reverse). The “breather” lies on a mat under the attention of the “sitter.” The session begins with a brief relaxation exercise, after which the breathers are instructed to intensify their breathing, making it gradually deeper and faster until they are moving as large a volume of air they possibly can. Recorded music plays and continues for the entire session. The music is non-specific, but evocative. It follows a trajectory that begins with activating music that especially emphasizes percussive rhythm. The trajectory moves through successive phases such as a movie sound track might, supporting the session but not leading it. The breathers keep their eyes closed or covered during the session. By twenty to forty minutes into the session most breathers begin to experience non-specific magnification of their psychic processes. Breathers’ experiences are varied and idiosyncratic. They may range from simply an intensified aesthetic sense to floods of imagery to visions [...] Facilitators may also offer supportive physical contact as appropriate. After two to three hours of nonordinary experience the breathers gradually return to more ordinary experience. Often facilitators’ work with a breather’s body assists the return. During the breathing session the other of each pair “sits” for the one who breathes. Sitters are charged primarily with focusing whole attention on their breather. Sitters also serve

mundane needs such as providing the breather with drinking water and tissue, or guiding the breather toward a restroom. All of this is done nonverbally. Sitters may help with bodywork. Breathers conclude their sessions at varying times, according to their own inclination. A facilitator inquires to ascertain that issues and bodily concerns that arose during the session are reasonably resolved. The sitter then ushers the breather to a secluded area furnished with art paper and pencils, markers, chalk, paints, etc., and provided with drinks and snacks. The breather draws and/or writes according to whatever motivation obtains. The drawing is done in a lighted area, but even there talking is discouraged. After all the breathers have concluded their session, and perhaps after a meal, the group convenes for a "sharing" session. The breathers are encouraged to share thoughts and descriptions about their experiences and their drawings. Sitters also are encouraged to share their own thoughts and observations. The facilitators may offer some observations on what participants share or on some features of the breathing session, but they refrain from interpretive comments on the sessions or drawings. The participants are urged to put their drawings up at home, so they can reflect on them and on their experience in the Breathwork session. [Un taller comienza con una conferencia informal que expone algunos de los antecedentes teóricos y los aspectos prácticos de la HB. El proceso da pie a que los participantes hablen de sus problemas personales, lo que fomenta la compenetración del grupo. En la primera sesión, una persona "respira" y la otra "se sienta". (En una segunda sesión se invierten los papeles). El "respirador" se tumba en una esterilla bajo la atención del "sentado". La sesión comienza con un breve ejercicio de relajación, tras el cual se instruye a los respiradores para que intensifiquen su respiración, haciéndola gradualmente más profunda y rápida hasta que muevan el mayor volumen de aire posible. Se escucha una música grabada que se mantiene durante toda la sesión. La música es inespecífica, pero evocadora. Sigue una trayectoria que se inicia con una música activadora que enfatiza especialmente el ritmo percusivo. La trayectoria se mueve a través de fases sucesivas como lo haría la banda sonora de una película, apoyando la sesión pero sin dirigirla. Los respiradores mantienen los ojos cerrados o cubiertos durante la sesión. A los

veinte o cuarenta minutos de la sesión, la mayoría de los respiradores comienzan a experimentar una magnificación no específica de sus procesos psíquicos. Las experiencias de los respiradores son variadas e idiosincrásicas. Pueden ir desde un simple sentido estético intensificado hasta inundaciones de imágenes o visiones [...] Los facilitadores también pueden ofrecer un contacto físico de apoyo, según convenga. Después de dos o tres horas de experiencia no ordinaria, las personas que respiran vuelven gradualmente a una experiencia más ordinaria. A menudo, el trabajo de los facilitadores con el cuerpo de la persona que respira le ayuda a regresar. Durante la sesión de respiración, el otro de la pareja "se sienta" para el que respira. Los sentadores se encargan principalmente de centrar toda la atención en su respirador. Los sentadores también atienden las necesidades mundanas, como proporcionar al respirador agua potable y pañuelos de papel, o guiarlo hacia el baño. Todo esto se hace de forma no verbal. Los cuidadores pueden ayudar con el trabajo corporal. Los respiradores concluyen sus sesiones en diferentes momentos, según su propia inclinación. Un facilitador pregunta para asegurarse de que los problemas y las preocupaciones corporales que han surgido durante la sesión se han resuelto razonablemente. A continuación, el facilitador conduce al respirador a una zona aislada, provista de papel y lápices de colores, rotuladores, tizas, pinturas, etc., y con bebidas y aperitivos. El respirador dibuja y/o escribe según la motivación que obtenga. El dibujo se realiza en una zona iluminada, pero incluso allí se desaconseja hablar. Una vez que todos los respiradores han concluido su sesión, y quizás después de una comida, el grupo se reúne para una sesión de "puesta en común". Se anima a los respiradores a compartir pensamientos y descripciones sobre sus experiencias y sus dibujos. También se anima a los que se sientan a compartir sus propios pensamientos y observaciones. Los facilitadores pueden ofrecer algunas observaciones sobre lo que comparten los participantes o sobre algunas características de la sesión de respiración, pero se abstienen de hacer comentarios interpretativos sobre las sesiones o los dibujos. Se insta a los participantes a que coloquen sus dibujos en casa, para que puedan reflexionar sobre ellos y sobre su experiencia en la sesión de respiración]. (pp. 39-40)

Por regla general, las personas no parecen tener inconvenientes por las experiencias que padecen, sino por lo que hacen con ellas. Es común que comuniquen o cuenten sus vivencias, aunque se les advierte que esto puede ser contraproducente, ya que las personas que no estén inmiscuidas en el tema pueden hacerles sentir que mienten o que ya están a punto de llegar a la “locura”, por ello es bueno saber con quién no hablar ya que no todos se manejan sobre el mismo entendimiento y conocimiento (Grof, 2005. Grof y Grof, 2011).

La integración de la práctica como se mencionó en la descripción de Gibson (2014), cuenta con el dibujo del mándala y la previa comunicación de este en grupo, aunque lo más ideal sería que las sesiones de RH se combinarán con entrevistas de seguimiento personal; “La función más importante de las entrevistas de seguimiento es evaluar la condición del respirador y sugerir enfoques complementarios si ello resulta indicado” (Grof, 2005, p. 125). Entre los enfoques que Grof suele recomendar para reforzar la integración se encuentra la práctica de la Gestalt de Fritz Perls, o la terapia del juego de arena de Dora Kalff (Grof y Grof, 2011).

5.3 La arquitectura y las raíces de los desórdenes mentales

Desde los primeros registros de la humanidad, siempre se ha tenido en cuenta el estudio de la enfermedad mental, lo cual ha generado una amplia variedad de investigaciones por parte de una infinidad de autores sobre las posibles causas o raíces que detonarían un mal funcionamiento psicológico. Cada autor inmiscuido en esta problemática ha tenido algo nuevo que aportar, y cada nuevo aporte se suma a un almacén gigantesco de información sobre las posibles génesis de las patologías. Queda claro que existen diferentes posturas de concebir el origen de la enfermedad mental, y lejos de compararlas y cuestionarse sobre cuál sería la mejor, se debe de entender que no existe mayor perspectiva que las que brindan todas en su conjunto y no por separadas.

La etiología de las patologías mentales dentro de la ciencia ortodoxa queda relegada al aspecto material, se entiende que todo problema es una complicación del funcionamiento cerebral y de los químicos de intercambio que existen en este aparato.

Por ello la psiquiatría no se aparta del uso de medicamentos que puedan contrarrestar estas anomalías, aunque esto en ocasiones sea más perjudicial (Tart, 1979).

La postura teórica de esta investigación y de la técnica y práctica de la Respiración Holotrópica, es la otorgada por el Dr. Stanislav Grof en base a sus amplias investigaciones sobre el estudio de la consciencia y la fenomenología de los estados holotrópicos. Por ello parece propio citar en estos dos últimos apartados del presente capítulo la concepción que él mismo concibe con respecto al origen de los desórdenes mentales (Grof, 1999, 2005, 2014, 2021).

Quizás su más grande aportación dentro de la psicología es el hecho de afirmar que la raíz de las enfermedades mentales no siempre está originada en el contexto biográfico de la persona, sino que esta se puede gestar desde el ámbito perinatal o incluso más allá de este; en el ámbito transpersonal (Grof, 1999, 2005, 2021. Grof y Grof, 2011). Él atribuiría que el primer momento traumático de toda persona es el embarazo y el proceso de parto, dentro del cual se darían pie a las diversas anomalías mentales, viéndose incrementadas con los distintos traumas biográficos que se van desarrollando y vivenciado durante la infancia y posterior a esta, generando así, diversas constelaciones traumáticas que redireccionan la vida y personalidad de cada sujeto (Grof, 1999, 2005, 2021; Grof y Grof, 2011).

Grof menciona que:

Existe una amplia gama de problemas clínicos, con raíces profundas en la dinámica del proceso muerte-renacimiento que están significativamente relacionados con el trauma del nacimiento y el miedo de la muerte y se puede influir terapéuticamente en ellos confrontándolos experiencialmente con el nivel perinatal del inconsciente. (Grof, 2021, p. 224)

De igual forma adjudica que:

muchos problemas emocionales, psicosomáticos e interpersonales están dinámicamente anclados en los reinos transpersonales de la psique humana [...] En muchos casos, los síntomas y síndromes psicopatológicos manifiestan una

estructura dinámica compleja de múltiples niveles, y están vinculados significativamente a todas las áreas principales del inconsciente: biográfica, perinatal y transpersonal. Para tratar con eficacia los problemas de este género, el terapeuta debe estar dispuesto a reconocer y confrontar sucesivamente el material procedente de cada uno de dichos niveles, lo que exige una enorme flexibilidad, así como independencia de la ortodoxia conceptual. (Grof, 2021, p. 224)

Ahora bien, la descripción del origen de los trastornos mentales que se dará a continuación es sólo una postura teórica basada en la observación de cientos de casos en los que se manejaron los estados holotrópicos de consciencia; es una teoría más, como la Freud o como la de Maslow o como la de cualquier otro autor que se haya inmiscuido en el tema de la enfermedad mental de manera profesional. Con esto se quiere dar a entender que esta postura teórica no es absoluta ni la idónea entre las demás, aunque sí tiene su grado de valía ya que se sustenta en una amplia investigación.

Entendiendo lo anterior, podemos empezar elucidando desde la perspectiva de Grof de dónde es que surgen las desviaciones o trastornos sexuales. Él menciona que, “Los pacientes que intentan resolver sus problemas sexuales, tarde o temprano, descubren las raíces más profundas de sus dificultades en el nivel de la dinámica perinatal o incluso en los diversos reinos transpersonales” (Grof, 2021, p. 227). Para Grof (2005, 2021), la clave primordial para una comprensión profunda de la psicopatología y psicología del sexo radica en el hecho de que, en el nivel perinatal del inconsciente, la sexualidad está íntima e inseparablemente conectada con las sensaciones y emociones asociadas tanto al nacimiento como a la muerte. No está tan clara la razón por la cual el hecho de revivir el nacimiento incluya un fuerte componente sexual, aunque Grof argumenta al respecto lo siguiente:

Parece que este vínculo refleja la existencia de un profundo mecanismo fisiológico propio del organismo humano, como lo indican numerosos ejemplos de diversas áreas. Así, la agonía física extrema, especialmente asociada a una asfixia severa, tiende a generar una intensa excitación sexual o incluso éxtasis religioso. Muchos

pacientes psiquiátricos que han intentado suicidarse colgándose y que han sido rescatados en el último momento, han declarado retrospectivamente que un nivel elevado de asfixia les había producido una enorme excitación sexual. También es sobradamente sabido que los reos ejecutados suelen tener erecciones e incluso eyaculaciones durante la agonía terminal. Los pacientes afectados por el denominado síndrome del cautiverio experimentan una fuerte necesidad de liberarse sexualmente, en conexión con el confinamiento físico y la asfixia [...] Al parecer, todos los seres humanos, si se les somete a torturas físicas y emocionales extremas, tienen la capacidad de ir más allá del sufrimiento y alcanzar un extraño estado de éxtasis. (Grof, 2021, pp. 229-230)

Una posible base neurológica podría constituirlo las características funcionales del sistema límbico:

Esta parte arcaica del sistema nervioso central contiene áreas íntimamente relacionadas entre sí, unas instrumentales en la auto conservación del organismo y asociadas por consiguiente con la agresión, y otras que juegan un papel importante en la conservación de la especie, relacionadas por tanto con la sexualidad. Es concebible que ambos centros se estimulen simultáneamente, o que la excitación de uno se extienda al otro. (Grof, 2021, pp. 230)

Para Grof (1999, 2005, 2021), los trastornos o desviaciones sexuales pueden tener importantes determinantes biográficos en la persona, pero las raíces de dichos problemas están siempre profundamente arraigadas en el nivel perinatal o dinámica de las Matrices Perinatales Básicas (MPB) del inconsciente o incluso en diversos reinos transpersonales. La naturaleza que introduce una reducción considerable, o ausencia total, de impulso libidinoso y apetito sexual, se suele conectar típicamente con las depresiones profundas; esto Grof lo correlaciona con la dinámica de la MPB II (el concepto y la dinámica de las MPB ya se explicó en el capítulo 3), mientras que la mayoría de alteraciones o desviaciones sexuales están correlacionadas psicogenéticamente con la dinámica de la MPB III.

Si en la práctica de la RH, al finalizar ésta, el paciente experimenta elementos de la MPB II sin llegar a resolverlos, posterior a la sesión pueden manifestarse síntomas de depresión reprimida, caracterizada por una carencia total de libido y desinterés por el sexo; “A pesar de que se pueden hallar más determinantes biográficos superficiales, que aparentemente explicarían la presencia de dicho problema, el contexto terapéutico en el que ocurre sugiere que está arraigado en la MPB 2” (Grof, 2021, p. 234). En cuanto a los trastornos funcionales del sexo, estos parecen correlacionarse con la MPB III, Grof comentaría que en el último periodo de una sesión con RH en donde dominó la MPB III y no se concretó la transición a la MPB IV, esto puede conducir a un gran incremento del apetito sexual, clínicamente conocido como “satiriasis” o “ninfomanía” (Grof, 2021), este estado de insaciable deseo por la permanente interacción sexual, “se relaciona típicamente con una sensación de liberación incompleta y falta de satisfacción después de un orgasmo sexual” (p.234). Por tanto, esto representa una curiosa combinación de impotencia e hipersexualidad, con lo cual Grof (2021), describiría que:

Examinándolo más de cerca, es evidente que esta situación sólo aparenta ser sexual a nivel superficial; en realidad, es pseudosexual y tiene muy poca relación con el sexo en un sentido más estricto. La clave del problema estriba en que el individuo está inundado por la energía perinatal que necesita ser descargada por cualquier medio posible. Dada la similitud entre la pauta del orgasmo sexual y el orgasmo del parto, los genitales, en estas circunstancias, se convierten en el canal ideal para la descarga periférica de dicha energía. Dado que las reservas de energía periférica son enormes, ni la interacción sexual repetida ni los orgasmos logran liberarla, ni producir satisfacción. (Grof, 2021, p. 234)

Siguiendo este mismo hilo de la dinámica de las Matrices, la impotencia o frigidez de origen psicogenético se entiende exactamente a la inversa; como “un tremendo impulso energético sexual” (Grof, 2021, p. 235). La cantidad de energía sexual pura parece combinarse con energía perinatal, asociándose en consecuencia con impulsos sadomasoquistas, angustia vital, culpabilidad profunda, temor a la pérdida de control, y un conglomerado de síntomas que según Grof, pertenecen a la MPB III, los cuales también incluyen el miedo a la asfixia, angustia cardiovascular, dolores musculares y

espasmos intestinales, calambres uterinos y preocupación por la pérdida de control de la vejiga o del esfínter anal. “A fin de cuentas, esta energía representa la gestalt incompleta del parto y un estado orgánico de amenaza vital” (Gref, 2021, p. 235). En base a esto, Grof (2021) adjudica que:

“el orgasmo sexual no se puede experimentar aisladamente de las mencionadas fuerzas, el abandono orgásmico liberaría un infierno experiencial. El miedo inconsciente del orgasmo y de la pérdida de control se convierte entonces en equivalente al miedo a la muerte y a la destrucción”. (Grof, 2021, p. 236)

Cuando el individuo finalmente vence la frigidez o este miedo al orgasmo sexual mediante el proceso de muerte-renacimiento en la psicoterapia con RH, por fin experimenta elementos positivos de la MPB III y MPB IV, que le hacen alcanzar una plena competencia sexual y, además, su capacidad orgásmica suele alcanzar niveles inusualmente elevados (Grof, 2005, 2021).

Un punto importante a rescatar con respecto a la perspectiva que se tiene de la sexualidad desde la mirada de Grof, es el término de “complejo de castración” implementado por Freud, según sus estudios, el temor a la castración representa tan sólo un aspecto superficial y biográfico, y una elaboración secundaria de un problema mucho más primordial: el corte del cordón umbilical, que se deriva por consiguiente, del trauma biológico y psicológico fundamental de la existencia humana, pertinente a la vida y a la muerte (Grof, 2021; Grof y Grof, 2011).

Grof (2021) afirma que:

El hecho de cortar el cordón umbilical representa la separación final del organismo materno y, por consiguiente, una transición biológica de significado fundamental [...] Cuando nos damos cuenta que los temores de castración están relacionados con el recuerdo específico de un hecho biológico, significativo a nivel de vida y muerte, en lugar de la pérdida imaginaria de los genitales, es fácil comprender algunas de sus características hasta entonces misteriosas, antes mencionadas. (Grof, 2021, p. 237)

La dinámica de la MPB III según Grof, puede explicar perfectamente bien las variaciones, desviaciones y perversiones sexuales por su íntima correlación con la angustia, el dolor físico, la agresión y la escatología, en combinación con una excitación intensa, cuya génesis ya se ha analizado. Recordemos que la MPB III se caracteriza por el proceso de parto en donde existe una presión ejercida por el útero, pero con el “beneficio” de que la apertura del canal ya se encuentra abierta para la posible expulsión del bebé, esta matriz muestra una dualidad muy marcada, que experimentándola en estados holotrópicos puede generarle a uno mismo la vivencia de verse como agresor y agraviado al mismo tiempo; “Eso explicaría no sólo la fusión de la sexualidad y la agresión, sino el hecho de que el sadismo y el masoquismo sean dos lados de la misma moneda y constituyan una unidad clínica, el sadomasoquismo” (Grof, 2021, p. 239).

Esta dualidad de la MPBIII acompañada de los sentimientos de angustia, agresión, escatología y excitación puede desencadenar desde la perspectiva de Grof, patologías tales como violaciones, asesinatos sádicos y necrofilia. “Los individuos que experimentan los aspectos sexuales de la MPB III suelen manifestar el hecho de que dicha etapa del proceso del nacimiento tiene muchas características en común con la violación” (Grof, 2021, p. 240). En contraparte, la patología del violador, “se exterioriza y pone en acción las fuerzas introyectadas del canal del parto, al mismo tiempo en que se venga de la madre remplazante” (p. 240). Esto se hace más evidente con asesinatos sádicos que se encuentran íntimamente relacionados con las violaciones.

Grof (2021) menciona que;

Además de una descarga conjunta de impulsos sexuales y agresivos, estos actos incluyen los elementos de la muerte, mutilación, desmembración, e indulgencia escatológica en la sangre e intestinos, lo que supone una asociación característica con el hecho de revivir las últimas etapas del nacimiento. (p. 240)

De igual forma, aunado a esto, señala que:

la dinámica del suicidio sangriento está íntimamente relacionada con el asesinato sádico, con la única diferencia de que en el primer caso el individuo adopta el

papel de víctima, mientras que en el segundo, el de agresor. A fin de cuentas, ambos papeles representan aspectos separados de la misma personalidad, el de agresor que refleja la introyección de la opresión y fuerzas destructivas del canal del parto, y el de víctima, con sus recuerdos de las emociones y sensaciones del nacimiento. (pp. 240-241)

Las observaciones clínicas sobre los nuevos estudios de la consciencia indican, que estas desviaciones tienen su raíz en la fijación que tiene el sujeto del recuerdo al momento de nacer, por ende las actitudes más profundas hacia las materias biológicas determinan la experiencia del nacimiento. Ahora bien, el énfasis en la interpretación de que las desviaciones sexuales radican en el ámbito perinatal, no implica que los sucesos biográficos carezcan de importancia en el desarrollo de las patologías mentales, en realidad los factores psicogenéticos que enmarca la teoría psicoanalítica han sido consistentemente confirmados tanto por el trabajo psicodélico como por el trabajo experiencial sin el uso de drogas, la única diferencia radica, según Grof (2021):

En que los sucesos biográficos no son interpretados como causa de dichos problemas, sino como condiciones para su desarrollo. Los aspectos biográficos tienen tanta importancia porque refuerzan selectivamente ciertos aspectos o facetas de la dinámica perinatal, o debilitan profundamente el sistema de defensas que habitualmente impide que la energía y el contenido perinatal emerja en la consciencia. (Grof, 2021, p. 246)

De igual forma desde esta mirada, se ha intentado cuestionar y elucidar los posibles orígenes de la violencia. El material psicodinámico y de naturaleza biográfica, por muy traumático que sea, parece incapaz de explicar de manera adecuada, los graves y drásticos fenómenos psicopatológicos, tales como los suicidios sangrientos, el sadomasoquismo, las automutilaciones, los asesinatos horribles o las matanzas compulsivas indiscriminadas, observadas en individuos enloquecidos.

Las nuevas investigaciones clínicas con estados holotrópicos han arrojado una nueva comprensión con respecto al origen de dichos actos agresivos. De acuerdo con el psicólogo Erich Fromm (citado en Grof, 2021), resulta necesario distinguir *la agresión*

defensiva o benigna, que está al servicio de la supervivencia del individuo y de la especie, de la *destrucción maligna y crueldad sádica*, que es específica del humano y tiende a aumentar, en lugar de decrecer. Estas observaciones con estados holotrópicos han demostrado que la agresión maligna; “..no es un fenómeno arraigado ineludiblemente en la estructura del sistema nervioso central y en sus rígidos programas instintivos, sino una manifestación flexible y modificable de las matrices funcionales, o programación del cerebro” (Grof, 2021, p. 258).

Además, estos descubrimientos colocarían a la agresión maligna, según la perspectiva de Grof (2021) en:

el contexto del proceso muerte-renacimiento, vinculándola por consiguiente con la lucha por la trascendencia y con el anhelo místico. Si se confronta y elabora internamente en una estructura social reconocida y segura, la experiencia de la agresión maligna y de la autodestrucción puede convertirse en un instrumento importante del proceso de transformación espiritual. Desde este punto de vista, gran parte de la violencia injustificada, tanto la dirigida con uno mismo como contra los demás, ya sea individual o colectiva, parece ser consecuencia de impulsos espirituales tortuosos e incomprensidos. (p. 258)

Cuando se acepta y reconoce con claridad que sólo una pequeña parte de los impulsos agresivos y asesinos pertenecen a los traumas de la infancia y que su procedencia más profunda la constituye el trauma de “un mal vientre” en conjunto con la del nacimiento o el parto, la magnitud, la intensidad y naturaleza malévola de dichos impulsos violentos comienza a tener sentido (Grof, 1999, 2021). “La amenaza vital que supone para el organismo el proceso de nacimiento, así como el sufrimiento físico y emocional agudo, el enorme dolor y el miedo a la asfixia, convierten esta situación en una fuente plausible de agresión malévola” (Grof, 2021, p. 262).

Grof afirma de igual forma la importancia que Freud puso sobre las zonas erógenas como posibles vínculos para desarrollar el trauma, pero esta vez en correlación con el impacto del ámbito perinatal. Él explica esta correlación de la siguiente manera:

El hecho de que todas las zonas erógenas freudianas participen activamente en el proceso del nacimiento facilita un vínculo natural entre los traumas posteriores a lo largo de las diversas etapas del desarrollo libidinoso. Por consiguiente, las experiencias difíciles y dolorosas que afectan las áreas oral, anal, uretral y fálica, así como sus funciones, no son de por sí traumáticas, sino debido también específicamente a su asociación íntima con elementos perinatales. Como consecuencia de esta conexión, facilitan canales experienciales a través de los cuales, en ciertas circunstancias, diversos aspectos de la dinámica perinatal pueden influir en el proceso consciente. Por tanto las experiencias de la infancia no son la auténtica fuente primaria de agresión maligna. Estas solo contribuyen al repositorio abismal existente de agresión perinatal, debilitan las defensas que normalmente impiden que emerja en la consciencia y colorean específicamente sus manifestaciones en la vida del niño. (Grof, 2021, p. 262)

Desde esta mirada, la agresión maligna esta condensada en la dinámica de la MPB III, en donde se haya la lucha más intensa de muerte-renacimiento, y en donde, si esta no es afrontada e integrada de manera adecuada, puede acarrear distintos trastornos agresivos. De igual forma algunas patologías agresivas tienen su génesis en el ámbito transpersonal, las remembranzas de vidas o sucesos pasados agraviantes pueden quedar impregnados en el material genético de los pacientes, haciendo que sólo la vivencia de estos sucesos mediante estados holotrópicos sea el único cause para darles solución (Grof, 1999, 2005, 2021). “Los reinos transpersonales representan, por consiguiente, un surtido repositorio de diversos tipos y grados de energía negativa” (Grof, 2021, p. 267)

En el propio trabajo clínico, las raíces transpersonales de la agresión algunas veces representan la etapa más profunda de un orden de múltiples niveles, que también incluye componentes biográficos y perinatales. En otros casos, las formas transpersonales específicas subrayan inmediatamente los síntomas emocionales y psicosomáticos. En ambos casos, los problemas clínicos con dicha estructura dinámica no pueden ser resueltos a no ser que el individuo esté dispuesto a experimentar las gestalts transpersonales involucradas. (Grof, 2021, p. 268)

Un análisis profundo sobre las patologías graves de las agresiones desde la perspectiva transpersonal sugiere que estas están motivadas por un intento de autocuración. En el contexto de la gestalt que subyace a la agresión, esta emoción y sensación física desagradable está representada con una intensidad que supera la experiencia consciente del sujeto, si esta gestalt inconsciente se ajusta a la experiencia con estados holotrópicos y es afrontada, el problema queda resuelto y la curación se realiza (Grof, 2021).

Por lo tanto, Grof mencionaría que:

La impresión de que es importante experimentar en mayor grado el mismo dolor para alcanzar una solución es esencialmente correcta. Sin embargo, para que esto ocurra, la pauta experiencial debe ser completada internamente y no simplemente representada. Es esencial que el sujeto reviva la situación original de un modo completo y con plena consciencia. (Grof, 2021, pp. 265-266)

En la actualidad se entiende a los trastornos en términos de síntomas y síndromes. Por lo general los síntomas hacen referencias a las manifestaciones emocionales y psicósomáticas como piezas individuales de una patología, mientras que los síndromes pueden ser comprendidos como los conjuntos o constelaciones de síntomas manifestantes en la práctica clínica. Las observaciones de la psicoterapia con estados holotrópicos revela que en la dinámica perinatal se pueden derivar la mayor cantidad de síntomas psiquiátricos individuales, tales como la angustia, la agresión, la depresión, culpabilidad, inferioridad, obsesiones y compulsiones (Grof, 1999, 2005, 2021; Grof y Grof 2011).

La angustia, que bien puede ser considerada como el síntoma de mayor importancia, es un concomitante natural y lógico del proceso de parto, de igual forma la agresión de proporciones extremas es comprensible en relación con este proceso, ya sea como reacción al dolor físico y emocional, a la asfixia o al peligro de supervivencia. Sin embargo, el niño atrapado en el vientre en donde aún no se abre el canal del parto, pero ya empiezan a existir cambios químicos y contracciones que lo atañen (la dinámica de la MPBII), no puede dar rienda suelta a la corriente de impulsos emocionales y

motrices, ya que se le imposibilita el luchar, moverse, abandonar la situación o chillar; por consiguiente, puede ser concebible que en estas circunstancias se aloje una cantidad de angustia, tensión e impulsos agresivos que serán descargados posteriormente, lo que le daría a Grof la posibilidad de afirmar que esta enorme reserva de energía no sólo es base de la angustia y agresión, sino de muchos trastornos psiquiátricos como las tensiones musculares generalizadas, los temblores, los tics, las actividades paralizantes y las depresiones (Grof, 2021).

El hecho de que el niño experimente un sistema cerrado del canal del nacimiento facilita la comprensión de Freud de la depresión como agresión dirigida hacia el interior, esta conexión es entendida por Grof (2021) como:

Esta conexión queda claramente ilustrada por el hecho de que la consecuencia extrema tanto de la depresión como de la agresión es el asesinato. El homicidio y el suicidio sólo se diferencian en la dirección tomada por los impulsos destructivos. Por consiguiente, el síntoma de la *depresión* tiene también su prototipo perinatal, ya que la *depresión reprimida* constituye la situación sin salida de la segunda matriz perinatal, que en efecto evita toda descarga enérgica o flujo y en el caso de *depresión agitada*, es la tercera matriz perinatal la que permite cierta expresión limitada de agresión. (Grof, 2021, pp. 272-273)

Los sujetos sometidos a terapia con estados holotrópicos han ofrecido interpretaciones de un vínculo existente entre la culpabilidad (otro síntoma psiquiátrico básico) y el nacimiento, algunos atribuyen la culpabilidad a la pérdida armoniosa del estado intrauterino y a las emociones profundamente negativas durante el parto. Desde este punto de vista, Grof (2021) menciona que, “las fuerzas agresivas e instintivas desencadenadas durante el parto biológicos pueden considerarse como indicativas de una maldad inherente y la pérdida del útero, así como la agonía en el canal del parto son consideradas como su castigo correspondiente” (p. 273-274). De este modo Grof afirma que: “el grado de culpabilidad inconsciente parece comparable y directamente proporcional a la cantidad de dolor inconsciente” (Grof, 2021, p. 274).

La culpabilidad desde esta perspectiva, se asemeja al hecho de haber cometido un acto horrible, sin tener idea de cuál fue dicho acto, es un esfuerzo desesperado por racionalizar lo absurdo del sufrimiento, impuesto en el sujeto sin razón inteligible alguna. El niño cuando empieza a sentir las contracciones sin ver salida alguna aún, puede sentirse culpable por ello sin tener dicha culpabilidad. Sólo cuando el proceso rebasa el ámbito perinatal y llega al ámbito transpersonal, se puede dejar de ver al sufrimiento y a la culpabilidad como absurdas y caprichosas, comprendiéndolas más como un reflejo de la responsabilidad kármica del individuo (Grof, 1999, 2021).

La introducción del ámbito perinatal al inconsciente facilita la comprensión de que tanto los fenómenos emocionales como biológicos representan distintos lados de una misma moneda y ambos pueden ser entendidos por el común denominador del proceso del parto. De esta forma el nivel perinatal del inconsciente representa un repositorio polifacético y caudaloso de cualidades emocionales, sensaciones típicas y poderosas energías. Grof (2021) menciona que:

Esto parece funcionar como una matriz potencial, de carácter universal y relativamente indiferenciada, para el desarrollo de la mayoría de las formas de la psicopatología. En la medida en que las matrices perinatales reflejan el propio trauma del nacimiento, sería lógico suponer que existieran variaciones sustanciales en el alcance global de los elementos negativos de un individuo a otro. Sin duda tendría que afectar el hecho de que alguien hubiera nacido en un momento dado, en un ascensor, un taxi, o de camino hacia el hospital, o que el parto hubiera durado quince horas, hubiera sido necesario el uso de fórceps y de otras medidas extremas. (Grof, 2021, pp. 276-277)

Hay que dejar en claro que el trauma del nacimiento es una fuente potencial para desarrollar posibles trastornos, sin embargo, el hecho de que la psicopatología se desarrolle, y adquiera forma, quedará fundamentalmente codeterminado por el desarrollo posnatal del individuo y por consiguiente por la naturaleza y dinámica de los sistemas COEX (Grof, 2021).

Ahora bien, para Grof (2005, 2021) la culpabilidad puede ir de la mano con las *depresiones inhibidas severas*, y estas tienen su origen en la dinámica de la MPB II, básicamente la influencia de esta matriz genera experiencias en el individuo de un dolor mental agonizante, desesperación, una inmensa sensación de culpabilidad e insuficiencia, angustia profunda, falta de iniciativa, carencia de interés general, y una incapacidad para disfrutar de la existencia. De igual forma las depresiones inhibidas tiene impactos físicos, bloqueando e inhibiendo las principales funciones fisiológicas del cuerpo, lo cual es bastante correlativo con las manifestaciones físicas de la MPBII, como sentimientos de opresión, constreñimiento y encierro, asfixias, tensión, jaquecas, pérdida de interés por la comida y el sexo, y problemas con el ciclo menstrual o el ritmo de sueño.

Los paradójicos descubrimientos bioquímicos, que sugieren que aquellos que parecen de depresión inhibida pueden mostrar altos niveles de tensión, como los indicados por el nivel de las hormonas catecolaminas y esteroides, encajan perfectamente en la imagen de la MPBII, que refleja una situación de tensión elevada, sin acción ni manifestación extrema. (Grof, 2021, p. 285)

Esta etapa del parto biológico incluye la interrupción del vínculo entre la madre y el niño a través de contracciones uterinas, el aislamiento, el cese de alimentos y calor, y el hecho de verse expuesto al peligro sin protección ninguna. Por tanto, es comprensible que los determinantes principales de los sistemas COEX relacionados con la depresión (sobre todo los biográficos), incluyan cuestiones como el rechazo, separación o ausencia de la madre, y sentimientos de soledad, frío, hambre y sed, durante la primera y segunda infancia (Grof, 2021).

Por otro lado, la *depresión agitada* tiene una amplia diferencia en relación con la inhibida, ya que esta no se sitúa en la dinámica de la MPBII, sino más bien en la de la MPBIII. Grof (2021) mencionaría que sus características particulares se asocian con “un alto nivel de tensión y de angustia, una cantidad excesiva de excitación y agitación psicomotriz, e impulsos agresivos dirigidos tanto hacia el interior como hacia el exterior” (p. 286). Los sistemas COEX asociados con la depresión de esta matriz, se relacionan con la agresión y la violencia, diversos tipos de crueldad, abusos sexuales y violaciones,

intervenciones médicas dolorosas y enfermedades en las que intervenga la asfixia y dificultades respiratorias (Grof, 2021).

De igual forma, la *manía* puede relacionarse con el proceso perinatal, según Grof (2021), algunas características de este síntoma se vuelven más comprensibles cuando se relacionan con la dinámica de las matrices perinatales, ya que puede estar psicogenéticamente vinculada con la transición experiencial de la MPB III a la MPBIV. Grof menciona al respecto que esto puede interpretarse como:

indicación clara de que el individuo se encuentra parcialmente bajo la influencia de la cuarta matriz perinatal, pero no obstante todavía en contacto con la tercera [...] El deseo de estar en paz, dormir y comer, típicos de la manía, son las metas naturales de un organismo inundado por los impulsos asociados con la última etapa del nacimiento. (Grof, 2021, p. 287).

Dentro de las investigaciones clínicas de psicoterapia con estados holotrópicos, se pueden observar ocasionalmente episodios maniacos pasajeros, como fenómenos que sugieren un renacimiento incompleto. Esto ocurre cuando los sujetos superaron la difícil experiencia de muerte-renacimiento, pero sin estar dispuestos a enfrentarse al material irresoluto de la MPBIII. Esto los hace adherirse a una incierta victoria; “La naturaleza exagerada y voluntariosa de las emociones y conductas maniacas demuestran claramente que no son auténticas expresiones de alegría y libertad, sino formaciones reactivas al miedo y a la agresión” (Grof, 2021, p. 288).

Los sistemas COEX que se relacionan con la manía incluyen episodios donde la satisfacción a tenido lugar bajo circunstancias de inseguridad e incertidumbre con relación a la autenticidad y continuidad de la gratificación (Grof, 2021). De la misma forma, todas las observaciones procedentes del trabajo con estados holotrópicos, “parecen sugerir que el recuerdo de la última etapa del nacimiento, con su cambio repentino de la agonía a una sensación dramática de liberación, representan las bases naturales de las pautas alternantes de los trastornos maniacodepresivos” (Grof, 2021, p. 289).

Otro fenómeno importante de la psiquiatría emparentado con la depresión es el *suicidio*, la dinámica de las MPB, ofrece un concepto sobre esta problemática totalmente nuevo y fascinante. Para ello, Grof (2021) mencionaría que es necesario responder dos cuestionamientos que engloban al suicidio. El primero es el factor del por qué un individuo decide suicidarse violando completamente el instinto de auto-conservación, y el segundo hace referencia a la elección específica del método de suicidio:

Parece existir un vínculo íntimo entre el estado mental en el que se encuentra la persona definida y el tipo de suicidio que planifica o comete. El impulso no es sólo el de acabar con la vida, sino el de hacerlo de un modo particular. (Grof, 2021, p. 290)

El suicidio de primer tipo, o *suicidio no violento*, desde la perspectiva de la investigación con estados holotrópicos se emparenta con el tipo de *depresión inhibida* que se desarrolla en la dinámica de la MPBII (Grof, 2021), un individuo al que le es imposible escapar de los fenómenos y vivencias de la segunda matriz perinatal elegirá el camino más sencillo en dicho estado, que es el de regresar a la unión original en donde no existía labor prenatal, en teoría, intentar regresar a la MPBI en donde se puede experimentar de manera mística el tipo de experiencia oceánica (la dinámica de la MPBI se describió en el capítulo 3).

Grof (2021) describe este tipo de suicidio de la siguiente manera:

La meta final consiste en perder la dolorosa consciencia de la separación e individualidad de uno mismo y alcanzar un estado indiferenciado de «conciencia oceánica», que caracteriza la existencia embrionaria. Las formas leves de este tipo de ideas suicidas se manifiestan como deseo de no salir, o de caer en un profundo sueño, olvidarlo todo y no volver a despertar jamás. Los planes o intentos suicidas de este grupo incluyen el uso de altas dosis de hipnóticos o tranquilizantes, la inhalación de monóxido de carbono o de gas doméstico, ahogarse, desangrarse en la bañera y congelarse en la nieve. (Grof, 2021, p. 291)

Por otro lado, el segundo tipo de suicidio o *suicidio violento*, está emparentado con la *depresión agitada*, y de igual forma ambas se desarrollan en la dinámica de la MPBIII. Para un individuo bajo la influencia de la tercera matriz perinatal, la regresión a la MPBI le resulta más complicada, ya que tendría que cruzar la etapa infernal de la MPBII, (psicológicamente peor que la MPBII), por ello prefiere disponer de saltar a la MPBIV, en donde dicho suceso puede ser terminado por la liberación explosiva, que se tuvo lugar en el momento del nacimiento biológicos (Grof, 2021). El patrón básico de esta cuestión, “consiste en identificar la tensión y el sufrimiento, conduciéndoles a un punto culminante, para alcanzar entonces la liberación en el contexto de una descarga explosiva de impulsos destructivos, rodeados de diversas formas de materias biológicas” (Grof, 2021, p. 291).

También existe la noción, desde esta mirada, de que el suicidarse colgándose, puede ser caracterizado por la sensación de asfixia, estrangulación y fuerte excitación sexual vivenciados entre la dinámica de la MPBII y la MPBIII (Grof, 2021). De igual forma, a la adicción con drogas, desde esta concepción, se le caracteriza como un tipo de suicidio. Grof (2005, 2021) mencionaría que, en los casos en que se vivencia el proceso de la dinámica de la tercera matriz perinatal de lucha en el canal del parto, y esta es reducida u ocultada por una profunda anestesia, el individuo será programado casi a nivel celular, para huir de un estado de tensión severa a otro bajo el estado de las drogas. Por ende, una adicción desde esta perspectiva sería un suicidio no violento, generado en la dinámica de la MPBIII y que de cierta forma posterga la muerte. “El consumo excesivo de alcohol o narcóticos parece constituir un análogo mitigado de las tendencias suicidas. Tanto el alcoholismo como la drogadicción han sido descritos frecuentemente como formas lentas y prolongadas de suicidio” (Grof, 2021, p. 294).

Ante esta problemática mental del suicidio, Grof afirma lo siguiente:

El mejor remedio contra las tendencias destructivas, y los impulsos suicidas consiste, por consiguiente, en experimentar la muerte y renacimiento del ego y la unión cósmica. De ese modo, no sólo se consumen las energías e impulsos destructivos, sino que el individuo establece contacto con el contexto

transpersonal en el que el suicidio ya no parece constituir solución alguna. (Grof, 2021, p. 294)

Grof también brindó una explicación teórica con respecto a la génesis de diversas neurosis, fobias, histerias y otras tantas patologías que pueden correlacionarse con algunos aspectos del origen de las depresiones. Sin duda alguna su amplia investigación de la consciencia es un aporte fundamental para el desarrollo de la psicología que merece ser tomado en cuenta.

Para culimnar este apartado, es conveniente e interesante elucidar la perspectiva teórica que se tiene de la enfermedad mental denominada y comprendida en un primer momento como “psicosis”. A pesar de la enorme inversión de tiempo, dinero y energía, los problemas relacionados con la etiología y naturaleza de los procesos psicóticos se han resistido a los esfuerzos de diversas generaciones de científicos.

Las teorías psicológicas sobre la psicosis, según Grof (2021), recaen en tres categorías explícitas. La primera categoría está del lado extremo de la postura científica ortodoxa, ya que interpretan las psicosis básicamente como problema de la vida, o diversos modos de estar en el mundo. La segunda categoría es donde básicamente recaen la mayoría de postulados teóricos al interpretar a las psicosis como estados patológicos, con raíces de índole psicológico más que orgánico. Por último, la tercera categoría, es la que más importa a la postura teórica que compete a esta investigación: “Desde este punto de vista, muchos estados inusuales de consciencia, considerados tradicionalmente como psicóticos y, como tales, indicativos de una grave enfermedad mental, son interpretados como un enorme esfuerzo para solucionar algún problema” (Grof, 2021, p. 322)

Queda entonces claro que no existe acuerdo general entre la psiquiatría y psicología sobre la naturaleza y etiología de los procesos psicóticos, sólo se hace hincapié en la enorme complejidad del problema, y se prefiere plantear a este síndrome en términos de “etiología múltiple” (Grof, 2021).

Existen pruebas abundantes, procedentes de diversos campos de la investigación, que indican que entre las personas con experiencias inusuales de la consciencia, calificadas sistemáticamente de psicóticas, existe un subgrupo considerable de individuos que están llevando a cabo un proceso extraordinario y potencialmente curativo de autodescubrimiento y evolución de la conciencia. (Grof, 2021, p. 324)

Grof llevó a cabo un amplio estudio psicoterapéutico con la LSD en el Instituto de Investigación psiquiátrica de Praga, en donde observó una mejora espectacular en pacientes psicóticos. Desde su perspectiva, algunas clases de psicosis pueden ser sumamente curables si se entienden a raíz de los ámbitos perinatal y transpersonal; menciona que, si bien en las neurosis los elementos perinatales y transpersonales aparecen de forma mitigada, en la psicosis estos se experimentan de forma plena y pura.

Para Grof, “Las raíces más profundas de la sintomatología esquizofrénica pueden encontrarse en las diversas matrices perinatales y en las experiencias transpersonales negativas” (Grof, 2005, p. 263). De igual forma, las matrices perinatales y transpersonales involucradas en las crisis psicóticas, son las únicas que pueden facilitar el proceso de transformación espiritual y evolución de la consciencia, el problema fundamental consistiría entonces, según él, en distinguir lo que es un proceso psicótico y un proceso místico.

Dentro de la ciencia, la psicosis es comprendida en base a los parámetros del paradigma newtoniano-cartesiano, en donde su principal sintomatología es concebida como la “pérdida de la realidad”, realidad que esta misma ciencia se ha encargado de interpretar. Independiente de esto, las nuevas investigaciones sobre la consciencia han descubierto que lejos de “perder la realidad” existe cierta conexión con otro estado de realidad o consciencia que es incomprensible para los sentidos e incluso para el razonamiento. Grof llama a este estado de realidad “holotrópico”, y al estado normal que enmarca la ciencia mecanicista lo denominaría como “hylotrópico”. Para él, la verdadera salud mental podría concebirse como un equilibrio entre estos dos estados, y el problema de la psicosis radica en la mala resolución del estado holotrópico, lo que generaría una

fijación en este, y por consiguiente la “pérdida de la realidad” o la pérdida del ámbito hylotrópico” (Grof, 1999, 2005, 2021; Grof y Grof, 2011). “Los estados psicóticos representan, por consiguiente, un vínculo confuso entre el mundo interior y la realidad consensual” (Grof, 2021, p. 332).

Como ya se ha explicado lo que es el estado holotrópico, podemos entender que algunas psicosis no son más que el profundo inconsciente perinatal y transpersonal mostrándose puro para poder ser procesado e integrado. Entonces, para entender el fenómeno de la psicosis desde este modelo, resulta necesario centrarse en dos objetos importantes; el primero es hacer referencia a los mecanismos que desencadenaron que el individuo haya ingresado a los ámbitos perinatal y transpersonal, y el segundo, probablemente más importante, es la cuestión de la actitud del individuo hacia el contenido de esas experiencias, su interpretación personal hacia ellas, y su capacidad para integrarlas (Grof, 2021).

Existe una sutil transición entre la depresión profunda y la psicosis depresiva, la última puede manifestar de forma pura el contenido de la MPBII, incluyendo alucinaciones del infierno, diablos y torturas diabólicas, que suelen insinuar el estancamiento en un vientre sin salida, que asfixia y contrae en un proceso de vida y muerte. La MPBII parece constituir la base de la angustia indiferenciada y amenaza generalizada, que caracterizan a la paranoia, mientras que la fenomenología de la MPBIII agrega una amplia gama de experiencias a la imagen clínica de la psicosis o esquizofrenia (Grof, 2021).

Del mismo modo, Grof afirma que:

la transición de la MPB 3 a la MPB 4 contribuye al amplio espectro de fenomenología esquizofrénica, con imágenes apocalípticas de la destrucción del mundo y de la aniquilación de uno mismo, escenas del juicio de los muertos, o juicio final, experiencias del renacimiento y recreación del mundo, identificación con Jesucristo y otros personajes divinos que simbolizan la muerte y la resurrección, sentimientos grandiosos mesiánicos, elementos de la divina

epifanía, visiones angelicales y celestiales, y una sensación de redención y salvación. (Grof, 2021, pp. 335-336)

En base a todas las observaciones y descubrimientos que Grof encontró en el estudio de los estados holotrópicos de consciencia, él puede concluir del fenómeno de la psicosis lo siguiente:

En vista de los descubrimientos de la psicoterapia con LSD y los otros enfoques experienciales profundos [entre ellos la Respiración Holotrópica], será necesario revisar y evaluar a fondo el concepto de psicosis. Las matrices de experiencias perinatales y transpersonales parecen constituir componentes normales y naturales de la psique humana, y la vivencia de las mismas está dotada de un claro potencial curativo, si se enfoca con la debida comprensión. Es por consiguiente absurdo diagnosticar una psicosis, en base al contenido de la experiencia del individuo. En el futuro, la definición de lo que es patológico y de lo que es curativo o que conduce a una evolución, debería hacer hincapié en la actitud hacia la experiencia, el estilo de curación y la habilidad de integrarla en la vida cotidiana. En dicho marco, también será necesario distinguir claramente entre una estrategia terapéutica que conduzca a la curación y otra que sea nociva, contraproducente y que, en definitiva, tenga efectos dañinos. (Grof, 2021, p. 344)

5.4 Potencial terapéutico y mecanismos de acción

Para aquellos que no han tenido la experiencia de comprobar el efecto psicoterapéutico de la técnica de la Respiración Holotrópica (RH), bien podrían dudar de la acción sanadora de lo que parece ser un simple proceso en el que se combina una respiración profunda y acelerada en conjunción con música evocativa. Lo cierto es que, la RH no se jacta de tener efectos terapéuticos por sus herramientas, sino más bien, por los estados holotrópicos que generan dichas herramientas, y para ello, siempre será necesario estructurar y enfocar la experiencia de manera específica para hacer que el

material inconsciente que emerge sea terapéutico y no destructivo (Puente, 2014; Contreras y Zenteno, 2014; Grof y Grof, 2011; Grof, 2021).

A simple vista y en un primer momento, se pueden observar en la experiencia holotrópica, los mecanismos terapéuticos tradicionales, como la emergencia de recuerdos reprimidos, el fenómeno de la transferencia, visiones intelectuales y emocionales profundas, etc., pero de una manera más intensificada. También existen mecanismos que son propios de los estados holotrópicos, y pasan desapercibidos desde un entendimiento científico y psicológico convencional; entre ellos se pueden encontrar los cambios dinámicos y significativos de los sistemas gobernantes de la psique (sistemas COEX), de igual forma el mecanismo de revivir el trauma de nacimiento y la experiencia de muerte-renacimiento psicoespiritual pueden influir de manera positiva en un amplio espectro de trastornos, así como también los mecanismos terapéuticos asociados con el ámbito transpersonal, que se relacionan con experiencias de vidas pasadas, encuentros con figuras arquetípicas y experiencias de unidad cósmica (Grof y Grof, 2011).

Por regla general, Grof y Grof (2011) afirman que la RH “disminuye las defensas psicológicas del individuo y hace menor la resistencia ante recuerdos de acontecimientos dolorosos del pasado” (p. 178); por ello en un nivel superficial se pueden poner en juego todos los mecanismos terapéuticos conocidos por la psicoterapia verbal, pero de manera más intensificada, aumentando así la respuesta emocional del sujeto desencadenando en ocasiones una fuerte abreacción y catarsis. Grof (2005) ante esto menciona que:

El material inconsciente reprimido que incluye recuerdos de la temprana niñez, se vuelve accesible fácilmente, y eso puede que resulte no sólo en un *recuerdo recuperado* sino también en una auténtica regresión de edad y en un vívido y complejo *revivir recuerdos emocionalmente relevantes*. El material inconsciente con frecuencia también aparece en forma de diversos fenómenos simbólicos con una estructura similar a la de los sueños. La emergencia de este material y su integración están asociados a *introvisiones emocionales e intelectuales* de la

psicodinámica de los síntomas del paciente y de patrones interpersonales mal ajustados. (p. 292)

Este potencial terapéutico de revivir episodios de la infancia o del pasado emocionalmente relevantes parece tener que ver con dos aspectos importantes, los cuales Grof describe como:

Uno de ellos es la profunda liberación de energías reprimidas y su descarga periférica en forma de abreacción emocional y física. El segundo es la integración consciente del contenido que está ahora desprovisto de carga afectiva. Esto es posible por la doble orientación o rol dual que los individuos pueden asumir [...] ya sea simultáneamente o de manera alterna. Por un lado se experimenta una profunda y compleja regresión de edad a tempranos periodos de la vida cuando tuvieron lugar los acontecimientos traumáticos; por otro lado, también se tiene acceso a la situación y opinión correspondientes a la edad cronológica en el momento de la sesión [...] De este modo, la repetición de acontecimientos biográficos tempranos es experimentada por un sujeto que representa un interesante híbrido entre un niño inocente e implicado emocionalmente por completo y un observador más o menos despegado. (Grof, 2005, p. 292)

Otro mecanismo que puede verse intensificado en estados holotrópicos es el uso de la “transferencia”, sin embargo, desde esta postura se considera a esta como una complicación que interfiere en la autoexploración profunda. A diferencia de las terapias verbales, la RH posee el potencial de llevar al paciente en un plazo muy corto a la situación traumática original, por lo tanto, el desarrollo de la transferencia puede distraer a los pacientes de una búsqueda seria de respuestas importantes que se encuentren en lo profundo de su inconsciente (Grof, y Grof, 2011). Con respecto a esto, Grof mencionaría que:

Cuando la respiración holotrópica utiliza esta estrategia, se hace evidente que la transferencia es una manifestación de defensas y resistencias psicológicas en lugar de un mecanismo terapéutico útil. Se trata de un intento de tratar de eludir

un problema muy doloroso del pasado creando un pseudoproblema menos amenazante y más manejable en el presente. (Grof y Grof, 2011, p. 183)

Es importante durante este proceso saber reconocer aquellas necesidades anaclíticas experimentadas por los respiradores, ya que el mejor modo de sanar estas necesidades es por el uso del contacto físico de apoyo en el momento en el que el respirador se encuentra experimentándolas (Grof y Grof, 2011). De igual manera resulta esencial que, “el terapeuta permanezca comprensivo, imperturbable y consistentemente dispuesto a dar apoyo sin considerar la naturaleza del material emergente ni el comportamiento del paciente” (Grof, 2005, p. 293).

Otro mecanismo de acción que ya es propio de la RH, son las interacciones dinámicas de los sistemas condensados de experiencia (sistemas COEX), que se encargan de organizar el material en todos los niveles de la psique: biográfico, perinatal y transpersonal (ya se ha descrito este término en el capítulo 3). Dependiendo de la naturaleza de la carga emocional, se pueden distinguir *sistemas gobernantes negativos* (sistemas COEX negativos, MPB II, MPBIII, aspectos negativos de la MPBI y matrices transpersonales negativas) y *sistemas gobernantes positivos* (sistemas COEX positivos, aspectos positivos de la MPBI, MPBIV, y matrices transpersonales positivas). Para Grof, la estrategia general de la terapia con RH sería:

la reducción de la carga emocional asociada a los sistemas negativos y la facilitación del acceso experiencial a los positivos. Una regla táctica más específica es estructurar el periodo de terminación de cada sesión individual de manera que facilite el fin e integración del material que haya surgido ese día. La condición clínica manifiesta de un individuo no es el reflejo global de la naturaleza y cantidad total de material inconsciente; depende directamente de la sintonización y enfoque selectivos específicos que hace que ciertos aspectos del material estén disponibles experiencialmente. (Grof, 2005, p. 294)

Este cambio dinámico de los sistemas COEX es denominado por Grof como “transmodulación” (Grof, 2005, 2021. Grof y Grof, 2011). Este mecanismo terapéutico no siempre es positivo en la práctica, y esto depende de la preparación y experiencia que

tenga el terapeuta o facilitador para poder ayudar a integrar la sesión. Una *transmodulación positiva* típica tiene un curso bifásico, en donde se inicia con sistemas COEX negativos y estos se trasladan a positivos, mientras que las *transmodulaciones negativas*, se dan a la inversa; de sistemas con experiencias positivas se traslada a sistemas con experiencias negativas. Esta manifestación de la transmodulación negativa puede señalar incluso hasta “un notable cambio cualitativo en la psicopatología de un síndrome clínico a otro” (Grof, 2005, p. 295).

Cabe aclarar, que un cambio de constelación dinámica a otra no refiere necesariamente una gran mejoría clínica, esto es una herramienta básica y necesaria en dado caso de que no se haya podido contactar de forma notable con los mecanismos de mayor potencial sanador: el mecanismo potencial del proceso muerte-renacimiento y el mecanismo terapéutico del ámbito transpersonal.

El mecanismo terapéutico de muerte y renacimiento ha sido elucidado ya por diversas culturas preindustriales y por distintas culturas filosóficas religiosas, esta muerte simbólica se muestra tan evidente, que unas de las figuras más vendidas y representativas a nivel mundial son las del Cristo crucificado, y el Buda sentado en posición de loto con los ojos cerrados, ambos representando una muerte “simbólica” (Capra, 2012).

El hecho de experimentar la muerte del ego de forma simbólica, es característico de los estados holotrópicos de consciencia, las secuencias de muerte y nacimiento vivenciadas en estos estados pueden dar como resultado un espectacular alivio de una serie de problemas emocionales y psicosomáticos.

La experiencia de la muerte psicológica tiende a eliminar o reducir en gran medida las tendencias e ideación suicidas. Los intensos impulso agresivos y autodestructivos se consumen en muchas secuencias experienciales dramáticas del proceso de muerte-renacimiento. Además, una vez completado el proceso de la muerte del ego los individuos consideran la existencia humana dentro de un marco espiritual muchas más amplio. (Grof, 2005, p. 297)

Este mecanismo sanador se da, porque el área perinatal del inconsciente parece representar, “una matriz universal indiferenciada para una serie de diversos síntomas y síndromes psicopatológicos y psicosomáticos” (Grof, 2005, p. 299), por lo tanto, no debería sorprender que el revivir e integrar el recuerdo del nacimiento pueda aliviar de forma significativa muchos trastornos distintos.

Estos profundos cambios se dan por dos importantes factores terapéuticos:

El primero es la liberación y descarga de enormes cantidades de emociones reprimidas y sensaciones físicas asociadas a la MPB II y III que facilitan energía para los síntomas clínicos. El segundo es el potencial curativo de los estados extáticos unitivos experimentados en el contexto de la MPB IV y I. (Grof, 2005, p. 299)

De igual forma, algunos cambios físicos que acompaña el proceso de revivir del nacimiento, merecen una atención especial, puesto que tienen un profundo efecto curativo en la condición psicológica y física de los respiradores. El primero de ellos es la liberación de cualquier bloqueo respiratorio causado por el nacimiento, que lleva a una significativa mejora de la respiración, mientras que el segundo está asociado con la liberación de tensiones musculares, o la disolución de lo que Wilhelm Reich denominada como la “armadura o coraza caracterológica” (Citado en Grof y Grof, 2011).

Por último, se encuentra presente de igual forma dentro del proceso terapéutico de los estados holotrópicos de consciencia, los mecanismos relacionados con las experiencias transpersonales, que probablemente sean los más controversiales para la ciencia. Este ámbito ya ha sido descrito anteriormente, y es el más rico en material e información, está emparentado ampliamente con el término que Jung (1970) destinó como “inconsciente colectivo” y ahí se pueden encontrar curas que podrían ser inimaginables.

En ocasiones, los respiradores pueden remontar ciertos aspectos de sus problemas e episodios específicos de la vida de sus antepasados y resolverlos reviviendo e integrando estos recuerdos ancestrales:

La gente que pasa por dichas experiencias suele descubrir que situaciones que suceden en otros periodos históricos y en distintas partes del mundo parecen haber dejado profundas huellas en algún medio desconocido y han jugado un papel instrumental en la génesis de sus dificultades. (Grof y Grof, 2011, p. 188)

El aspecto arquetípico del área transpersonal, de igual forma puede tener una influencia benéfica inesperada sobre la condición psicósomática y emocional de los respiradores. Mecanismos curativos de esta área pueden incluso parecer desconcertantes, sorprendentes y difíciles de explicar; por ejemplo, las experiencias de identificación con animales o plantas, el hablar lenguas extrañas, y el moverse de modos que parecen señalar la noción artística de otras culturas, pueden ser vivencias que resultaban necesarias de experimentar para una mejora tanto física como emocional para el individuo (Grof, 2005; Grof y Grof, 2011).

Aunque sin duda alguna se podría afirmar, que la transformación y sanación más poderosa del ámbito transpersonal está ampliamente asociada con las experiencias místicas: la unión con otras personas, con la naturaleza, con el Cosmos y con Dios (Grof, 2005, 2021). Es importante que estas experiencias se lleven hasta el final y se integran de manera adecuada para ser curativas (Grof y Grof, 2011).

Como ya se había descrito anteriormente, la investigación moderna de la consciencia ha demostrado una naturaleza notablemente paradójica de los seres humanos, esta naturaleza puede asimilarse con una de las paradojas más grandes con las que se enfrentó la física cuántica, en la cual se implica la descripción de la naturaleza de las partículas. El físico Niels Bohr describió este principio como “complementariedad”, ya que a nivel atómico la materia puede presentarse como partícula o como onda de probabilidad.

Niels Bohr [...] consideró la idea de partícula y onda como dos descripciones complementarias de la misma realidad, siendo cada una de ellas sólo parcialmente correcta y teniendo una gama limitada de aplicación. Para lograr una descripción completa de la realidad atómica son necesarias las dos representaciones [...] de hecho, la idea de complementaria fue ya

extremadamente útil hace 2500 años. Desempeñó un papel clave en el antiguo pensamiento chino, basado en la idea de que los conceptos opuestos mantienen una relación polar unos con otros. Los sabios chinos representaron esta complementariedad de los opuestos por medio de los polos arquetípicos ying y yang y consideraron que su interacción dinámica constituye la esencia de todos los fenómenos naturales y de todas las situaciones humanas. (Capra, 2012, pp. 218-219)

Estos dos aspectos complementarios de la naturaleza están relacionados con dos modos de consciencia distintos que Grof denominaría “hylotrópico” y “holotrópico”: El primero de ellos, la consciencia *hylotrópica* significa literalmente «consciencia orientada hacia la materia» (del griego *hyle* = materia y *trepein* = orientado hacia)” (Grof y Grof, 2011), Mientras que la consciencia holotrópica como ya se había descrito con anterioridad, significa “consciencia hacia la totalidad”. Con respecto a esto, Grof menciona que:

Los síntomas emocionales o psicósomáticos de origen psicogénico pueden considerarse como una amalgama o híbrido entre el modo hylotrópico y holotrópico que compiten por el campo experiencial. Aparecen cuando alguna influencia externa o interna debilita el sistema de defensas o aumenta la carga energética (catexis) del material inconsciente. En esta desafortunada situación «entre lo uno y lo otro», el sistema de defensas no es lo suficientemente fuerte para mantener el material en el inconsciente, pero lo suficientemente fuerte para impedir su total emergencia, procesamiento consciente e integración. (Grof y Grof, 2011, p. 193)

En definitiva, la curación que propone el uso de los estados holotrópicos, trata de un viaje hacia la totalidad, hacia el reconocimiento de nuestra verdadera naturaleza, hacia el llenado de esa carencia o falta que inexorablemente se encuentra en la transpersonalidad o espiritualidad:

Probablemente no sea casual que la palabra *healing* (sanar) esté relacionada en el antiguo inglés y el anglosajón con *haelan*, que significa construir un todo, hacerlo bien. Sanar significa construir una totalidad, llevar de nuevo al estado de

totalidad algo que está fragmentado y estropeado. (Grof y Grof, 2005, pp. 193-194).

VI. Discusión

El propósito del presente estudio fue investigar de manera documental las posibles implicaciones y potencialidades de la técnica de la Respiración holotrópica como coadyuvante psicoterapéutico en patologías como la ansiedad, la depresión y el abuso en el consumo de sustancias. Como ya se mencionó, la técnica parte del paradigma de la psicología transpersonal, cuya mirada bien podría considerarse revolucionaria con respecto a su manera de tratar y entender la enfermedad mental.

El paradigma transpersonal parte de la implementación de un concepto que no había sido del todo concebible por la psiquiatría y psicología tradicional. Se sabe y entiende que los triunfos de la terapia médica hacia la “enfermedad mental” sirvieron para definir a la psiquiatría como una rama especializada de la medicina, haciendo que esta se comprometiese con su modelo médico. Este modelo, dista mucho de lo que hoy en día plantea la perspectiva transpersonal con la implementación psicoterapéutica de sus diversas técnicas experienciales y el uso de variadas plantas psicodélicas generadoras de estados no ordinarios u holotrópicos de consciencia.

Para empezar, en la psiquiatría y probablemente también en algunas disciplinas psicológicas, existe la controversia con respecto al entendimiento de los estados holotrópicos de consciencia. La psiquiatría suele entenderlos como “estados alterados de consciencia”, lo cual no explica lo mismo, el término “alterado” bien podría entenderse como una distorsión sensoperceptiva generada por algún desajuste cerebral, mientras que el término “holotrópico o no ordinario”, se entiende más como una forma de percepción integrada, trascendental y comprensiva, generada por un fenómeno de expansión de los alcances de la consciencia personal y no por un desajuste químico-físico del área cerebral. Vale la pena recordar aquí que la definición concreta de “psicología” viene del griego y hace referencia al “estudio del alma”, actualmente aceptado como “estudio de la mente”, algo que la psicología transpersonal entiende y que por ello no toma como prioridad lo físico o material, no aceptando aquellas aseveraciones que sustentan que la mente se haya en el cerebro, sabiendo que no existe ningún fundamento ni investigación que lo avale con seguridad.

Este punto del paradigma transpersonal le sienta bien a la psicología, ya que ésta no es una ciencia que forzosamente tenga que estar emparentada con los postulados médicos o psiquiátricos. Desde esta postura, algunas alteraciones y alucinaciones que pueden considerarse sintomáticas, pueden ser entendidas en términos de estados holotrópicos con un potente efecto sanador.

Otro cambio radical del pensamiento transpersonal y sobre todo del planteamiento teórico y práctico de la Respiración Holotrópica es el entendimiento que la intensificación de los síntomas lejos de parecer un empeoramiento para los trastornos emocionales es el requisito indispensable para curarlos. Para eliminar o modificar tales síntomas es necesario que se dé una manifestación externa completa y una integración del material subyacente tras ellos, ya que estos cambios representan una solución dinámica y no meramente sintomática.

Esta manifestación de externar los síntomas de manera completa sólo es posible bajo el influjo de estados holotrópicos o no ordinarios de consciencia, cuyo trabajo clínico difiere mucho del trabajo acostumbrado por la terapia verbal. El modelo médico y psicológico tradicional es asimétrico por excelencia, al profesional se le considera un experto que entiende la psique de sus pacientes mejor que ellos mismos, por lo cual, la situación del paciente se reduce a la facilitación de información. Sin embargo, bajo la mirada de la RH, el origen de los síntomas no se relega a la vivencia puramente biográfica, sino que engloba otros planos (perinatal y transpersonal), y como el plano transpersonal contiene una gran envergadura de temas que sólo son comparables con la existencia misma, esto hace que el terapeuta no pueda convertirse en la autoridad que interprete para sus pacientes el verdadero significado de sus vivencias.

El proceso de autoexploración desde esta postura, podría pensarse más bien, como un viaje hacia lo desconocido con un aprendizaje continuo, cuyo reconocimiento de esto podría de igual forma suponer un cambio en la postura doctor/paciente, y pasar a ser la de dos personas que deciden explorar juntos y compartir un mismo recorrido. Del mismo modo, también debe existir cierto grado de conocimiento y experiencia por parte del terapeuta, pero al final, el paciente siempre será quién determine lo que

concierno a su propia vivencia interna. Por ello, en la práctica de la RH, la estrategia primordial del terapeuta debe ser guiarse de la sabiduría interna del propio organismo y dejar de lado los propios juicios intelectuales.

Sin bien esta técnica de corte transpersonal se diferencia de las diversas implementaciones prácticas de marcos teóricos como el psicoanálisis, el humanismo, el enfoque cognitivo-conductual, la terapia sistémica etc., no podemos considerarla como superior a éstas. La implementación de este trabajo no pretende dejar como objeto el hecho de hacer ver a la RH como una técnica psicoterapéutica superior ante las demás, sino más bien como complementaria con éstas para el tratado y afrontamiento de diversas patologías. Queda claro que dentro de la psicología ninguna postura teórica se puede jactar de ser mejor que otra, todas parten de observaciones, investigaciones y presupuestos propios que no tienen que ser exclusivamente idóneos. Si bien esta técnica puede tener sus ventajas, de igual forma puede presentar ciertas desventajas. Es un método que puede considerarse revolucionario, pero no por ello tiene el factor de ser superior.

Los argumentos teóricos que brinda el estudio de los estados holotrópicos de consciencia bien pueden emparentarse con algunos presupuestos y postulados teóricos psicoanalíticos y humanistas, incluso existe una amplia asimilación con la práctica y los pensamientos de la psicoterapia gestalt. La cartografía brindada por Grof de igual forma permite una correlación coherente entre el inconsciente individual de Freud y el inconsciente colectivo de Jung que puede ser de amplio valor teórico para la psicología con respecto a los diversos orígenes de traumas o trastornos mentales. Del mismo modo la concepción del trauma del parto y el entendimiento de un ámbito perinatal en donde se desarrollan matrices que dan forma y tienden a gobernar los pensamientos y personalidades de los sujetos es un descubrimiento sumamente importante para entender problemas psicosomáticos, o síndromes con fijaciones tanto biológicas como psicológicas.

Probablemente la contribución más grande para la psicoterapia y psicología tanto de la RH como del paradigma transpersonal es la inclusión teórica y práctica de la

espiritualidad. El término de espiritualidad ciertamente en algún momento fue controvertido para la ciencia, inclusive puede que aún existan en la actualidad científicos que no la conciben. La espiritualidad es un concepto complejo de asimilar dado que no puede ser entendida desde una perspectiva material y es relegada a un ámbito ciertamente metafísico. Comprobar una estructura espiritual resulta complicado, aun sabiendo la existencia de cierta evidencia en la escritura y filosofía religiosa de personajes como Jesucristo, Siddhartha Gautama, Lao Tse, Tomás de Aquino, etc., que relatan su contacto íntimo con este mundo espiritual

En esta investigación se enmarcaron ciertas aportaciones de investigadores de otros ámbitos diferentes al psicológico con el propósito de entrelazar estas con el plano transpersonal o espiritual; quizás la postura más cercana es la dada por la física, autores como David Bohm (2005) y Frijot Capra (2012), entre otros, describieron la similitud de los hallazgos de la física moderna o cuántica con la espiritualidad concebida por filosofías orientales como el hinduismo, taoísmo o budismo. La neurofisiología, de la mano del doctor Jacobo Grinberg (1991), también dio su aportación sobre la concepción de un plano espiritual. Tanto el concepto de Grinberg (1991) (lattice), como el de Bohm (2005) (holomovimiento) dan a entender una estructura que no está al alcance de los sentidos, pero sí al alcance de la consciencia.

Estas aportaciones nos permiten pensar que los estados holotrópicos son un vehículo para poder conectar con una fuente suprema de información que la psicología entendería como ámbito transpersonal o espiritual, aunque ciertamente aún falta bastante para poder comprobar científicamente el vasto contenido que puede hallarse en ese lugar. Dicho contenido es el que se intentó elucidar en esta investigación, describiendo la cartografía dada por Grof en base a sus observaciones e investigaciones clínicas. Desde esta vertiente, la espiritualidad es algo que se encuentra tanto fuera de nosotros, como dentro, en nuestro interior, y hacerla presente puede ser un acto de sanación.

Según estas observaciones, la espiritualidad es una propiedad intrínseca de la psique, que emerge espontáneamente cuando el proceso de autoexploración concibe

una profundidad adecuada. La confrontación experiencial que permite la RH con los niveles perinatal y transpersonal del inconsciente va sumamente conectada con un despertar espontáneo de una espiritualidad única e indefinible, por consiguiente, la mirada de sanación que brinda esta postura, está dada en la implementación de un despertar espiritual en la persona.

Las enfermedades mentales que se enmarcaron como la ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias tienen una etiología diversa, la psiquiatría, así como los diversos marcos teóricos existentes en la psicología se han encargado de describir sus posibles orígenes. Desde la mirada de la práctica de la RH, estas enfermedades o síntomas mentales son entendidos a la luz de la dinámica de las matrices perinatales y como una falta de procesamiento y conexión con la fuente espiritual, la postura de la psicología transpersonal bien podría representar la reconexión con el estudio del concepto metafísico de “alma” que se concibió en un principio con la definición de psicología.

Si bien, la depresión, la ansiedad, y el abuso de drogas pueden parecer cuadros clínicos distintos, con el entendimiento de la investigación en estados holotrópicos la génesis de estos puede estar estrechamente correlacionada. Las pocas aportaciones e investigaciones llevadas a cabo con esta técnica han arrojado que no sólo es efectiva para estos síndromes, sino para muchos otros también. De hecho, puede ser más efectiva que muchas otras posturas prácticas en el manejo de la patología por adicción. Según Grof y Grof (2011) esta práctica ya ha sido aceptada como una modalidad de tratamiento oficial en países como Australia, Rusia y Brasil, lo que le brinda mayor sustentabilidad a su uso psicoterapéutico.

La postura de la presente investigación reafirma la importancia psicoterapéutica de la RH para con la depresión, ansiedad, abuso de sustancias y muchos otros cuadros clínicos o trastornos más. Es una mirada que intenta brindarle ese valor a la RH como psicoterapia experiencial, en donde se sustituye la palabra del paciente por la revivencia de su propio acontecimiento o acontecimientos traumáticos que no le permiten poder desenvolverse plenamente en la sociedad y el mundo material, además, de también tener contacto con otros planos que brindan gran valor terapéutico. Si bien esto puede

ser muy controversial para la psicología tradicional, la postura de esta tesis no es proponer a la terapia experiencial como mejor sobre la verbal, sino más bien brindar otra referencia terapéutica para aquellos que no suelen acoplarse o fluir con las psicoterapias convencionales.

Hay que tener en claro que no todas las personas se adaptan a un solo tipo de psicoterapia, ni tiene que considerarse una obligación hacerlo, el paciente debería ser tratado y entendido desde su individualidad, y dejar que esa misma se exprese en cuanto al tipo de terapia a elegir. La terapia con RH es una opción entre otras que puede brindar funcionalidad para con los trastornos mentales.

Quizás Grof por su amplio trabajo con distintas patologías en marcos clínicos bien estructurados por diversos psiquiátricos y bajo sus diversas implementaciones de la RH en variadas partes del mundo, así como también su trabajo en consultorio con neurosis menos severas, le llevó a afirmar que la psicoterapia con estados holotrópicos y sus resultados terapéuticos eran mejores que cualquier otra psicoterapia verbal, sobre todo en síndromes severos en donde por lo regular la terapia verbal se muestra débil (Grof, 1999, 2005, 2021. Grof y Grof 2011). Esta aseveración queda a tela de juicio, a pesar de que ya existan otros autores que la respaldan (Tart, Almendro, Puente, Huxley, Escohotado, Leary, Castañeda, etc.), aún falta más información e investigación con respecto al resultado terapéutico con estados holotrópicos.

El punto crítico que propone esta investigación sería abogar por una conjunción de la terapia verbal con la experiencial. Creo ampliamente que las experiencias con estados holotrópicos son ampliamente sanadoras, pero no son hechos fáciles de digerir para una mentalidad que no está emparentada con la espiritualidad y se mantiene arraiga a muchos aspectos mundanos de un plano material, con lo cual, la funcionalidad de la terapia verbal previa puede ser sustento primordial para conocer a la persona y prepararla junto a un ambiente ideal para enfrentar de mejor modo la vivencia con estados holotrópicos.

De igual modo la terapia verbal puede sustentar de mejor forma la labor integracional de la experiencia con estos estados, inclusive Grof a pesar de haberse

enfocado sólo en la terapia con estados holotrópicos, él apelaría por la conjugación de su técnica con otra psicoterapia para una mejor integración de la misma.

El rasgo teórico y vivencial que expone la RH con respecto a la dualidad experiencial muerte-renacimiento es de suma importancia no sólo para la psicología, sino también para la filosofía y la ciencia en general. Este tipo de experiencias son ampliamente benefactoras para combatir la depresión, las adicciones y sobre todo para aquellas personas con tendencias suicidas. La propia vivencia de la muerte y resurrección para Grof y para otros autores psicodélicos (Fadiman, Favreau, Roquet, etc.) es considerada como el mecanismo más potente de curación mental. Este concepto, sin duda alguna, puede brindar una nueva perspectiva de sanación para cualquier psicólogo o psiquiatra que esté dispuesto a indagarla.

Finalmente, la técnica de la RH puede considerarse potencialmente psicoterapéutica siempre y cuando se ejecute de manera adecuada. Es una propuesta que se suma a la psicología como vía para poder combatir la ansiedad, la depresión y el abuso en el uso de sustancias. Del mismo modo tiene la virtud de que, cuando en estados holotrópicos la gestalt subyacente consiste en una poderosa experiencia perinatal o transpersonal, esto típicamente conduce a un proceso de apertura espiritual. Esta apertura espiritual junto con la conjunción del estudio mente-cuerpo-espiritualidad podría ser considerada la aportación más grande que puede dar la RH y el paradigma transpersonal a la psicología.

VII. Conclusión

Este proyecto de investigación tuvo como objetivo conocer y describir de manera documental aquellas implicaciones que tiene la práctica de la Respiración Holotrópica (RH) como técnica de intervención psicoterapéutica en las principales enfermedades mentales como lo son la ansiedad, la depresión, y el abuso en el consumo de sustancias.

A través de los datos recopilados por la búsqueda, recolección y análisis de información bibliográfica, se puede llegar a determinar que la RH es una técnica que puede parecer revolucionaria, pero que, de cierta forma, no es más que una conjunción de herramientas ancestrales y conocimientos tanto psicológicos, como filosóficos y religiosos, con un enfoque y mirada moderna que parten del marco teórico de la psicología transpersonal.

La diferencia primordial del paradigma transpersonal con respecto a los demás existentes dentro de la psicología es la inmersión de la espiritualidad como importancia fundamental en la vida de los sujetos y en su desarrollo y evolución como personas. La RH se vale de este precepto junto con la fundamentación clínica investigativa que se gestó en los sesentas sobre el uso psicoterapéutico de los estados holotrópicos de consciencia y su funcionalidad en la intervención con distintos trastornos mentales.

Esta técnica posee la potencialidad de proveer estados holotrópicos o no ordinarios de consciencia, los cuales posibilitan desde esta perspectiva, la inmersión al inconsciente más profundo de cada ser humano, o bien, lo que Jung entendería como “inconsciente colectivo”. Esta inmersión al inconsciente conlleva a un enfrentamiento y re vivencia con traumas del pasado, con traumas del parto, y con lo que parecen ser traumas transpersonales (re vivencias de vidas pasadas, encuentros arquetípicos, simbolismos mitológicos, etc.). La confrontación específica con traumas del inconsciente colectivo es única de los estados holotrópicos de consciencia, y tiene como beneficio el hecho de curar no sólo traumas emocionales, sino también psicosomáticos y en ciertas ocasiones hasta físicos.

Tanto la ansiedad como la depresión y el síndrome por abuso de sustancias son trastornos que pueden ser perfectamente tratados por un buen uso práctico de la RH.

Incluso las investigaciones clínicas con estados holotrópicos, y las pocas llevadas a cabo con la RH han demostrado que una buena implementación e integración de estos estados puede tener una gran eficacia en depresiones severas o personas con tendencias suicidas, pero sobre todo en pacientes con severas adicciones. Parece ser que la vivencia y confrontación simbólica e interna del proceso muerte-renacimiento experimentado con el uso de la RH o con estados holotrópicos tiene un mecanismo terapéutico capaz de disolver dichos síndromes. De igual forma la experimentación del nivel de consciencia transpersonal refleja un nuevo mecanismo psicoterapéutico capaz de curar trastornos y enfermedades que no están al alcance de una terapia verbal. Esta nueva concepción de curación puede ser del todo prometedora para la psicología en general y probablemente también para algunas enfermedades médicas.

Las nuevas investigaciones realizadas y llevadas a cabo por otros campos han podido correlacionarse con el pensamiento del paradigma transpersonal y, sobre todo, han brindado fundamentos científicos que pueden sustentar algunas de las manifestaciones fenomenológicas dadas por la práctica de la RH. Descubrimientos nuevos por parte de la física cuántica, la neurofisiología, la biología, entre otras ciencias, dan cabida a un pensamiento que puede entrelazarse fuertemente con conocimientos filosóficos y religiosos antiguos, así como con el pensamiento teórico de lo transpersonal.

Otro aporte importante y benéfico para la psicología es el tiempo con el que actúa la RH en la disolución y tratamiento de algunas enfermedades mentales. A diferencia de la terapia verbal, esta técnica puede mostrar resultados terapéuticos más rápidos en algunos síndromes. Con las complicaciones que trajo la pandemia del COVID-19 generando un alza porcentual en trastornos depresivos y de ansiedad, la RH bien podría considerarse como una psicoterapia actualmente esencial por su manejo grupal y por la reducción del tiempo de curación.

Al final, se puede dar por sentado y confirmar el uso psicoterapéutico de la técnica de la RH para una gran variedad de trastornos, siempre y cuando se dé una buena implementación e integración de esta. Para ello debe existir un amplio compromiso y conocimiento de la técnica, así como una disposición y cosmovisión del terapeuta,

diferente con respecto al tratado psicológico convencional de las enfermedades mentales.

Esta propuesta de investigación a pesar confirmar el uso terapéutico de la RH, no la pone por sobre las demás técnicas psicológicas existentes. Si bien, claro está que su aporte teórico puede ser de utilidad para la psicología en general, y que su práctica experiencial puede favorecer a personas que no se acoplen a la psicoterapia verbal, esto no determina un funcionamiento superior por sobre ninguna otra técnica. Con esta investigación se puede llegar a pensar y plantear que con el tiempo esta perspectiva transpersonal sobre el uso de estados holotrópicos puede tomar una mayor consideración y generación de estudios clínicos, para que no sólo países como Brasil, Rusia o Australia la respeten y consideren como un tratamiento oficial, sino que también puede ser respetada y considerada por otros países más.

VIII. Recomendaciones

Aunque esta investigación documental recabó los aditamentos necesarios para poder conocer y comprobar los beneficios psicoterapéuticos del uso de la técnica de la Respiración Holotrópica (RH), aún queda abierta la disposición de generar más información si se llegase a implementar esta técnica desde una metodología diferente. Sería ampliamente recomendable y enriquecedor ejecutar investigaciones manejando un diseño experimental o de campo aplicando la RH a determinadas muestras poblacionales, generando así, que poco a poco, se vaya avalando su eficacia como práctica psicoterapéutica en nuestro País.

Otro aspecto que es importante y recomendable a ser investigado, sería el estudio de los padecimientos o trastornos que presentan un mayor número de mejoría con el uso de esta técnica. También sería recomendable que se llevase a cabo un estudio experimental en pacientes de diferentes edades, para saber así en que segmento poblacional por edad es más efectiva la RH.

De igual forma resulta recomendable que la implicación teórica que engloba el uso de la RH, así como las mismas implicaciones teóricas del paradigma de la psicología transpersonal sean mayormente tomadas en cuenta en nuestro país y en Latinoamérica. Vertientes psicológicas como el psicoanálisis, el humanismo o el enfoque cognitivo-conductual, así como la implementación psicoterapéutica de psicofármacos en la psiquiatría, son mayormente conocidos y considerados en Latinoamérica sobre la perspectiva transpersonal, y esto en parte a su poca divulgación e investigación, y a su poca información bibliográfica traducida al castellano.

Sería prudente también despertar el interés por un mayor número de investigaciones sobre los diversos conceptos y postulados teóricos del paradigma transpersonal, ya que esta concepción psicológica puede tener conocimientos fundamentales para cualquier profesional que esté interesado en el tratado y entendimiento de las enfermedades mentales.

De igual modo deberían surgir investigaciones sobre si la aplicación de la RH puede servir como método preventivo. De esta forma se podría pensar en un doble

impacto por parte de la técnica, por un lado, ayudando a prevenir, y por otro, ayudando a corregir.

Ya por último y no menos importante, la investigación y cartografía generada por Grof, es concebida desde la postura dada por un parto normal. Sería interesante de igual forma proponer investigaciones ahora desde la postura de un parto por cesárea, ya que la dinámica de las matrices perinatales sería ciertamente diferente, además de que, en la actualidad, en Latinoamérica casi el 50% de los partos existentes son por este método (BBC News, 2018), algo que se ha incrementado en los últimos tiempos, y que sin duda sería interesante comprenderlo desde la implicación psicoterapéutica de los estados holotrópicos de consciencia.

REFERENCIAS

- Afanasenko, I., Emelianenko, V., y Afanasenko, A. (2014). Spiritual Transformation: A Qualitative-Quantitative Analysis of the Application of the Holotropic Breathwork Method. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 25-37. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)
- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Aparicio, D. (2019). Trastornos mentales en el mundo (gráficos). PSYCIENCIA. <https://www.psyciencia.com/trastornos-mentales-en-el-mundo-graficos/>
- Arias, F., G. (2012). *El proyecto de investigación: introducción a la metodología científica*. (6ª Edición). Venezuela: Editorial Episteme. (Original publicado en 1997). <https://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf-1.pdf>
- Baca, E., y Aroca, F. (2014). Factores de riesgos de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0185-33252014000500003
- Barnhill, J. (2020). *Introducción a los trastornos de ansiedad*. New York, EU.: Manual MSD. <https://www.msdmanuals.com/es-mx/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/introducci%C3%B3n-a-los-trastornos-de-ansiedad>
- BBC NEWS MUNDO. (2018). *Por qué preocupa el aumento de cesáreas en todo el mundo (y en América Latina en particular)*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias->

[45852814#:~:text=Seg%C3%BAn%20un%20reciente%20estudio%20publicado,millones%20en%202015%20\(21%25\).](#)

Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. España: Editorial Síntesis. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/46b29c1cb80f672250caef4462925f71.pdf>

Bobes, J., Casas, M., y Gutiérrez, M. (2011). *Manual de trastornos adictivos*. (2.ª ed.). Editores. https://www.academia.edu/46931911/Manual_de_TRASTORNOS_ADICTIVOS_2a_Edici%C3%B3n

Bohm, D. (2005). *La totalidad y el orden implicado*. Kairós <https://www.revistasinrecreo.com/wp-content/uploads/2015/11/Bohm-David-La-Totalidad-y-El-Orden-Implicado.pdf>

Borson, M., (2014). Holotropic Practice and the Promise of Full-Spectrum Transformation. *Psychotherapy. Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 84-94. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)

Capra, F. (2012). *El tao de la física*. (A. A. Martell, trad.) Argentina: Sirio. (Original publicado en 1975).

Chacón, E., Xatruch, D., Fernández, M., y Murillo, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Contreras, C., Zenteno, F. (2014). El Potencial Integrativo de la Respiración Holotrópica en los Procesos de Cierre de la Adolescencia. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 73-83. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)

- Corea, M., T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 1-68. <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2021/pdf/Vol89-S1-2021-14.pdf>
- Duque, J. D., Lasso, P., y Orejuela, J. J. (2016). *Fundamentos epistemológicos de las psicologías. Con énfasis en psicología transpersonal*. (2.ª ed.). Colombia: Bonaventuriana.
- Dychtwald, K. (2005). Comentarios a la teoría holográfica. Reflexiones sobre el paradigma holográfico. En K. Wilber (Ed.), *El paradigma holográfico* (pp. 133-144). España: Kairós. <https://www.oshogulaab.com/NUEVAFISICA/El-Paradigma-Holografico.pdf>
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. (2016). *Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf
- Eyerman, J. (2013). A Clinical Report of Holotropic Breathwork in 11,000 Psychiatric Inpatients in a Community Hospital Setting. *MAPS*, 23(1), 25-27. https://maps.org/news-letters/v23n1/v23n1_24-27.pdf
- Eyerman, J. (2014). Holotropic Breathwork: Models of Mechanism of Action. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 64-72. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)
- Fragar, R., y Fadiman, J. (2015). *Teorías de la personalidad*. (6.ª ed.). México: Alfaomega.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). El impacto del COVID-19 en la salud mental de adolescentes y jóvenes. Sondeo realizado a través de U-Report. <https://www.unicef.org/lac/el-impacto-del-covid-19-en-la-salud-mental-de-adolescentes-y->

[j%C3%B3venes#:~:text=UNICEF%202020%20Entre%20las%20y,en%20los%20%C3%BAltimos%20siete%20d%C3%ADas.](#)

Gallardo, E., E. (2017). *Metodología de la investigación*. (1.ª edición) Perú: Universidad Continental.

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf

Gibson, L. (2014). Process Psychotherapy: Holotropic Breathwork and Alfred North Whitehead. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 38-48.

[https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)

González, M. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(1).

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000100013

Grinberg, J. (1991). *La teoría Sintergica*. México: INPEC.

<https://xochipilli.files.wordpress.com/2013/11/88491560-la-teoria-sintergica.pdf>

Grof, S. y Grof, C. (2011). *La respiración holotrópica*. (R. Zanarini, trad.). España: La Liebre de Marzo. (Original publicado en 2010).

Grof, S. (2021). *Psicología transpersonal: Nacimiento, muerte y trascendencia en psicología*. (E. Trems, trad.). España: Kairós. (Original publicado en 1985).

Grof, S. (2014). Holotropic Breathwork: A New Experiential Method of Psychotherapy and Self-Exploration. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 7-24.

Grof, S. (2005). *Psicoterapia con LSD*. (I. Silveira, trad.). España: La Liebre de Marzo. (Original publicado en 1980).

Grof, S. (1999). *La mente holotrópica*. (D. G. Raga, trad.). España: Kairós. (Original publicado en 1992).

<http://www.formarse.com.ar/libros/Libros%20para%20descargar%20de%20maestros%20espirituales/La-mente-holotr%C3%B3pica.pdf>

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M., P. (2014). *Metodología de la investigación*. (6.^a edición). México: Interamerica. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hofmann, A. (1991). *LSD Cómo descubrí el ácido y qué paso después*. (2.^a ed., R. Bein, trad.) España: Gedisa. (Original publicado en 1979). <https://maps.org/images/pdf/mpc-sp.pdf>

Hoeller, S. (1990). *Jung el gnóstico y los siete sermones a los muertos*. (S. Hagen, trad.). España: Heptada Ediciones. (Original publicado en 1982). <https://gnosis.study/library/%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%B8%D1%81/+%20%D0%93%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%B8%D1%81%20%D0%BD%D0%B5%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%BE%D0%B2/ESP/Hoeller%20S.A.%20-%20Jung%20el%20Gn%C3%B3stico%20y%20Los%20Siete%20Sermones%20a%20los%20Muertos.pdf>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. (2019). *Entendiendo el uso de drogas y la adicción*. U.S. Department of Health and Human Services. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/entendiendo-el-uso-de-drogas-y-la-adiccion>

Jung, C., G. (1970). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. (M. Murmis, trad. Y M, Cubí, ed.). España: Paidós. https://www.formarse.com.ar/libros/libros-Jung/1_pdfsam_JungCarlGustavArquetiposEInconscienteColectivo.pdf

Kuhn, T. (2004). *La estructura de las revoluciones científicas*. (A. Contin, trad.). Argentina: Fondo de Cultura Económica. (Original publicado en 1962) <https://materiainvestigacion.files.wordpress.com/2016/05/kuhn1971.pdf>

- Macías, M., Pérez, C., López, L., Beltrán, L., y Morgado, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Revista eNeurobiología*, 10. <https://www.uv.mx/eneurobiologia/vols/2019/24/Mac%C3%ADas/HTML.html#>
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista IIPSI*, 9(1), 123-146.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a09v9n1.pdf
- Martínez, M. y López, D., N. (2011). Trastornos de Ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 45(3), 101-107.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- Mazorco, J., E. (2014). Respiración Holotrópica y Corporalidad: Una Marca Transversal. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 95-102.
[https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)
- Morales, F. (2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200001
- Morrison, J. (2015). *DSM-V: Guía para el diagnóstico clínico*. (G. E. Cotera, trad.). México, D.F.: Editorial Manual Moderno. (Original publicado en 2014)
- Nanni, R., I. (2014). Tratamiento de los trastornos adictivos. *Revista Ciencia*, 67(4), 78-89. <https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/index.php/vol-67-numero-4/707-tratamiento-de-los-trastornos-adictivos>
- Navas, W., y Vargas, M., J. (2012). Abordaje de la depresión: intervención en crisis. *Revista Cúpula*, 26(2), 19-35.
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v26n2/art3.pdf>

- Peréz, E., Cervantes, V., Hijuelos, N., Pineda, J., y Salgado, H. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista Biomédica*, 28(2), 89-115. <http://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Pribram, K., y Ramírez, J. (1995). *Cerebro y conciencia*. España: Díaz de Santos, S.A. https://www.academia.edu/33357652/Cerebro_y_conciencia_Karl_Pribram_y_Martin_Ramirez
- Pribram, K., y Ramírez, J. (1980). *Cerebro, mente y holograma*. España: Alhambra. https://www.academia.edu/29507039/CEREBRO_MENTE_Y_HOLOGRAMA_K_H_Pribram_y_J_Mart%C3%ADn_Ram%C3%ADrez_pdf
- Pribram, K., y Ramírez, J. (1981). El funcionamiento holonómico del cerebro. *Revista latinoamericana de psicología*, 13(2), 187-246. <https://www.redalyc.org/pdf/805/80513200.pdf>
- Puente, I. (2014). Effects of Holotropic Breathwork in Personal Orientation, Levels of Distress, Meaning of Life and Death Anxiety in the Context of a Weeklong Workshop: A Pilot Study. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 49-63. [https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)
- Puente, I. (S. F.). *Entrevista al Dr. Grof*. https://ddd.uab.cat/pub/artpub/2014/128485/ENTREVISTA_GROF_-_PARTE_II_verdemente.pdf
- Restrepo, D., Jaramillo J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Sanchez, E., y Gradolí, T. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 3(1), 21-27. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-intervencion-psicologica-conductas-adictivas-13012721>

- Santos, A., Saura, P., y López, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000300009&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=En%20los%20s%C3%ADndromes%20cl%C3%ADnicos%20los,%25\)%20y%20dist%C3%ADnico%20\(46.2%25\).](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-97282020000300009&script=sci_arttext&tlng=es#:~:text=En%20los%20s%C3%ADndromes%20cl%C3%ADnicos%20los,%25)%20y%20dist%C3%ADnico%20(46.2%25).)
- Soto, J., R. (2005). Albert Einstein, 1905. La revolución de la física. *El hombre y la máquina*, 25, 100-109. <https://www.redalyc.org/pdf/478/47802510.pdf>
- Tamayo, T., M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. (1.^a edición). México: Editorial Limusa. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/227860/El_proceso_de_la_investigaci_n_cient_fica_Mario_Tamayo.pdf
- Tart, C., T. (1979). *Psicologías transpersonales. Las tradiciones espirituales y la psicología contemporánea*. (J. Fordito, trad.). Argentina: Paidós. (Original publicado en 1975).
- Teruel, G., Gaitán, P., Leyva, G., y Pérez, V. G. (2021). Depresión en México en tiempos de pandemia. *CYUNTURA DEMOGRÁFICA*, 19. <https://cieg.unam.mx/covid-genero/pdf/reflexiones/academia/62-depresion-en-mexico-tiempos-de-pandemia.pdf>
- Timmermann, C., (2014). Neurociencias y aplicaciones psicoterapéuticas en el renacimiento de la investigación con psicodélicos. *Revista chilena de Neuropsiquiatría*, 52(2). https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272014000200005
- Vallejo, A. C. (2009). El paradigma holográfico y la interconexión mentecerebro- universo: ¿un posible diálogo con Oriente? *Hallazgos*, 7(11), 91-114. <https://www.redalyc.org/pdf/4138/413835199006.pdf>

- Virgen, R., Lara, A., C., Morales, G., y Villaseñor, S., J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 1- 11.
https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C., y Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35(1).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100002
- Watjen, L. (2014). An Argument for the Use of Holotropic Breath-work as an Adjunct to Psychotherapy. *Journal of Transpersonal Research*, 6(1), 103-111.
[https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20\(1\).pdf](https://www.transpersonaljournal.com/pdf/vol6-issue1/Complete%20JTR,%202014,%20Vol.%206%20(1).pdf)
- Wilber, K. (Ed.). (2005). *El paradigma holográfico*. (V. Romano, trad. y K, Wilber, ed.). España: Kairós. (Original publicado en 1982)
<https://www.oshogulaab.com/NUEVAFISICA/EI-Paradigma-Holografico.pdf>
- Zarragoitía, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. (M. E. Remedios, ed.). La Habana: Editorial Ciencia Médicas. (Original publicado en 2010).
http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf