

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES**

**YOGA Y PSICOSIS**

**Proyecto de investigación**

**ERICK JOSUE BARROS PINEDA**

**Psicología**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de

Licenciado en Psicología

Quito, 12 de julio del 2019

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y  
HUMANIDADES**

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**YOGA Y PSICOSIS**

**Erick Josué Barros Pineda**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico:

Cherie Elaine Oertel , Ph.D.

Firma del profesor:

---

Quito, 12 de julio del 2019

## **Derechos de Autor**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Erick Josué Barros Pineda

Código: 00113877

Cédula de Identidad: 1600759185

Lugar y fecha: Quito, 12 de julio del 2019

## RESUMEN

El presente trabajo explora la relación entre la práctica del yoga, entendido como: asanas (posturas corporales), pranayama (ejercicios de respiración) y relajación guiada, junto los síntomas relacionados a la psicosis. La pregunta analítica que guió la revisión de literatura y la formulación de la propuesta de investigación fue: ¿cómo y hasta qué punto el yoga muestra resultados clínicamente significativos para los trastornos psicóticos? Para responder a esta pregunta se elaboró un diseño experimental con metodología mixta, cuantitativa y cualitativa. Se utilizaron las escalas: *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* y *Short form-36 Health Survey (SF-36)* para medir la percepción en la calidad de vida. Por otro lado, se utilizaron diarios de campo por parte de los instructores de yoga y diarios de auto-reporte por parte de los participantes, en dónde se registraba la experiencia subjetiva relativa al yoga. La muestra comprendió un total de 50 participantes, seleccionados de instituciones psiquiátricas del sistema público del Distrito Metropolitano de Quito. La selección fue aleatoria, el rango de edad fue entre 20 a 50 años, el estrato socio-económico fue medio-bajo, blanco-mestizos y urbanos. El principal criterio de inclusión fue: cumplir con los criterios diagnóstico para esquizofrenia. Los criterios de exclusión fueron: tener discapacidad intelectual, no estar estabilizado, o que la esquizofrenia haya sido inducida por sustancias. Los resultados esperados serían que el yoga implica aumento en la calidad de vida y reducción en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.

Palabras clave: yoga, psicosis, esquizofrenia, meditación, calidad de vida, psicología transpersonal.

## ABSTRACT

The present work explores the relationship between the practice of yoga, understood as: asanas (body postures), pranayama (breathing exercises) and guided relaxation, and symptoms related to psychosis. The question that guided the literature review and the formulation of the research proposal was: how and to what extent does yoga show clinically significant results for psychotic disorders? To answer this question, an experimental design with mixed, quantitative and qualitative methodology was developed. The following scales were used: *Scale for the Positive and Negative Syndrome of Schizophrenia* and *Short form-36 Health Survey (SF-36)* to measure the perception of quality of life. Additionally, field diaries were used by the yoga instructors and self-report diaries by the participants, where participants recorded their subjective experience with yoga. The sample comprised a total of 50 participants, selected from psychiatric institutions of the public system. The selection was random, the age range was between 20 to 50 years, the socio-economic stratum was medium-low, white-mestizo and urban. The main inclusion criterion was: to meet the diagnostic criteria for schizophrenia. The exclusion criteria were: intellectual disability, not being stabilized, or that schizophrenia symptoms were induced by substances. The expected results are that the practice of yoga leads to an increase in quality of life and a reduction in positive and negative symptoms in schizophrenia.

Key words: yoga, psychosis, schizophrenia, meditation, quality of life, transpersonal psychology

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>Introducción.....</b>	<b>7</b>
<b>Marco teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>Yoga.....</b>	<b>9</b>
<b>Mindfulness o plena consciencia.....</b>	<b>11</b>
<b>Trastornos psicóticos.....</b>	<b>14</b>
<b>Yoga: aportes clínicos.....</b>	<b>18</b>
<b>Yoga y psicosis.....</b>	<b>20</b>
<b>Diseño y metodología.....</b>	<b>27</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>35</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXO A: Instrumentos.....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXO B: Formulario de Consentimiento Informado.....</b>	<b>84</b>

## Introducción

### Planteamiento del problema

En la actualidad, el diálogo de saberes y los enfoques transdisciplinarios suponen un cambio importante en la investigación científica. Este es el caso de las psicologías ancestrales con la psicoterapia moderna. Su imbricación teórica y metodológica puede leerse, siguiendo a Kuhn (2012), como una revolución de paradigma científico.

La literatura muestra que un gran número de psicoterapeutas recomiendan a sus pacientes/clientes el yoga como terapia complementaria, aproximadamente un 81,57 % de psicoterapeutas (Korman, Garay & Saizar, 2006; Korman, & Garay, 2007). En su mayoría, los casos que mayor prevalencia, en los cuales se recomendó el yoga como terapia complementaria, mostraron: desregulación emocional y trastornos emocionales. Así mismo, se identifica toda una ola de las conocidas terapias cognitivas de tercera generación, que han incorporado en sus modelos de tratamiento dimensiones del yoga y la meditación como: plena consciencia o *mindfulness*, compasión, conciencia corporal, aceptación radical y ecuanimidad. Los modelos con mayor evidencia empírica son: la terapia de aceptación y compromiso desarrollada por Steven Hayes (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006), la terapia dialéctica conductual desarrollada por Marshall Linehan (McKay, Wood & Brantley, 2010), la terapia cognitiva para la depresión basada en *mindfulness* (Segal, Williams & Teasdale, 2018), la terapia focalizada en la compasión desarrollada por Paul Gilbert y Kristin Neff (Koltz, 2016). Además, el Modelo de Reducción de Estrés de Jon Kabat Zinn, un programa de ocho semanas que incorpora la plena consciencia como eje central de tratamiento (Kabat-Zinn, 2003). Finalmente, Stanislaf Grof, pionero de la psicología transpersonal, ha explorado los estados no ordinarios de consciencia –a través del uso de psicodélicos, rituales shamánicos, meditación zen, yoga, danza primal, baile sufista, mortificaciones de los cristianos primitivos, entre otras. Estas metodologías ancestrales de

auto-conocimiento y sanación de las culturales pre-modernas son conocidas como: tecnologías de lo sagrado (Grof, 1994). De esta manera se ha entablado una suerte de sinergia entre oriente y occidente.

En ese contexto, la pregunta de investigación que guiará el presente proyecto de investigación es: ¿Cómo y hasta qué punto el yoga muestra resultados clínicamente significativos para los trastornos psicóticos?

### **Justificación**

La relevancia de este estudio se puede distinguir por cinco ejes. Primero, dar cuenta del diálogo entre occidente y oriente, en términos de la exploración de la mente humana. Segundo, la creciente influencia del yoga en occidente ha supuesto un cambio radical en la concepción de la psicología y psicoterapia moderna. Tercero, los modelos más avanzados de psicoterapia, en especial las terapias cognitivas de tercera generación se ubican en el cambio de paradigma de orden trans-diagnóstico. Lo cual supone un resquebrajamiento de la concepción hegemónica de la psicoterapia de corte psiquiátrico. Cuarto, la imbricación de las psicologías ancestrales con la psicoterapia moderna, en una región tan diversa cultural y étnicamente como lo es América Latina supone un esfuerzo conceptual, epistemológico y analítico que vale el esfuerzo. Finalmente, dicha imbricación implica que la concepción de la psicoterapia como alivio sintomático se esfume con mayor rapidez, para dar paso a una psicoterapia integral que aborde al ser humano en términos: bio-psico-socio-espirituales.

### **Objetivos de la Investigación**

El objetivo general de la presente investigación es mostrar la evidencia empírica que apoya la imbricación del yoga para el tratamiento de trastornos psicóticos. Los objetivos específicos se pueden describir en tres: 1) Visibilizar el creciente diálogo entre las psicologías ancestrales y la psicoterapia moderna, a través de la revisión de literatura, 2) realizar un análisis comparativo de la eficacia clínica entre los modelos de intervención terapéutica

transdiagnósticos que han incorporado el yoga como ejes medulares de sus protocolos, respecto a la psicoterapia tradicional a través de una metodología cuantitativa de muestreo aleatorio, 3) Mostrar las cualidades y potencialidades terapéuticas de las psicologías ancestrales, por las cuales han sido incorporadas a modelos de tratamiento de la psicoterapia moderna.

## **Marco Teórico**

El presente capítulo mostrará una amplia revisión de literatura respecto al uso clínico del Yoga para los trastornos psicóticos. Por tanto, la distribución de los siguientes apartados constituirá en: primero, se bosquejará una breve definición del yoga, en general y del *mindfulness o plena consciencia* en particular; segundo, se definirá conceptualmente los trastornos psicóticos. Además, se realizará una distinción entre la psicosis y las emergencias espirituales. Tercero, se mostrará, en términos generales, las aplicaciones clínicas del yoga para diferentes fenómenos psíquicos. Finalmente, se presentará la investigación respecto al yoga como intervención para los trastornos psicóticos.

## **Yoga**

El yoga es una práctica milenaria, cuyo origen se puede rastrear en textos sagrados o ancestrales: los Yoga Sutras de Patanjali y los Vedas. Yoga viene del sánscrito *yug* que significa unión (Iyengar, 2001). En general, la práctica de yoga se remonta a oriente, en especial la India. Es una práctica psico-espiritual compuesta por varias dimensiones. Según Bryant (2015) los Yoga Sutras describen los ocho peldaños del yoga o conocido como Ashtanga Yoga de Patanjali: 1) Yamas (conducta ética) 2) Niyamas (observación) 3) Asanas

(posturas corporales) 4) Pranayamas (control de la energía vital-respiración) 5) Pratyahara (abstracción de los sentidos) 6) Dharana (concentración) 7) Dhyana (meditación) 8) Samadhi (absorción).

Según Vancampfort, Vansteelandt, Scheewe, Probst, Knapen, De Herdt, & De Hert, (2012) el yoga es una práctica tradicional de la india. El yoga genera balance interno en términos emocionales y físicos a través del uso de posturas corporales (conocidas como asanas) junto con técnicas de respiración (conocidas como pranayama). La investigación muestra que el Yoga, como terapia complementaria, ha generado impacto en trastorno de depresión mayor, trastornos de ansiedad y trastornos obsesivos compulsivos (Vancampfort, Vansteelandt, Scheewe, Probst, Knapen, De Herdt, & De Hert, 2012). Se podría definir el Yoga como una actividad psico-física o conciencia mente-cuerpo (*mind-body activity*).

En suma, aunque como plantea Grof (1994) el yoga es una tecnología de lo sagrado, es decir, supone todo un sistema de profundo autoconocimiento y exploración psicológica; la práctica de yoga, para occidente, se podría resumir en la capacidad de a través de la respiración y las posturas corporales conscientes (o plenamente atentas) juntar la mente y el cuerpo. Esta habilidad, en occidente, fue traducida como *Mindfulness* o plena consciencia, término acuñado por Jonn Kabat Zinn en 1970 en su programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (2003), inspirado en la tradición Budhista.

A continuación, se expone una breve revisión de literatura respecto del *Mindfulness* como instrumento validado empíricamente para la promoción, mantención y restablecimiento de salud mental y colectiva. El presente apartado presenta el uso del Mindfulness en la salud mental como una estrategia de intervención clínica (Baer, Ruth, 2003; Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Keng, Smoski & Robins, 2011).

## **Mindfulness o plena consciencia**

La práctica del Mindfulness implica llevar la atención de manera intencional tanto a los estados internos como externos en el momento presente, particularmente a través de ejercicios de meditación en la vida cotidiana cuyo factor común es la consciencia en la respiración (Baer, Ruth, 2003). Muchas de estas prácticas suponen llevar la atención a diferentes estados internos como: las emociones, los pensamientos o las sensaciones corporales. Una de las características fundamentales es que la atención se da sin juzgamiento ni análisis, tan solo se observa de una forma desapegada cultivando la aceptación de lo que se observa (Baer, Ruth, 2003). Mindfulness es, en sí misma, algo muy simple y familiar, algo que todos nosotros hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana (Sierra, Urrego, Montenegro & Castillo, 2015). Por ejemplo, cuando hemos estado realmente enfocados, plenamente presentes, en alguna actividad o presenciando la caída del sol.

El mindfulness ha sido descrito como una clase de conciencia centrada en el presente, no elaborativa ni condenatoria, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que surge en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

La definición más simple del mindfulness es la desarrollada por Kabat-Zinn (2003): “la conciencia que surge a través de prestar atención a propósito, en el momento presente, sin juzgamiento” (p.xxxv). Según (Mañas, Justo, Montoya & Montoya) se puede definir como:

Se trata del cultivo de una consciencia no reactiva, contemplativa y llena de sabiduría. Implica aprender a relacionarnos con nosotros mismos de un modo mucho más saludable. Al ser conscientes nos hacemos libres. El desarrollo de la consciencia nos permite desidentificarnos y trascender nuestros propios pensamientos, emociones y sensaciones (no soy mi pensamiento, ni mi emoción, ni mi ansiedad, ni mi dolor, etc.) (2014, p.2).

Cabe mencionar que, aunque el Mindfulness provenga de la tradición Budhista en Oriente y del gran paraguas psico-espiritual conocido como Yoga, la psicoterapia moderna ha incorporado estas técnicas en sus programas de intervención desligándolo de sus raíces culturales y religiosas (Baer, Ruth, 2003). En ese contexto, la literatura muestra que acerca de 240 clínicas en EEUU han incorporado esta herramienta en sus programas de salud mental e intervención clínica (Salmon, Santorelli, and Kabat-Zinn, 1998 citado en Baer, Ruth, 2003); principalmente, utilizada para reducir el estrés, el dolor crónico, la ansiedad, la depresión y los trastornos alimenticios (Baer, Ruth, 2003). Esta práctica forma parte de los componentes centrales de la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993a, 1993b).

Adicionalmente, el programa de intervención más relevante es el *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*, diseñado para reducir el estrés y como programa de relajación. La idea central es que, a través de dirigir la atención a cualquiera de los ejercicios de plena consciencia, se pueda observar sin juzgar las emociones, sensaciones o pensamientos que surjan. Se invita a los practicantes a observar estas reacciones internas o externas sin meterse o absorberse en el contenido. Es una invitación para observar el devenir de los pensamientos como olas del mar, o nubes en el cielo.

En el *Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR)*, según Kabat-Zinn (2003) existen siete aspectos importantes para tomar en cuenta:

**No juzgar.** La atención plena implica ser observadores imparciales de la experiencia. Ver el constante flujo de juicios y de reacciones a experiencias tanto internas como externas sin apegarnos a ellas. Es necesario reconocer esta tendencia a analizar o enjuiciar, para limitarse a observar el ir y venir de pensamientos y juicios, no hay que actuar sobre ellos, ni bloquearlos, ni aferrarse, simplemente se observan y se dejan ir.

**Paciencia.** Es reconocer que las cosas suceden en su momento, a su respectivo tiempo. La práctica de la paciencia nos recuerda que no tenemos que llenar de

actividad e ideas nuestros momentos para que se enriquezcan. Tener paciencia nos permite estar abiertos al presente y experimentar la capacidad de gozo y asombro del aquí y el ahora.

***Mente de principiante.*** es la actitud mental de estar dispuesto a ver las cosas como si fuera la primera vez y mantenerse abierto a nuevas potencialidades.

***Confianza.*** El desarrollo de una confianza básica en uno mismo y en sus sentimientos constituye parte integrante del entrenamiento en mindfulness. Se recomienda confiar en la intuición y en la sabiduría interna.

***No esforzarse.*** En el momento en que se utiliza el mindfulness como un objetivo o como un medio para algo, se está dejando de meditar, por paradójico que parezca meditar es el no-hacer, por eso cualquier esfuerzo por conseguir que la meditación tenga una finalidad no es más que un pensamiento más que está entorpeciendo la atención plena.

***Aceptación.*** La aceptación significa honrar y abrazar la experiencia. Es mostrarse receptivo y abierto a lo que se siente, se piense y se vea. Cuando reaccionamos con aversión o rechazo el estímulo se mantiene, mientras que al contrario cuando se acepta es más fácil dejar ir. Por ejemplo, cuando uno dice: ¡No piense en un oso blanco! Lo primero que pasa es que piensa en un oso blanco. Sucede de igual manera con los pensamientos y las emociones.

***Ceder, dejar ir o soltar.*** Ceder significa no apegarse. Es permitir la experiencia tal y como es. Significa rendirse al momento presente.

Otro abordaje terapéutico es el *Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)* que combina la terapia cognitiva con la práctica del mindfulness para reducir los patrones de pensamiento negativos, bajo preceptos como: “Yo no soy los pensamientos”, “Los pensamientos no son hechos (*facts*)”, esta forma de intervención se desarrolló como respuesta clínica a las recaídas en pacientes con depresión (Segal, Williams, & Teasdale, 2002). Finalmente, otras terapias han incorporado esta práctica a sus programas como la Terapia de Aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999), manejo de la ira, prevención de recaídas, terapia de exposición (Baer, Ruth, 2003).

En ese orden de ideas, la terapia enfocada en el Mindfulness ha mostrado ser clínicamente significativa para trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010). Esta práctica ha demostrado estar asociada a altos niveles de bienestar gracias a la capacidad de regular las emociones y controlar el comportamiento, gestionar los conflictos e incentivar la compasión hacia uno mismo y los demás (Keng, Smoski & Robins, 2011).

A continuación, se expone la definición conceptual de psicosis y de los trastornos psicóticos.

### **Trastornos psicóticos**

Según la American Psychiatric Association (2013) en el *Manual Estadístico y de diagnóstico de trastornos mentales* se puede identificar el *Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos*, entre los cuales se encuentran: Trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno delirante, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos y trastorno psicótico debido a otra afección médica. Para propósitos de esta investigación, se describirán los criterios diagnósticos para la esquizofrenia, aunque el vínculo entre el yoga, como intervención terapéutica, y la psicosis se coloca en el espectro de la psicosis y no exclusivamente en la esquizofrenia.

Los principales criterios son: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento muy desorganizado o catatónico y síntomas negativos (American Psychiatric Association, 2013), estos síntomas impactan significativamente en el funcionamiento de la persona, los síntomas se presentan durante un mínimo continuo de seis meses, se descartan otros trastornos del espectro como: trastorno esquizoafectivo y trastorno depresivo o bipolar

con características psicóticas. Según la APA (2008) se entiende por psicótico a los fenómenos relativos a: alucinaciones, delirios, discurso desorganizado y comportamiento catatónico. Otras definiciones, vinculan lo psicótico con: disfunción en las pruebas de realidad (*reality testing*), la ausencia o pérdida de límites del ego (APA, 2008).

En la psicosis se distinguen síntomas positivos y síntomas negativos. Los síntomas positivos son: delirios (proceso de pensamiento), alucinaciones (percepciones), discurso desorganizado. Por otro lado, los síntomas negativos son la ausencia de expresión emocional, de fluidez del pensamiento y del discurso (alogia) y de comportamiento dirigido (avoliación). La prevalencia de este trastorno es del 0.5% al 1.5%, el primer episodio psicótico se encuentra entre los veinte años de edad, la evidencia muestra alto riesgo de base genética en la etiología de este trastorno (APA, 2008).

Como se muestra en los párrafos anteriores, el Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (2013, 2008) es descriptivo y axiológico, pero no se explica las posibles causas y dinámicas de la psicosis en el aparato psíquico de la persona. Por tanto, a continuación, se expone un breve bosquejo de la lectura psicoanalítica de la psicosis. Pues la tradición del psicoanálisis, como sistema de pensamiento, ha explorado a profundidad la arquitectura y topografía del espectro psicótico.

El trabajo de lo negativo de Green (2005) permite entender la arquitectura y topografía del fenómeno psicótico. Según Green, el término *forclusión* trabajado por Lacan es “un mecanismo de rechazo al exterior de la cadena de significante simbólica” (2005, p.292). Por tanto, retomando el caso clínico de Freud, el conocido paciente Shreber (1991) no se suprime el contenido psíquico, sino que se expulsa o internamente, es abolido. Se rechaza el significante. La diferencia freudiana sobre el trabajo de la *negación*, lleva a la diferencia entre: 1) *juicio de atribución* y 2) *juicio de existencia*. El primero sería decidir en términos de bueno o malo. En ese sentido: “lo negativo consiste entonces en negarse a hacerse cargo de lo

malo con la intención de expulsarlo de sí” (Green, 2005, p.292). Mientras que el segundo, obedece a decidir si algo que existe en lo inconsciente también existe en la realidad.

Siguiendo a Green (2005) la labor en este caso, o es acerca de que se incorpora o excorpora; sino, determinar si la cosa esta o no en la realidad.

En la construcción del aparato psíquico lo negativo responde al ello, o en otras palabras “el yo es el ello ‘en negativo’” (Green, 2005, p.293). Cabe mencionar que no solo Freud y Lacan han trabajado lo negativo, en relación a la psicosis, sino también Melanie Klein, a través del concepto de *denegación*, y luego Bion y Winnicott (Green, 2005). Según Bion, en sus estudios sobre la psicosis identifica dos procesos. Primero:

La identificación proyectiva<sup>1</sup> expulsa de la psique los elementos inasimilables que no pueden ser elaborados luego de una experiencia frustrante. Este alivio psíquico es de corta duración. Como los elementos evacuados buscan retornar a su habitáculo originario, la psique está obligada a proceder a nueva evacuación donde el conjunto del psiquismo (y no solo los elementos indeseables) es expulsado (...) evacuar la frustración por excesiva identificación proyectiva (Green, 2005, p.294).

En suma, la fórmula que podría resumir este proceso psíquico es: “lo acepto” o “me niego”.

Otro concepto, fundamental para la comprensión de la psicosis, desde la teoría psicoanalítica, es el de *alucinación negativa*. La represión está vinculada a la representación psíquica, mientras que la renegación (me niego, lo expulso) está vinculado al plano de la percepción. En ese orden de ideas, la alucinación negativa está relacionada con la percepción, al ser lo opuesto a la alucinación positiva, se definiría como: “la no-percepción de un objeto o un fenómeno psíquico perceptible (...) se trata de un fenómeno de borramiento de lo que

---

<sup>1</sup> Según la línea de Melanie Klein, la identificación proyectiva alude a una suerte de expulsión o evacuación de lo psíquico, cuya proyección de algunas partes pretenden retornar a través de las que han sido proyectadas (Green, 2005).

debería percibirse (...) la representación de la ausencia de la representación” (Green, 2005, p.299). Este concepto es fundamental, pues según la teoría freudiana, la comprensión de lo alucinatorio tiene sus raíces en lo negativo y no en la alucinación positiva (Green, 2005).

En ese contexto, la teoría psicoanalítica sobre la alucinación negativa, permiten tener un cuadro psico-patológico más amplio de la psicosis. Se puede resumir, siguiendo a Green, en dos interfaces:

Fase externa, una percepción indeseable, insoportable o intolerable acarrea una alucinación negativa que traduce el deseo de recusarla al punto de negar la existencia de los objetos de percepción; sobre su Faz interna, una representación inconsciente de anhelo (abolida) procura hacerse consciente, pero se ve impedida por la barrera del sistema percepción-conciencia. Al ceder a la presión, la percepción negada deja el espacio vacante (Green, 2005, p.301).

Ahora bien, antes de continuar con la exposición de la investigación empírica de las intervenciones basadas en yoga para la psicosis, es preciso diferenciar los estados realmente psicóticos de las crisis psico-espirituales. Grof & Grof (1995) en su libro *La Tormentosa búsqueda del Ser*, define las emergencias espirituales como:

Las emergencias espirituales pueden definirse como etapas críticas y difíciles de atravesar en una profunda transformación psicológica que abarca todo nuestro ser. Se dan como estados alterados de conciencia, e implican emociones intensas, visiones y otros cambios sensoriales, pensamientos extraños y diversas manifestaciones físicas (p.22).

La psiquiatría tradicional y ortodoxa ha patologizado y medicalizado las experiencias psico-espirituales, relegando todo el espectro de los estados no-ordinarios de conciencia al plano de lo psicótico, desviado o enfermo. Aunque en los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (APA, 2013) uno de los criterios diferenciales es que el trastorno no se atribuya a los efectos

fisiológicos de una sustancia, esto podría descartar las experiencias de estado ampliado a través de las plantas de poder en rituales shamánicos. Sin embargo, muchas de las emergencias espirituales se dan por fuera de contextos rituales y culturalmente aceptados. Por tanto, Grof & Grof proponen los siguientes criterios diferenciales: 1) los estados no ordinarios de consciencia son de carácter trans temporo-espacial, 2) no hay dilución total del yo (despersonalización), 3) no hay des-realización, completa ni permanente, del yo; es decir la persona puede diferenciar los criterios de realidad.

En suma, la explicación del fenómeno psicótico podría entenderse como la expulsión o abolición de una representación interna, en relación a una percepción externa que intenta retornar a lo real. Es preciso saber diferenciar entre un real brote psicótico y una emergencia espiritual (o crisis psico-espiritual). Con base en este encuadre teórico-conceptual, a continuación, se presenta una revisión de literatura sobre la base de la investigación empírica, a propósito del yoga y la psicosis. Primero, se realizará un breve bosquejo de los beneficios e implicación generales del yoga para el aparato psíquico. Luego, se aterrizará la discusión empírica, específicamente, entre el yoga y la psicosis.

## **Yoga: aportes clínicos**

La investigación científica del yoga ha estudiado esta práctica mente-cuerpo en diferentes desórdenes mentales. Se ha estudiado el yoga como intervención clínica en adultos jóvenes, mostrando resultados clínicamente significativos en: reducción en la percepción de estrés, aumento en la calidad de vida (Gard, Brach, Hölzel, Noggle, Conboy & Lazar, 2012). Las intervenciones basadas en yoga, y las intervenciones basadas en mindfulness tienen como constructos principales la auto-compasión y la atención plena (capacidad de estar aquí y ahora). Además, se ha utilizado las intervenciones basadas en yoga para el tratamiento de drogodependencias, mostrando resultados clínicamente significativos (Brito, 2010; Nespors, 2000, Villaescusa, 2007). En especial, el yoga se utiliza como eje fundamental del

tratamiento psicoterapéutico en comunidades terapéuticas. En adición, las intervenciones basadas en yoga han sido utilizadas en el tratamiento de desórdenes alimenticios (Lazar, Siegel & Braun, 2016).

Las intervenciones basadas en yoga y en meditación, siendo dos constructos similares de una misma practica mente-cuerpo (practicadas contemplativas), muestran cambios neuropsicológicos. La práctica del yoga mostró impactar significativamente en: incremento de la resiliencia neuronal, disminución del deterioro de la inteligencia fluida y de la actividad cerebral (Gard, Taquet, Dixit, Hölzel, Montjoye, Brach, & Lazar, 2014). La investigación se ha enfocado en estudiar los efectos neuropsicológicos de las prácticas contemplativa, en especial del yoga y la meditación, los resultados son: flexibilidad conductual, salud mental y bienestar; debido al impacto positivo en niveles altos de conectividad funcional generalizada del caudado (Gard, Taquet, Dixit, Hölzel, Dickerson, & Lazar, 2015). Finalmente, mujeres practicantes de yoga, de más de ocho años de práctica, mostraron una TC (*cortical tickness*) significativamente mayor en un grupo de lóbulo prefrontal izquierdo, que incluía partes de la circunvolución frontal media lateral, la circunvolución frontal superior anterior y la circunvolución frontal superior dorsal (Afonso, Balardin, Lazar, Sato, Igarashi, Santaella & Kozasa, 2017). Aquellos cambios estructurales están relacionados, principalmente, a funciones ejecutivas relativas al control atencional. La investigación concluye asociando dichos cambios a una suerte de neuro-protección (*neuroprotective effects*) cuyo resultado es preservar las capacidades cognitivas.

Según muestra la literatura el impacto positivo del yoga, parece presentarse en términos transdiagnósticos. Es decir, el yoga influencia en la estructura psíquica de la persona, permitiendo flexibilidad psicológica, uno de los indicadores más importantes para las terapias de tercera generación, en especial para ACT. La flexibilidad psicológica, según el modelo hexagonal de Hayes, se compone de: atención flexible al momento presente,

aceptación, defusión cognitiva, yo como contexto, compromiso con la acción y orientación a valores (Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006). Lo opuesto es la rigidez psicológica: atención dirigida hacia el pasado o al futuro, evitación experiencial, fusión cognitiva, apego al yo conceptualizado, inacción o evitación, falta de valores. Los impactos se encuentran en: trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, estrés crónico, drogodependencias, desórdenes alimenticios. Así como en cambios positivos neuro-psicológicos, los cuales serían el correlato neural del impacto trans-diagnóstico de componentes psicológicos-subjetivos. A continuación, se presenta literatura en relación, específica, entre las intervenciones basadas en yoga y el tratamiento del espectro psicótico.

### **Yoga y psicosis**

El yoga ha sido empleado como intervención clínica para la psicosis. Se encuentran importantes meta-análisis del yoga como intervención para el espectro psicótico, en especial esquizofrenia (Ross, & Thomas, 2010; Bangalore & Varambally, 2012; Cramer, Lauche, Klose, Langhorst & Dobos, 2013; Duraiswamy, Thirthalli, Nagendra & Gangadhar, 2007; Vancampfort, Vansteelandt, Scheewe, Probst, Knapen, De Herdt & De Hert, 2012). Por otro lado, también se muestran estudios experimentales aleatorios (Broderick, Knowles, Chadwick & Vancampfort, 2015; Manjunath, Varambally, Thirthalli, Basavaraddi & Gangadhar, 2013; Sistig, Lambrecht, & Friedman, 2015; Varambally, Vidyendaran, Sajjanar, Thirthalli, Hamza, Nagendra & Gangadhar, 2013). Otro estudio muestra los impactos positivos en el reconocimiento facial de emociones en pacientes con esquizofrenia (Behere, Arasappa, Jagannathan, Aarambally, Venkatasubramanian, Thirthalli & Gangadhar, 2011). Además, Lin, Chan, Lee, Chang, Tse, Su & Khong (2015) revisaron la relación entre el yoga y el fortalecimiento de funciones neuro-cognitivas en mujeres con psicosis temprana. Finalmente, se ha realizado estudios aleatorios para medir el impacto de la intervención basada en el yoga para cuidadores de paciente psicóticos (Varambally, Vidyendaran,

Sajjanar, Thirthalli, Hamza, Nagendra & Gangadhar, 2013). A continuación, se presentan los resultados más relevantes.

Según Naveen & Telles (2003) la práctica del yoga para pacientes con psicosis puede tener beneficios y contraindicaciones. En algunos casos, las personas pueden experimentar sensaciones de despersonalización, desrealización e incluso luego de meditar pueden experimentar con mayor agudeza los síntomas psicóticos. Por otro lado, la práctica del yoga es considerada como una de las mejores prácticas contemplativas y terapias no verbales para pacientes psicóticos. Naveen & Telles (2003) en un estudio prospectivo de un año de duración, evaluaron a 23 personas con esquizofrenia entre 25 y 48 años. Se midió el impacto de ejercicios de respiración y técnicas de meditación que realizaron durante una hora al día por cinco días a la semana. Se utilizó como medida la actividad dérmica de la piel (*skin conductance level*) y *fluctuation value* (FV). Al cabo de un año se encontró disminución estadísticamente significativa ( $p < 0.1$ ) de la actividad dérmica de la piel y del FV, estas dos variables están asociadas a los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. La principal limitación de este estudio fue que no hubo un grupo de control y la limitación del número de participantes del grupo experimental. Las conclusiones del estudio fueron que los pacientes responden bien a la actividad física, aunque cuando el diseño se centra en la consciencia en las sensaciones internas y en la relajación los pacientes pueden sentir con agudeza los síntomas psicóticos. Los resultados de este estudio fueron contradictorios. Pues, la práctica de asanas y pranayamas mostró un impacto positivo en la sintomatología de la esquizofrenia, mientras que la meditación o estados introspectivos, en algunos casos, intensificó los síntomas psicóticos.

En contraste, Ross & Thomas (2010) hicieron un meta-análisis a través de la base de datos de PubMed, usando como palabra clave “yoga”. Los resultados fueron los siguientes: del total de 81 artículos científicos se encontró que la intervención basada en el yoga es igual o mejor que cualquier otra actividad física. Los estudios se clasificaron en tres: diseños

experimentales, quasi-experimentales y sin grupo de control. Todos los estudios definían la intervención basada en yoga como: posturas corporales y ejercicios de relajación. En uno de los estudios, Duraiswamy et al (citado en Ross & Thomas, 2010) comparó 61 pacientes con esquizofrenia, un grupo recibía terapia farmacológica anti-psicótica junto con ejercicios físicos y otro grupo con yoga (asana y pranayama) diario durante 6 meses. El grupo que recibió yoga mostró resultados superiores al grupo control que recibía actividad física ( $F=5.0$ ,  $p=0.03$ ), en: dimensiones sociales, ocupacionales y en la calidad de vida.

Bangalore & Varambally (2012) en otro meta-análisis, utilizando las bases de datos PubMed/MEDLINE, Google Scholar, and EBSCO, con las palabras clave: *Yoga AND Schizophrenia* y *Psychosis AND yoga*. Se encontró que la práctica de asanas y pranayama (*Panchakosha model*) sin meditación, pues esta última muestra resultados adversos en los síntomas psicóticos, supuso beneficios cognitivos, sin causar efectos adversos. El estudio fue realizado por el equipo de Swami Vivekananda Yoga Anusandhana Samsthana (SVYASA).

El mismo modelo de intervención fue aplicado a 41 pacientes con esquizofrenia que recibía medicación anti-psicóticos. Hubo dos grupos, uno que recibía yoga y otro ejercicios físicos. El grupo que recibió yoga mostró una mejora en los síntomas relativos a disfunción social y una reducción de los síntomas positivos (Bangalore & Varambally, 2012).

En otro estudio Visceglia et al (citado en Bangalore & Varambally, 2012), estudió el impacto del yoga en 18 pacientes estables con síntomas psicóticos. Recibieron un programa de dos sesiones de yoga (asanas, pranayama y relajación) por semana, durante 8 semanas. Fue un estudio con diseño experimental. El grupo experimental mostró resultados clínicamente significativos en *PANSS total and subscale scores* y en calidad de vida. La investigación concluye planteando la necesidad de estudiar los mecanismos biológicos detrás de los beneficios del yoga en pacientes con esquizofrenia.

En otro estudio experimental se utilizó una muestra de 120 pacientes con esquizofrenia. Se tuvo un grupo experimental que recibió la intervención basada en yoga y otro grupo control de lista de espera. El grupo que recibió yoga (asanas) doce clases al mes, durante 4 meses mostró resultados clínicamente significativos en función social, cognición social y en síntomas negativos de la psicosis (Bangalore & Varambally, 2012). Por otro lado, Gangadhar *et al.* (citado en Bangalore & Varambally, 2012) compararon dos grupos, uno recibió yoga y otro ejercicio físico respecto al constructo del reconocimiento cognitivo de expresiones faciales. Se utilizó el test *Tool for Recognition of Emotions in Neuropsychiatric Disorders (TRENDS)*. A partir de los dos meses de intervención el grupo que recibió yoga mostró resultados clínicamente significativos.

Este amplio meta-análisis concluye planteando que el yoga como terapia complementaria en pacientes con psicosis, en especial esquizofrenia, ha mostrado impacto positivo en reducción de síntomas positivos y de depresión, mejoró la cognición, incrementó la calidad de vida, (Bangalore & Varambally, 2012). Cabe mencionar que todos los estudios evitaron la meditación y se enfocaron en asanas y pranayama.

Cramer, Lauche, Klose, Langhorst & Dobos, (2013) realizaron otro meta-análisis Se utilizó artículos, cuyos diseños eran ensayos controlados aleatorizados experimentales aleatorios *Randomized controlled trials (RCTs)*. Se comparó el yoga como intervención versus el cuidado tradicional para pacientes con esquizofrenia. La intervención consistió en asanas, pranayamas y relajación. Durante 1 vez a la semana mínimo en sesiones de 1 hora y media, como promedio. Se utilizaron las siguientes escalas: *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)*, the *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*, the *Clinical Global Impression Scale (CGI)*, *WHO Quality of Life-BREF*. Las palabras clave fueron *yoga* y *schizophrenia*. Se encontró resultados clínicamente significativos a corto plazo en los síntomas positivos (SMD = -0.58; 95% CI -1.52 to 0.37; P = 0.23) y negativos de la esquizofrenia (SMD = -0.59; 95% CI -1.87 to 0.69; P = 0.36). Adicionalmente se encontró evidencia

moderada, para el grupo experimental de yoga, en calidad de vida (SMD = 2.28; 95% CI 0.42 to 4.14; P = 0.02). Las conclusiones muestran que no hubo evidencia fuerte que respalde el yoga como intervención recomendable para pacientes con esquizofrenia.

Al contrario, el siguiente meta-análisis es considerado como aquel que fundamenta el yoga como terapia complementaria válida y confiable para pacientes con esquizofrenia.

Vancampfort, Vansteelandt, Scheewe, Probst, Knapen, De Herdt, De Hert (2012) realizaron un meta-análisis de estudios aleatorios experimentales, los resultados mostraron niveles significativos en síntomas positivos y negativos, a través de la siguiente escala: *Lower Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)*, mejora en la calidad de vida, y reducción de la sintomatología psicopatológica. Las bases de datos utilizadas fueron, *EMBASE, PsycINFO, PubMed, ISI Web of Science, CINAHL, PEDro and Cochrane Library*, la búsqueda se enfocó en estudios aleatorios *Randomised controlled trials (RCTs)*. El meta-análisis se realizó con base en los criterios de *PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)*. Se destaca la necesidad de explorar los mecanismos que subyacen a los beneficios del yoga. Una limitación importante, fue que no se encontró una forma de intervención estándar basada en el yoga, aunque el común homogéneo era: asanas, pranayama y relajación. El estudio concluye, planteando la viabilidad científica de recomendar la práctica de yoga como terapia complementaria.

Otro estudio Visceglia & Lewis (2011) midió el yoga, como terapia complementaria para pacientes con esquizofrenia. Las variables fueron: calidad de vida y sintomatología de la psicosis. Fue un diseño experimental aleatorio, con 18 participantes (12 hombres y 6 mujeres) la media de edad fue 42 años +- 13.5. El grupo control era de lista de espera y el grupo experimental recibió un programa de yoga de ocho semanas. El programa incluyó: asanas, pranayama y relajación. Se utilizaron dos escalas: *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* para medir la sintomatología, y *World Health Organization Quality of Life BREF questionnaire (WHOQOL-BREF)* para medir la calidad de vida. Se encontró resultados

clínicamente significativos en los síntomas positivos ( $t = - 2.64$ ,  $p = 0.02$ ), síntomas negativos ( $t = - 3.04$ ,  $p < 0.01$ ), psicopatología general ( $t = - 3.74$ ,  $p < 0.00$ ), activación ( $t = - 2.29$ ,  $p < 0.04$ ), paranoia ( $t = - 2.89$ ,  $p < 0.01$ ), y en las sub-escalas de depresión ( $t = - 2.62$ ,  $p < 0.02$ ). Finalmente, se encontró mejoría en la calidad de vida ( $t = 2.38$ ,  $p < 0.04$ ). Se concluye planteando que el yoga como terapia complementaria mostró ser eficaz en mejorar la calidad de vida y la sintomatología psicopatológica.

Sistig & Friedman (2015) exploraron el impacto del yoga y *mindfulness* en pacientes con esquizofrenia, a través de una investigación de corte cualitativo. El modelo de tratamiento aludía al *Programa de Prevención de Estrés de Jon Kabat Zinn*, en dónde se integra una forma específica de yoga, conocido como Hatha-Yoga y la práctica de *mindfulness* o plena consciencia. Esto fue llamado yoga consciente o *mindful yoga*. Se utilizó 10 pacientes, (5 hombres y 5 mujeres) cuyo diagnóstico era psicosis resistente al tratamiento (*treatment-resistant psychosis*). Seis de los diez participantes habían experimentado yoga antes. El rango de edad fue entre 20 a 50 años, cuya media fue 29.4 años. Nueve de diez recibía tratamiento farmacológico anti-psicótico, uno de ellos abandono el tratamiento. Signos de paranoia y alucinaciones fueron advertidos en las clases de yoga. La intervención comprendió un modelo de 7 semanas, 2 clases de media hora por semana. Este tipo de yoga viene de las enseñanzas de *Swami Satyananda Saraswati*, del centro de yoga *Bihar School of Yoga*, localizado al norte de la india. Se hace énfasis en la conciencia corporal, en la atención a la respiración y se evita la introspección (pues esta dimensión puede ser un gatillante de psicosis). El componente adicional del *mindfulness* consistió en cultivar una actitud especial en relación a la práctica de yoga: sin juzgar ni evaluar y sin esperar resultados o advirtiendo cuando esto pasaba (sin juzgarse por notar que está juzgándose), tan solo viviendo plenamente el momento presente. La recolección de datos fue a través de entrevistas semi-estructuradas, diarios de auto-reporte. Los resultados fueron los siguientes, en las entrevistas semi-estructuradas, respuesta más común, los pacientes reportaron “estar más relajados”,

“estar menos estresados”, “estar más atentos o focalizados”. En adición, reportaron algunas limitaciones: “Miedo hacer comparado”, “temor hacer avergonzado”. Finalmente, en los diarios de autorreporte se midió: relajación, reducción de estrés, energía y atención, motivación para comprometerse con la vida. En general, en el auto-reporte planteaban la posibilidad de utilizar el yoga para lidiar con el estrés y la ansiedad, para afrontar de una manera más sabia las dificultades de su enfermedad. Reportaron tener mayor energía y concentración para involucrarse en sus tratamientos. Reportaron “estar aliviados”, “menos ansiosos”, “menos paranoicos” y “menos estresados por las voces”.

En conclusión, el yoga muestra mayor adherencia al tratamiento, reducción de estrés y alivio de la ansiedad en relación a la sintomatología de la psicosis, mejor funcionamiento social, aumento en la calidad de vida, y reducción en los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. A través de esta amplia revisión de literatura se sintetiza lo siguiente. 1) la mayoría de estudios plantean la necesidad de profundizar con la investigación clínica del yoga como intervención, 2) la mayoría de estudios utilizan muestras muy reducidas y son de corto plazo, 3) hace falta explorar los mecanismos neuropsicológicos del impacto del yoga en pacientes en esquizofrenia; en especial, el impacto positivo del yoga y el impacto potencialmente perjudicial de la meditación, 4) los programas de terapia basados en yoga no tienen una estructura o están “manualizados”, sino que dependiendo del estudio se utilizan prácticas de yoga de diferentes linajes, aunque el denominador común fue: asanas (posturas corporales), pranayama (ejercicios de respiración), relajación (yoga nidra) y se evitó en la mayoría de estudios la meditación (introspección). Finalmente, cabe mencionar que como muestra la revisión de literatura, existen resultados contradictorios. Algunas investigaciones concluyen recomendando fuertemente el yoga para este tipo de población y otras aluden a la necesidad de ampliar la investigación frente a los resultados no tan concluyentes. Es decir, se requiere investigaciones amplias, a largo plazo y con mayor número de participantes.

## Diseño y Metodología

### Diseño

La presente investigación se realizará a través de un estudio con enfoque experimental de corte cualitativo y cuantitativo, diseño mixto. El enfoque experimental consistirá de dos grupos: el grupo experimental y el grupo de control (lista de espera). El grupo experimental recibirá la intervención basada en yoga y el grupo de control serán personas con las características demográficas y psicopatológicas iguales a las del grupo experimental. El diseño experimental se realizará a través de comparar resultados entre los dos grupos con una evaluación administrada al final. Es decir, se aplicarán las escalas y mediciones antes y después de la intervención, con el objetivo de investigar el impacto estadísticamente significativo de la intervención. La variable independiente será la intervención basada en yoga, las variables dependientes serán: 1) síntomas positivos y negativos de la psicosis 2) satisfacción en la calidad de vida. Se espera investigar el impacto del yoga, como eje de intervención terapéutica, en las dos variables previamente mencionadas, así como rastrear la posible interacción entre ellas. La selección de participantes se realizará de forma aleatoria en la muestra de pacientes diagnosticados con esquizofrenia. Los criterios de inclusión y exclusión se mencionan en el apéndice siguiente.

Respecto al diseño cualitativo, se incorporarán **instrumentos de auto-reporte**, observación etnográfica con diarios de trabajo y un cuestionario semi-estructurado. Es de interés dar cuenta de la dimensión subjetiva respecto a la experiencia de la intervención por parte de los participantes, en las siguientes dimensiones: 1) practica formal de yoga 2) los efectos de la practica en relación a la psicopatología 3) impacto cualitativo del yoga en la vida cotidiana de los pacientes.

### Población

El estudio se realizará con pacientes diagnosticados con esquizofrenia. El criterio de inclusión será a través de la encuesta de criterios diagnósticos del DSM V para tipificar Esquizofrenia. Se incluirá pacientes que se encuentren estabilizados con intervención psicofarmacológica. El rango de edad será entre 20 a 50 años. El criterio de elección etario se justifica en tanto, a la edad de los 20 años con dos años de desviación estándar es el momento de mayor predisposición al primer brote psicótico (APA, 2003). Las características demográficas de la población serán: nivel socio-económico medio-bajo, de base urbana, blanco-mestizos, y paridad de género. Esta justificación de la población se debe a que la mayoría de participantes se pretenden ubicar en Centros Psiquiátricos públicos, o financiados por el estado.

Los criterios de exclusión, además de los criterios diagnósticos del DSM V, por ejemplo, de enfermedad inducida por algún medicamento o droga, es de interés excluir a toda persona que entre dentro de la conceptualización de una crisis psico-espiritual o emergencia espiritual, ya sea espontánea o inducida por alguna practica holotrópica. Se excluirá a personas que no se encuentren tomando medicación anti-psicótica y que no hayan recibido intervención psicoterapéutica. Pues, para el propósito de la investigación interesa trabajar con población estabilizada. Finalmente, se excluirá a aquellos pacientes que no consientan la participación en la investigación o que sus familiares denieguen el estudio, así como pacientes con discapacidad intelectual de moderada a severa. Cabe mencionar que los criterios de exclusión relativos a: 1) emergencias espirituales 2) discapacidad intelectual, serán abordados con base en la información proporcionada por las fichas médicas de los pacientes de la institución psiquiátrica y con base en el contacto inicial.

#### Instrumentos o materiales

Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (ANEXO A)

*La Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia (Positive and Negative Syndrome Scale-PANSS)* fue adaptada al español por Peralta & Cuesta (1994). La

versión original proviene de Kay, Fiszbein, Opler (1987). Los resultados de Peralta & Cuesta (1994) coinciden con la escala original, se utilizó una muestra de 100 pacientes diagnosticados con esquizofrenia, según el DSM III. Se midió la confiabilidad y validez de la adaptación y validación de la escala para el español. La confiabilidad de la escala fue de  $r=.84$  ( $p<0,0001$ ). Los resultados de PANSS tuvieron una distribución normal. Tanto las escalas positivas como negativas mostraron adecuada confiabilidad, además la validación de constructos fue adecuada. Se encontró consistencia interna.

La escala consiste de la *Escala positiva*, en dónde se encuentran los siguientes indicadores: delirios, desorganización conceptual, conducta alucinatoria, excitación, grandiosidad, suspicacia/perjuicio, hostilidad. Se utiliza una escala Lickert de 1 a 7, siendo 1 ausente y 7 extremo. Además, la *Escala Negativa*, contiene: embotamiento afectivo, retracción emocional, pobre relación, retracción social/apatía pasiva, dificultad de pensamiento abstracto, falta de espontaneidad y fluidez en la conversación, pensamiento estereotipado. Finalmente, se tiene la *Escala de Psicopatología General*, la cual contiene los siguientes ítems: preocupaciones somáticas, ansiedad, sentimientos de culpa, tensión motora, manierismos/posturas, depresión, retardo motor, falta de colaboración, inusuales contenidos del pensamiento, desorientación, atención deficiente, ausencia de juicio/introspección, trastornos de la volición, control deficiente de impulsos, preocupación, evitación social activa (Peralta & Cuesta, 1994).

La escala se debe administrar por un clínico y tiene una duración de entre 30 a 40 minutos. Arroja cuatro puntuaciones dimensionales: síndrome positivo, síndrome negativo, escala compuesta, psicopatología general (Peralta & Cuesta, 1994). Según Cuesta, Peralta & Serrano la *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* “permite una evaluación cuantitativa y a la vez clasificatoria de las esquizofrenias (esquizofrenias positivas y negativas)” (2000: 41).

Short form-36 Health Survey (SF-36) (ANEXO A)

Por otro lado, se aplicará la *Short form-36 Health Survey (SF-36)* diseñada por el *Medical Outcomes Study*. Esta escala se utiliza para medir la percepción en la calidad de vida. Los contenidos de la escala destacan: 1) estado funcional y 2) bienestar emocional. Según Dois Castellon, Contreras Mejias, Arechabala & Urrutia Soto (2007), quienes validaron y adaptaron la escala al español, utilizando 99 participantes con esquizofrenia (de 35 a 75 años de edad, 88% mujeres, 12% hombres), la escala consta de 36 ítems que miden: “función física, función social, problemas emocionales, salud mental, vitalidad, dolor y percepción de la salud general” (Dois Castellon, Contreras Mejias, Arechabala & Urrutia Soto, 2007, p.37). Según, Dois Castellon, *et al.*: “La versión en español fue adaptada por Alonso en 1999 y la validez de la versión española ha sido analizada por Ayuso-Mateos, Lasa, Vázquez-Barquero, Oviedo y Diez Maneique (1999)” (2007, p. 37). En este estudio se validó y adaptó la escala a población latinoamericana, en específico de Chile.

En la validación de la escala, en general, los resultados mostraron que los coeficientes de confiabilidad eran altos, a excepción de las sub-escalas de Salud Mental –Energía y vitalidad- cuyos coeficientes resultaron muy bajos (Dois Castellon, Contreras Mejias, Arechabala & Urrutia Soto, 2007). Al eliminar estas dos sub-escalas, la consistencia interna de la escala resultó en 0.79. Cabe mencionar que el instrumento fue diseñado para auto-administrarse.

#### Diario de campo

Este instrumento cualitativo pretende ser un diario semi-estructurado que permita hacer anotaciones a los profesores de yoga, respecto a la intervención. Las anotaciones estarán condicionadas por: 1) cambios conductuales significativos en los pacientes, por ejemplo: parsimonia, disminución de la agitación motora 2) cambios en la dinámica relacional durante la clase de yoga. Además, se propone libertad para reportar cualquier aspecto relevante o significativo durante la clase.

#### Diario de auto-reporte

Este instrumento cualitativo tiene como objetivo permitir a los participantes dar cuenta de los cambios internos que experimentan gracias a la intervención. Las preguntas abiertas guías son: 1.- ¿Cómo me siento en este momento? 2.- ¿Cómo se encuentra mi mente? 3.- ¿Cómo me relaciono con la enfermedad en este momento? 4.- ¿Cuáles son los beneficios que ha aportado la práctica de yoga a mi cuerpo-mente y a mi vida cotidiana? 5.- Cualquier reflexión relevante o importante adicional.

### **1.1. Procedimiento de recolección de datos**

La población clínica para el presente estudio será ubicada y propuesta para la investigación a través de convenios inter-institucionales, entre la Universidad San Francisco de Quito y los hospitales psiquiátricos del sistema médico de salud pública del Distrito Metropolitano de Quito. A través de dicho arreglo institucional se realizará una amplia convocatoria por medio del equipo multidisciplinario de los centros psiquiátricos: psiquiatra de cabecera, psicólogo/a clínico/a y trabajadores/as sociales.

El procedimiento constará de:

1. Tener acceso reservado a los números de fichas médicas de los centros psiquiátricos, con restricción a la población dentro del espectro psicótico.
2. Con base en esta información se podrá seleccionar a los participantes deseables, para que luego el médico tratante pueda informarles sobre el estudio.
3. Los participantes podrán decirle a su propio médico tratante quien se encuentra interesado, para que el investigador pueda tomar contacto directo con el paciente y con los familiares.
4. Luego, se tendrá una reunión informativa sobre la naturaleza del estudio, la ética profesional relativa a la confidencialidad y la obligatoriedad de hacer conocer los resultados.
5. Después de la reunión, se les compartirá el consentimiento informado (ANEXO B), en donde se presentarán las condiciones y beneficios de participar en el

estudio. Esto será aprobado tanto, por el paciente como por sus familiares y por el médico psiquiatra de cabecera.

6. Se pretende conseguir un número mínimo de cincuenta participantes. La elección de este número se justifica en tanto la mayoría de estudios revisados, previamente mencionados, utilizan muestras pequeñas de no más de 20 participantes. Por tanto, se pretende ampliar la muestra. Se dividirá la muestra en dos grupos mediante asignación aleatoria, un grupo experimental y otro grupo control.
7. El grupo control recibirá la intervención basada en la práctica de yoga (asanas, pranayama y relajación) durante tres veces a la semana, en sesiones de 1 hora y media. El programa durará ocho semanas, en total.

Se correrán los dos instrumentos de evaluación cuantitativa pre-intervención y post-intervención. Además, se contará con un registro semanal de diario de auto-reporte por parte de los participantes y con las notas de campo por parte de los profesores de yoga calificados. Las escalas se aplicarán en el inicio del día 1 de intervención y en el día posterior al final de la intervención. La *Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia* tiene como duración de 30 a 40 minutos, y se administra en forma de entrevista semi-estructurada por un clínico, la *Short form-36 Health Survey (SF-36)* tiene como duración de 10 a 20 minutos. Aquellas se aplicarán en las instalaciones de la institución psiquiátrica. Por otro lado, las medidas cualitativas llevarán registro por cada sesión de yoga, luego de terminada la sesión tanto el profesor de yoga como los participantes tendrán que llenar sus diarios.

### **1.5. Análisis de datos**

El análisis de datos se realizará a través la estadística de base descriptiva. Se presentarán gráficos y tablas, cuyo análisis de datos y obtención de resultados descriptivos se realizará a través del programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Science*). El SPSS es el programa estadístico más utilizado en el campo de las ciencias sociales (Herrerías, 2005). La elección de este tipo de análisis estadístico se justifica por las siguientes ventajas:

1) efectividad del uso del tiempo para procesar los datos 2) eficacia y exactitud en el procesamiento de los datos.

Finalmente, se realizará un análisis de varianza de un factor, conocido como “ANOVA de un factor”, la secuencia de análisis es la siguiente: “Analizar, Comparar medias, ANOVA de un factor, Seleccionamos las variables dependientes, Seleccionamos la variable categórica (nominal u ordinal)” (Herrerias, 2005, p.68). La elección particular de este análisis se debe a la necesidad metodológica de observar el comportamiento de las variables dependientes junto con las variables independientes. En ese contexto, cabe mencionar que la variable categórica o nominal es la intervención basada en el yoga, mientras que las variables dependientes son: 1) síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia y 2) satisfacción en la calidad de vida.

#### **1.6.Consideraciones Éticas**

La presente investigación respeta y se adhiere a todas las dimensiones éticas, en el marco de la bio-ética, relativa a las investigaciones con individuos. En ese marco, el presente estudio será enviado para su respectiva evaluación y aprobación al Comité de Ética de la Universidad San Francisco de Quito. Además, como se mencionó en el diseño metodológico, todos los participantes junto con sus cuidadores o familias firmarán un consentimiento informado antes de empezar la investigación. El consentimiento informado incluye la naturaleza del estudio, sus objetivos y se recalca la condición de voluntariedad de los participantes, así como la posibilidad en todo momento de retirarse del estudio sin ninguna implicación negativa.

En virtud del código de ética de la APA, se realizarán todos los esfuerzos necesarios y prudentes para precautelar la seguridad física y psíquica de los participantes. Con el ánimo de respetar y honrar el principio de confidencialidad, se manejarán las fichas médicas con

extremo cuidado y reserva, así como las respuestas de las dos escalas, los diarios de auto-reporte y las notas de campo por parte de los profesores de yoga serán conducidas con sigilo y confidencialidad, sin vulnerar la confidencialidad de la persona. En ese sentido, cada uno de estos instrumentos, incluyendo la ficha será asignado un número que permita identificar a los participantes, sin develar o poner en riesgo la identidad de los participantes. Este diseño será útil tanto para la recolección, como para el procesamiento de los datos, a lo largo de todo el estudio: pre-intervención y post-intervención.

Finalmente, cabe mencionar que los riesgos contingentes que puede contener la presente investigación son los relativos a las experiencias psico-físicas que produce el yoga. Aunque, como se mencionó en la revisión de literatura, solo la meditación (entendida como estados introspectivos y de auto-indagación) puede amplificar los síntomas positivos de la esquizofrenia. Por lo que se decidió excluir esta práctica de yoga, y se eligió: asanas, pranayamas y relajación. Por otro lado, los beneficios que se esperan de esta investigación recaen en los impactos positivos y significativos en: 1) el manejo de la enfermedad 2) la percepción de la calidad de vida 3) la reducción o resignificación de la sintomatología psicopatológica.

## 4. Discusión

### 4.1. Fortalezas y limitaciones de la propuesta

Las fortalezas de la presente propuesta de investigación radican en tres ejes: 1) analítico 2) teórico 3) empírico. En el eje analítico se destaca la imbricación entre el yoga como intervención clínica para la esquizofrenia, de lo cual resulta en términos analítico un diálogo entre la tradición de oriente y la psicoterapia moderna de occidente. En el segundo eje, el aporte teórico se construye sobre la base de la dimensión analítica. La necesidad de desarrollar marcos comprensivos de los fenómenos psico-patológicos que supongan ampliar la cartografía de la psiquis.

En ese sentido, las psicologías ancestrales, en este caso el yoga, en el marco de los estudios sobre la consciencia permiten ampliar la perspectiva de la comprensión de la psicopatología y del tratamiento. Finalmente, en el plano empírico el mayor aporte consiste en el diseño experimental de diseño mixto: cuantitativo y cualitativo. Dicha elección metodológica permitiría dar cuenta de los procesos subjetivos en el contexto terapéutico del yoga, así como tener medición confiables y válidas.

Las limitaciones de la propuesta se complejizan en dos planos: 1) metodológico 2) teórico. En el plano metodológico, los diseños experimentales o cuasi-experimentales relativos al estudio del yoga y la meditación muestran N pequeñas, seguimiento a corto plazo y no permiten dar cuenta de los factores subjetivos que subyacen al tratamiento. En ese contexto, se ha intentado superar la limitación del número de personas, proponiendo una N mediana, aunque dada las características psicopatológicas de la muestra se espera y entiende la dificultad de conseguir una muestra amplia. Luego, la principal limitación de este estudio es que no se propone un seguimiento ni a corto ni a largo plazo. La investigación radica en el estudio del momento previo y post-finalización de la intervención. Lo cual no permitiría dar

cuenta de la variable tiempo en la intervención. Esto obstruye una comprensión amplia de las recaídas o incluso de la remisión espontánea de síntomas.

Además, respecto al plano socio-demográfico, al elegir pacientes psiquiátricos de instituciones públicas se limita el rango de alcance respecto al nivel socio-económica y las características étnicas y culturales. Pues, en general la muestra estaría compuesta de participantes blanco-mestizos, de clase media o media-baja y urbanos. Para un país tan diverso en tanto su plurinacionalidad, estratificación social y multiculturalidad este tipo de muestra no sería representativa del amplio espectro de la población.

Finalmente, la unicidad de la presente propuesta recae en las elecciones teórico-analíticas del estudio. Es decir, la imbricación entre ciencia-espiritualidad, entre oriente y occidente supone cuestionar las bases mismas del paradigma científico moderno. El aporte del proyecto de investigación podría situarse en el marco de la epistemología de la ciencia, junto con el legado de recientes estudios sobre la conciencia y sobre las psicologías no occidentales. En suma, esta investigación pretende aportar a la nueva ola que supone diluir los límites entre materia y conciencia, lo cual en última instancia implica ampliar nuestro entendimiento de los fenómenos psíquicos, por tanto, de la condición humana.

#### **4.2.Recomendaciones para Futuros Estudios**

Con base en la revisión de literatura se encuentra la necesidad de profundizar en tres aspectos. Primero, dar cuenta del correlato neural o en última instancia de los mecanismos neuro-psicológicos que subyacen a los beneficios clínicos del yoga en pacientes con espectro psicótico. Segundo, dada la preeminencia de estudios de corte cuantitativo, se desconoce la dimensión subjetiva detrás de los beneficios del yoga. Se considera importante explorar a profundidad la experiencia psicológica detrás del yoga, en tanto intervención psico-física. Es decir, de qué forma la intervención índice en las cogniciones, en las conductas y en las emociones, pero incluso explorar de qué forma este tipo de intervenciones podrían re-

organizar el aparato psíquico en términos de sistema de pensamiento. Tercero, la literatura describe los posibles riesgos de la meditación, entendida como auto-observación de los estados internos, en los síntomas positivos de la esquizofrenia. Sería interesante explorar y detallar a qué tipo específico de meditación se refiere estas contra-indicaciones, y, por tanto, estudiar los posibles beneficios de otros tipos de meditación, como la meditación *Vippasana* (Chiesa, 2010; Emavardhana & Tori, 1997).

Finalmente, se considera relevante poner énfasis en la investigación científica que se encamine o devenga en política públicas en el sistema de salud mental, pues las intervenciones basadas en yoga cumplen con características importantes a propósito de la intervención: son cortas de duración, en general la media de los programas radica en ocho semanas, y su incorporación se realiza a nivel grupal.

## 5. REFERENCIAS

- Afonso, R. F., Balardin, J. B., Lazar, S., Sato, J. R., Igarashi, N., Santaella, D. F., ... & Kozasa, E. H. (2017). Greater cortical thickness in elderly female yoga practitioners—a cross-sectional study. *Frontiers in aging neuroscience*, *9*, 201.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2008). DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Pub.
- Baer, Ruth A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), 125-143.
- Brito, C. (2010). Yoga en el Tratamiento de Adicciones: La Experiencia de Dos Años de Práctica de Yoga con Pacientes del Centro de Rehabilitación Takiwasi. *Psicoperspectivas*, *9*(2), 253-278.
- Behere, R. V., Arasappa, R., Jagannathan, A., Varambally, S., Venkatasubramanian, G., Thirthalli, J., ... & Gangadhar, B. N. (2011). Effect of yoga therapy on facial emotion recognition deficits, symptoms and functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *123*(2), 147-153.
- Broderick, J., Knowles, A., Chadwick, J., & Vancampfort, D. (2015). Yoga versus standard care for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
- Bangalore, N. G., & Varambally, S. (2012). Yoga therapy for Schizophrenia. *International journal of yoga*, *5*(2), 85.
- Bryant, E. F. (2015). The yoga sutras of Patanjali: A new edition, translation, and commentary. North Point Press.
- Cramer, H., Lauche, R., Klose, P., Langhorst, J., & Dobos, G. (2013). Yoga for schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *13*(1), 32.

- Cuesta, M. J., Peralta, V., & Serrano, J. F. (2000). Nuevas perspectivas en la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. In *Anales del Sistema sanitario de Navarra* (Vol. 23, pp. 37-50).
- Chiesa, A. (2010). Vipassana meditation: systematic review of current evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 16(1), 37-46.
- Duraiswamy, G., Thirthalli, J., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2007). Yoga therapy as an add-on treatment in the management of patients with schizophrenia—a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(3), 226-232.
- Dois Castellon, A., Contreras Mejias, A., ARECHABALA, M. C., & URRUTIA SOTO, M. T. (2007). Validación de una Escala de Calidad de Vida en un Grupo de Personas con Esquizofrenia de la Región Metropolitana-Chile. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 35-44.
- Emavardhana, T., & Tori, C. D. (1997). Changes in self-concept, ego defense mechanisms, and religiosity following seven-day Vipassana meditation retreats. *Journal for the scientific study of religion*, 194-206.
- Gard, T., Brach, N., Hölzel, B. K., Noggle, J. J., Conboy, L. A., & Lazar, S. W. (2012). Effects of a yoga-based intervention for young adults on quality of life and perceived stress: the potential mediating roles of mindfulness and self-compassion. *The Journal of Positive Psychology*, 7(3), 165-175.
- Gard, T., Taquet, M., Dixit, R., Hölzel, B. K., de Montjoye, Y. A., Brach, N., ... & Lazar, S. W. (2014). Fluid intelligence and brain functional organization in aging yoga and meditation practitioners. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, 76.
- Gard, T., Taquet, M., Dixit, R., Hölzel, B. K., Dickerson, B. C., & Lazar, S. W. (2015). Greater widespread functional connectivity of the caudate in older adults who

- practice kripalu yoga and vipassana meditation than in controls. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 137.
- Green, A. (2005). Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo: desconocimiento y reconocimiento del inconsciente (L. Lambert, Trad.). *Buenos Aires: Amorrortu. (Trabjho original publicado en 2003).*
- Grof, C., & Grof, C. (1995). La tormentosa búsqueda del ser. Una guía para el crecimiento personal a través de la emergencia espiritual. Barcelona: Ed. La liebre de Marzo.
- Grof, S. (1994). *Psicología transpersonal: nacimiento, muerte y trascendencia en psicoterapia.* Editorial Kairós.
- Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M., & Dougher, M. J. (Eds.). (1994). *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy.* Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Hanh, T. N. (2012). *Estás aquí: La magia del momento presente.* Editorial Kairós.
- Herreras, E. B. (2005). SPSS: Un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de informática educativa y medios audiovisuales*, 2(4), 62-69.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169.
- Iyengar, B.K.S. (2001). *Yoga. The path to holistic health.* Londres: Dorling Kindersley.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad.* Kairós, Barcelona.

- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156.
- Korman, G. P., Garay, C. J., & Saizar, M. (2006). La recomendación por parte de psicoterapeutas cognitivos de la práctica del yoga como estrategia complementaria de la terapia. In *XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología- Universidad de Buenos Aires.
- Korman, G., & Garay, C. (2007). Complementariedad terapéutica: terapia cognitiva y yoga. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología/UBA*, 12(3), 85-96.
- Kuhn, T. S. (2012). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Kolts, R. L. (2016). *CFT Made Simple: A Clinician's Guide to Practicing Compassion-Focused Therapy*. New Harbinger Publications.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056.
- Manjunath, R. B., Varambally, S., Thirthalli, J., Basavaraddi, I. V., & Gangadhar, B. N. (2013). Efficacy of yoga as an add-on treatment for in-patients with functional psychotic disorder. *Indian journal of psychiatry*, 55(Suppl 3), S374.
- Mañas, I., Justo, C. F., Montoya, M. D. G., & Montoya, C. G. (2014). Educación consciente: Mindfulness (Atención Plena) en el ámbito educativo. Educadores conscientes formando a seres humanos conscientes. *Alianza de civilizaciones, políticas migratorias y educación*, 193-229.

- McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2010). The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance. ReadHowYouWant.com.
- Naveen, K. V., & Telles, S. (2003). Yoga and psychosis: risks and therapeutic potential.
- Nespor, K. (2000) Yoga in addictive diseases - practical experience. *Alcologia: European Journal of Alcohol Studies*, 131, 1, 21-25.
- LAZAR, S., Siegel, T., & BRAUN, T. (2016). Yoga and Eating Disorders: What the Research Does and Doesn't Say. In *Yoga and Eating Disorders* (pp. 77-96). Routledge.
- Lin, J., Chan, S. K., Lee, E. H., Chang, W. C., Tse, M., Su, W. W., ... & Khong, P. L. (2015). Aerobic exercise and yoga improve neurocognitive function in women with early psychosis. *npj Schizophrenia*, 1, 15047.
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press
- Peralta, V. M., & Cuesta, M. Z. (1994). Validation of positive and negative symptom scale (PANSS) in a sample of Spanish schizophrenic patients. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 22(4), 171-177.
- Ross, A., & Thomas, S. (2010). The health benefits of yoga and exercise: a review of comparison studies. *The journal of alternative and complementary medicine*, 16(1), 3-12.
- Sistig, B., Lambrecht, I., & Friedman, S. H. (2015). Journey back into body and soul—An exploration of mindful yoga with psychosis. *Psychosis*, 7(1), 25-36.

- Segal, Z. V., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications.
- Vancampfort, D., Vansteelandt, K., Scheewe, T., Probst, M., Knapen, J., De Herdt, A., & De Hert, M. (2012). Yoga in schizophrenia: a systematic review of randomised controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(1), 12-20.
- Villaescusa, M. (2007). Proyecto Ideaa: terapia integrativa de sustancias visionarias y disciplinas psicoespirituales en el tratamiento de toxicomanías. *Núcleo de Estudios Interdisciplinarios sobre Psicoativos*.
- Visceglia, E., & Lewis, S. (2011). Yoga therapy as an adjunctive treatment for schizophrenia: a randomized, controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *17*(7), 601-607.
- Varambally, S., Vidyendaran, S., Sajjanar, M., Thirthalli, J., Hamza, A., Nagendra, H. R., & Gangadhar, B. N. (2013). Yoga-based intervention for caregivers of outpatients with psychosis: a randomized controlled pilot study. *Asian journal of psychiatry*, *6*(2), 141-145.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Sierra, O. L., Urrego, G., Montenegro, S., & Castillo, C. (2015). Estrés escolar y empatía en estudiantes de bachillerato practicantes de Mindfulness. *Cuadernos de Lingüística Hispánica*, (26).

## ANEXO A: INSTRUMENTOS

# Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Versión adaptada de:

Grupo DRECS Cuestionarios y escalas de valoración psicosocial en Atención Primaria. Zaragoza. FAES FARMA, 2003. En red: [http://www.faes.es/area\\_medica/publicaciones/articulos.lasso?art=102](http://www.faes.es/area_medica/publicaciones/articulos.lasso?art=102)

Martín López MS. Utilidad de la escala para el síndrome positivo y negativo de la esquizofrenia (PANSS) en el seguimiento de enfermería en un centro de salud mental. Nure Investigación. Diciembre 2003; 1. [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/INV\\_NURE/Proyecto114122003201336.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/INV_NURE/Proyecto114122003201336.pdf)

Peralta V, Cuesta MJ. Validación de la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría. 1994; 22 (4): 171- 177

Versión original:

Kay SR, A. Fiszbein L, Opler A. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13: 261-276

Instrumento de evaluación nº 8 de la publicación “Detección e intervención temprana en las psicosis”. Servicio Andaluz de Salud, 2010.

Identificación..... Fecha.....

## ESCALA POSITIVA

### PI. DELIRIOS.

*Creencias infundadas, irreales e idiosincrásicas. Bases para la valoración: los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia en las relaciones sociales y en la conducta.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** Presencia de uno o dos delirios vagos, sin cristalizar y que no se mantienen tenazmente. Los delirios no interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 4. **Moderado:** Presencia de un conjunto caleidoscópico de delirios inestables escasamente formados e inestables, o bien de unos pocos delirios bien formados que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 5. **Moderadamente grave:** Presencia de numerosos delirios bien formados que se mantienen tenazmente y que ocasionalmente interfieren con el pensamiento, las relaciones sociales o la conducta.
- 6. **Grave:** Presencia de un conjunto estable de delirios cristalizados, posiblemente sistematizados, tenazmente mantenidos y que interfieren claramente con el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta.
- 7. **Extremo:** Presencia de un conjunto estable de delirios que están altamente sistematizados o son muy numerosos, y que dominan facetas principales de la vida del paciente. Frecuentemente, esto tiene como resultado acciones inadecuadas e irresponsables, que pueden incluso poner en peligro la vida del o de la paciente o la de otras personas.

## P2. DESORGANIZACIÓN CONCEPTUAL.

*Proceso desorganizado de pensamiento caracterizado por la perturbación de las secuencias orientadas hacia la consecución de objetivos, por ejemplo, circunstancialidad, tangencialidad, asociaciones vagas, inconstancias, notable falta de lógica o bloqueo del pensamiento. **Bases para la valoración:** Los procesos cognitivo-verbales observados durante la entrevista.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** El pensamiento es circunstancial, tangencial o paralógico. Existen algunas dificultades para dirigir el pensamiento hacia un objetivo, y puede manifestarse, bajo situaciones de presión, una cierta debilitación de las asociaciones.
- 4. **Moderado:** Es capaz de concretar pensamientos cuando las comunicaciones son breves y estructuradas, pero pasa a ser vago o incoherente al afrontar comunicaciones más complejas o en situaciones de una mínima presión.
- 5. **Moderadamente grave:** Generalmente tiene dificultades para organizar los pensamientos, como se pone de manifiesto en frecuentes incoherencias, inconsistencias o debilitación de las asociaciones incluso en ausencia de presión.
- 6. **Grave:** El pensamiento está seriamente desviado y es internamente inconsistente, lo que produce grandes incoherencias y perturbación de los procesos de pensamiento, fenómenos que aparecen casi constantemente.
- 7. **Extremo:** Los pensamientos están perturbados hasta el punto de que el/la paciente resulta incoherente. Existe una notable debilitación de las asociaciones, cosa que origina una total imposibilidad de comunicación, por ejemplo, la ‘ensalada de palabras’ o el mutismo.

### P3. CONDUCTA ALUCINATORIA.

*Las explicaciones verbales o la conducta indican percepciones que no han sido generadas por estímulos externos. Esto puede suceder en el ámbito auditivo, visual, olfativo o somático. **Bases para la valoración:** Las explicaciones verbales y las manifestaciones físicas durante la entrevista. Así como las informaciones sobre la conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** Una o dos alucinaciones claramente formadas pero infrecuentes, o bien una serie de percepciones difusas y anormales que no provocan distorsiones del pensamiento o de la conducta.
- 4. **Moderado:** Las alucinaciones se producen de manera frecuente pero no continua, y la capacidad de pensamiento y la conducta del o de la paciente se ven afectadas sólo en menor medida.
- 5. **Moderadamente grave:** Las alucinaciones son frecuentes, puede intervenir en ellas más de un sentido, y tienden a distorsionar el pensamiento y/o a perturbar la conducta. El/la paciente puede plantear una interpretación delirante de estas experiencias y responder a ellas emocionalmente y, en ocasiones, también verbalmente.
- 6. **Grave:** Las alucinaciones se producen de manera casi continua y causan grandes perturbaciones del pensamiento y la conducta. El/la paciente reacciona ante estas alucinaciones como si fueran percepciones, y su funcionamiento se ve dificultado por frecuentes respuestas emocionales y verbales a dichas alucinaciones.
- 7. **Extremo:** El/la paciente está casi totalmente obsesionado con las alucinaciones, las cuales virtualmente dominan el pensamiento y la conducta. Se da a las alucinaciones una interpretación rígida y delirante y provocan respuestas verbales y de conducta, que incluyen la obediencia a órdenes presuntamente recibidas durante las alucinaciones.

#### P4. EXCITACIÓN.

*Hiperactividad, que se manifiesta a través de la aceleración de la conducta motriz, la intensificación de la capacidad de respuesta a los estímulos, actitud de alerta exagerada o excesiva inestabilidad de ánimo.*

**Bases para la valoración:** *La conducta manifestada durante la entrevista, así como las informaciones sobre su conducta proporcionadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** Tiende a sentirse ligeramente inquieto, en un excesivo estado de alerta, o moderadamente sobre-estimulado durante toda la entrevista, pero sin episodios claros de excitación ni una gran inestabilidad de ánimo. El habla puede ser ligeramente nerviosa.
- 4. **Moderado:** El nerviosismo o sobre-estimulación es claramente evidente a lo largo de la entrevista, y afectan al habla y la movilidad general, o se producen esporádicamente accesos episódicos.
- 5. **Moderadamente grave:** Se observa un grado significativo de hiperactividad o frecuentes accesos de la actividad motriz. En cualquier momento, al/ a la paciente le resulta difícil permanecer sentado y sin moverse durante más de unos pocos minutos.
- 6. **Grave:** Un notable nerviosismo domina la entrevista, limita la atención y, hasta cierto punto, afecta las funciones personales, como la alimentación y el sueño.
- **Extremo:** Un notable nerviosismo interfiere seriamente con la alimentación y el sueño y hace virtualmente imposibles los contactos interpersonales. La aceleración del habla y la actividad motriz puede producir incoherencia y agotamiento físico.

## P5. GRANDIOSIDAD.

*Opinión exagerada de uno mismo y convicciones ilusorias de superioridad, que incluyen delirios sobre capacidad extraordinarias, riqueza, conocimientos, fama, poder y rectitud moral. **Bases para la valoración:** Los pensamientos expresados durante la entrevista y su influencia sobre la conducta.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** Es evidente una cierta expansividad y ostentación, pero sin delirios de grandeza bien definidos.
- 4. **Moderado:** Se siente clara e ilusoriamente superior a los demás. Pueden existir algunos delirios poco definidos sobre una condición social o unas capacidades especiales, pero el/la paciente no se ve afectado/a.
- 5. **Moderadamente grave:** Se expresan delirios bien definidos sobre unas capacidades y un poder y condición social extraordinarios que influyen en la actitud, pero no en la conducta.
- 6. **Grave:** Se expresan delirios definidos sobre una superioridad extraordinaria que se refieren a más de un parámetro (riqueza, conocimientos, fama, etc.) e influyen en las interacciones, que pueden verse afectados.
- 7. **Extremo:** El pensamiento, las interacciones y la conducta están dominados por múltiples delirios sobre capacidades, riqueza, conocimientos, fama, poder y/o talla moral extraordinarios, que pueden tomar un cariz extravagante.

## P6. SUSPICACIA/PERJUICIO

*Ideas irreales o exageradas de persecución, que se reflejan en actitudes cautelosas y desconfiadas, actitud exagerada de alerta y sospecha, o delirios manifiestos de que los demás pretendan hacerle daño. **Bases para la valoración:** Los pensamientos expresados en la entrevista y su influencia sobre la conducta.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; pueda estar en el extremo superior de los límites normales.
- 3. **Leve:** Presenta una actitud recelosa o incluso abiertamente desconfiada, pero el pensamiento, las interacciones y la conducta se ven mínimamente afectados.
- 4. **Moderado:** La desconfianza es claramente evidente y se manifiesta en la entrevista y/o en la conducta, pero no hay pruebas de delirios persecutorios. Alternativamente, puede haber indicios de delirios persecutorios poco definidos, pero éstos no parecen afectar la actitud ni las relaciones interpersonales del o de la paciente.
- 5. **Moderadamente grave:** El/la paciente muestra una notable desconfianza, lo que perturba gravemente las relaciones interpersonales, o bien existen delirios persecutorios bien definidos que tienen un impacto limitado en las relaciones interpersonales y la conducta.
- 6. **Grave:** Delirios de persecución penetrantes y bien definidos, que pueden sistematizarse e interferir significativamente con las relaciones interpersonales.
- 7. **Extremo:** Una red de delirios persecutorios sistematizados domina el pensamiento, las relaciones sociales y la conducta del o de la paciente.

## P7. HOSTILIDAD.

*Expresiones verbales y no verbales de ira y resentimiento, que incluyen sarcasmos, conducta pasiva-agresiva, insultos y violencia física. **Bases para la valoración:** La conducta interpersonal observada durante la entrevista y las informaciones aportadas por las enfermeras de asistencia primaria o por la familia.*

- 1. **Ausente:** No aplicable.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede estar en el extremo superior de los límites normales. ○ 3. **Leve:** Manifestaciones indirectas o reprimidas de ira, como sarcasmos, faltas de respeto, expresiones hostiles, e irritabilidad ocasional.
- 4. **Moderado:** Presenta una actitud abiertamente hostil y muestra una frecuente irritabilidad y manifestaciones directas de ira o resentimiento.
- 5. **Moderadamente grave:** El/la paciente es altamente irritable y, ocasionalmente, puede proferir insultos o amenazas.
- 6. **Grave:** La falta de cooperación y los insultos o amenazas se manifiestan notablemente durante la entrevista y tienen un serio impacto sobre las relaciones sociales. El/la paciente puede comportarse de manera violenta y destructiva, pero no se manifiesta violencia física hacia los demás.
- 7. **Extremo:** La ira es muy acusada y provoca una total falta de cooperación y el rechazo de la interacción con los demás, o bien episodio(s) de violencia física hacia los demás.

## ESCALA NEGATIVA

### N1. EMBOTAMIENTO AFECTIVO.

*Responsabilidad emocional disminuida caracterizada por una reducción en la expresión facial, en la modulación de emociones, y gestos de comunicación. **Bases para la evaluación:** observaciones de las manifestaciones físicas del tono afectivo y de la respuesta emocional durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínimo:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. **Leve:** Los cambios en la expresión facial y en los gestos de comunicación parecen ser rígidos, forzados, artificiales, o faltos de modulación.
- . 4. **Moderado:** Rango disminuido de expresión facial y unos pocos gestos expresivos que resultan en una apariencia apagada.
- . 5. **Severamente moderado:** El afecto es generalmente “apático” con cambios sólo ocasionalmente en la expresión facial y una infrecuencia de los gestos de comunicación.
- . 6. **Severo:** Marcada apatía y déficit emocional presente la mayor parte del tiempo. Pueden existir descargas afectivas extremas no moduladas, tales como excitación, rabia, o risas inapropiadas e incontroladas.
- . 7. **Extremo:** Virtualmente ausentes los cambios de expresión facial o evidencia de gestos comunicativos. El/la paciente parece presentar constantemente una expresión impávida o de “madera”.

## N2. RETRACCIÓN EMOCIONAL.

*Falta de interés, participación, o preocupación afectiva en los hechos cotidianos. **Bases para la evaluación:** Informe por parte de los trabajadores sociales o de las familias sobre el funcionamiento del o de la paciente y la observación del comportamiento interpersonal durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. **Leve:** Habitualmente le falta iniciativa y ocasionalmente puede mostrar un interés decreciente en los hechos que le rodean.
- . 4. **Moderada:** El/la paciente está generalmente emocionalmente distante de su entorno y de sus competencias, pero con motivación, puede ser incorporado al entorno.
- . 5. **Severamente Moderada:** El/la paciente s está claramente alejado emocionalmente de las personas y de los sucesos a su alrededor, resistiendo cualquier esfuerzo de participación. El/la paciente aparece distante, dócil y sin propósito pero puede ser involucrado en la comunicación, al menos de forma breve, y tiende a preocuparse de su persona, algunas veces con ayuda.
- . 6. **Severa:** Marcado déficit de interés y de compromisos emocionales que resultan en una conversación limitada con los demás, y negligencia frecuente de sus funciones personales, para lo cual, el/la paciente necesita supervisión
- . 7. **Extrema:** Paciente casi totalmente aislado/a, incommunicativo/a, y no presta atención a sus necesidades personales como resultado de una profunda falta de interés y compromiso emocional.

### N3. POBRE RELACIÓN.

*Falta de empatía interpersonal, de conversación abierta, y sensación de proximidad, interés o participación con el entrevistador. Esto se evidencia por una distancia interpersonal, y por una reducida comunicación verbal y no verbal. **Bases de valoración:** conducta interpersonal durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable: puede estar en el extremo de los límites normales
- . 3. **Leve:** La conversación se caracteriza por un tono artificial, tenso. Puede faltar profundidad emocional o tiende a permanecer en un plano intelectual impersonal.
- . 4. **Moderada:** El/la paciente es típicamente reservado, con una distancia interpersonal evidente. El/la paciente puede responder a las preguntas mecánicamente, actuar con aburrimiento o expresar desinterés.
- . 5. **Severamente Moderada:** La falta de participación es obvia e impide claramente la productividad de la entrevista. El/la paciente puede tender a evitar el contacto con el rostro u ojos.
- . 6. **Severa:** El/la paciente es sumamente indiferente, con una marcada distancia interpersonal. Las respuestas son superficiales y hay una pequeña evidencia no verbal de implicación. El contacto cara a cara o con los ojos se evita frecuentemente.
- . 7. **Extrema:** Falta de implicación total con el entrevistador. El/la paciente parece ser completamente indiferente y constantemente evita interacciones verbales y no verbales durante la entrevista.

#### N4. RETRACCIÓN SOCIAL, APATÍA PASIVA.

*Disminución del interés y de la iniciativa en interacciones sociales debida a pasividad, apatía, falta de energía o voluntad. Esto conduce a una reducción de la participación interpersonal y dejadez de las actividades cotidianas. **Bases de valoración:** informes de comportamiento social basado en la familia y en los asistentes de atención primaria.*

- . 1. **Ausencia:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable: Puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. **Leve:** Ocasionalmente muestra interés en actividades sociales pero con poca iniciativa. Normalmente conecta con otros solamente cuando ellos se han acercado primero.
- . 4. **Moderada:** Pasivamente va con las actividades sociales pero de una forma desinteresada o mecánica. Tiende a alejarse del fondo.
- . 5. **Severamente Moderada:** Participa pasivamente solamente en una minoría de actividades, y virtualmente muestra desinterés o falta de iniciativa. Generalmente pasa poco tiempo con los demás.
- . 6. **Severa:** Tiende a ser apático y a estar aislado, participando raramente en actividades sociales, y ocasionalmente muestra dejadez en las necesidades personales. Tiene escasos y espontáneos contactos sociales.
- . 7. **Extrema:** Profundamente apático, socialmente aislado y personalmente dejado.

## N5. DIFICULTAD DE PENSAMIENTO ABSTRACTO.

*Se evidencia un deterioro en el uso del modo de pensamiento abstracto simbólico por una dificultad en la clasificación, generalización y procedimientos más allá de un pensamiento concreto o egocéntrico en la tarea de resolver un problema. **Bases de valoración:** respuestas a las preguntas basadas en similitudes, interpretación de proverbios y uso de modos concretos y abstractos durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable; puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. **Leve:** Tiende a dar interpretaciones personales o literales a los proverbios más difíciles y puede tener problemas con conceptos completamente abstractos o relatados remotamente.
- . 4. **Moderada:** Normalmente utiliza un modo concreto. Tiene problemas con la mayoría de los proverbios y con varias categorías. Tiende a ser distraído en los aspectos funcionales y rasgos destacados.
- . 5. **Severamente Moderada:** Trata primariamente de un modo concreto, mostrando dificultad con la mayoría de los proverbios y varias categorías.
- . 6. **Severa:** Incapaz de comprender el sentido abstracto de cualquier proverbio o expresiones figurativas y puede clasificar solamente por la más simple de las similitudes. El pensamiento es bien vacuo o cerrado dentro de los aspectos funcionales, rasgos destacados e interpretaciones idiosincráticas
- . 7. **Extrema:** Solamente puede utilizar modos concretos de pensamiento. Muestra incompreensión por los proverbios, metáforas comunes, similitudes y categorías simples. Incluso los atributos destacados y funcionales no sirven como base de clasificación. Esta valoración se puede aplicar a aquellos que no pueden interactuar siquiera un mínimo con el examinador debido a un marcado deterioro cognitivo.

## N6. FALTA DE ESPONTANEIDAD Y FLUIDEZ DE LA CONVERSACIÓN

*Reducción de la fluidez normal de conversación asociada con apatía, falta de voluntad, indefensión o déficit cognitivo. Esto se manifiesta por una disminución de fluidez y productividad de la interacción del proceso verbal.*

**Bases de evaluación:** *Procesos cognitivos verbales observados durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo de los límites normales.
- . 3. **Leve:** La conversación muestra un poco de iniciativa. Las respuestas de los/as pacientes tiende a ser breve y sin adornos, requiriendo preguntas directas y dirigidas por el investigador.
- . 4. **Moderada:** Falta de fluidez en la conversación, aparece desigualdad y vacilación. Normalmente se necesitan preguntas dirigidas para dilucidar respuestas adecuadas y proceder con la conversación.
- . 5. **Severamente Moderada:** El/la paciente muestra una marcada falta de espontaneidad y apertura, respondiendo a las preguntas del investigador con una o dos breves frases.
- . 6. **Severa:** Las respuestas del o de la paciente están limitadas principalmente a pocas palabras o frases cortas, intencionadas para evitar o impedir la comunicación (ej: “no se, no tengo libertad para opinar”). Como consecuencia, la conversación está seriamente dificultada, y la entrevista es altamente insatisfactoria.
- . 7. **Extrema:** La respuesta verbal se restringe a: lo máximo, murmullos ocasionales, haciendo que la conversación sea imposible.

## N7. PENSAMIENTO ESTEREOTIPADO.

*Disminuida fluidez, espontaneidad, y flexibilidad de pensamiento, evidenciado por un pensamiento rígido, repetitivo, o contenido estéril. La **base para la evaluación:** procesos cognitivos-verbales observados durante la entrevista:*

- . 1. **Ausente:** La definición no es aplicable
- . 2. **Mínima:** Patología cuestionable. Puede estar en el extremo máximo de los límites normales.
- . 3. **Leve:** Alguna rigidez mostrada en actitudes o creencias. El/la paciente puede negarse a considerar posiciones alternativas o tener resultando difícil cambiar de una idea a otra.
- . 4. **Moderada:** La conversación gira alrededor de un tema recurrente, resultando difícil cambiar de nuevo a un tópico.
- . 5. **Severa Moderadamente:** El pensamiento es rígido y repetitivo hasta tal punto que, a pesar del esfuerzo del entrevistador, la conversación se limita solamente a dos o tres temas dominantes.
- . 6. **Severa:** Repetición incontrolada de demandas, afirmaciones, ideas o preguntas que dificultan severamente la conversación.
- . 7. **Extrema:** Pensamiento, comportamiento y conversación dominados por una constante repetición de ideas fijas o frases limitadas, dirigiéndose a una rigidez grotesca, inapropiada y restrictiva de la comunicación del o de la paciente.

## ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA GENERAL

### PG1. PREOCUPACIONES SOMÁTICAS.

*Quejas físicas o creencias acerca de enfermedades o disfunciones somáticas. Estas quejas pueden variar desde un vago sentido de malestar a claros delirios de enfermedad física maligna. **Bases para la valoración:** contenido del pensamiento expresado en la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Preocupaciones a cerca de la salud o sobre problemas somáticos, tal y como se evidencia por preguntas ocasionales y por demandas de tranquilización.
- . 4. **Moderado:** Quejas a cerca de mala salud o de disfunción corporal, pero no hay convicción delirante, y las preocupaciones pueden ser aliviadas mediante tranquilización.
- . 5. **Moderado severo:** El/la paciente expresa numerosas o frecuentemente preocupaciones a cerca de presentar una enfermedad física o de disfunción corporal, o bien el/la paciente manifiesta uno o dos claros delirios sobre estos temas, pero sin estar preocupado por ello.
- . 6. **Severo:** El/la paciente manifiesta uno o más delirios somáticos pero no está muy implicado efectivamente en ellos, y con algún esfuerzo, el entrevistador puede desviar la atención del o de la paciente sobre estos temas.
- . 7. **Extremo:** Numerosos y frecuentemente referidos delirios somáticos, o sólo algún delirio somático pero de naturaleza catastrófica que domina totalmente el afecto y pensamiento del o de la paciente.

## PG2. ANSIEDAD.

*Experiencia subjetiva de nerviosismo, intranquilidad, aprensión, o inquietud, que oscila entre una excesiva preocupación sobre el presente o el futuro y experiencias de pánico. **Bases para la valoración:** comunicación de estas experiencias durante la entrevista y la observación de las correspondientes manifestaciones físicas.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Expresa alguna intranquilidad, preocupación excesiva o inquietud subjetiva, pero las repercusiones somáticas o conductuales no son evidentes.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente refiere varios síntomas de nerviosismo los cuales se reflejan en ligeras manifestaciones físicas, tales como un temblor fino en manos y sudoración excesiva.
- . 5. **Moderado severo:** El/la paciente refiere marcados problemas de ansiedad los cuales tienen importantes manifestaciones físicas y conductuales, tales como tensión, escasa capacidad de concentración, palpitaciones o insomnio.
- . 6. **Severo:** Estado subjetivo prácticamente constante de temor asociado con fobias, marcada inquietud, o numerosas manifestaciones somáticas.
- . 7. **Extremo:** La vida del o de la paciente está seriamente alterada por la ansiedad, la cual está casi siempre presente y a veces alcanza el grado de pánico, o se manifiesta en una crisis de pánico en la actualidad.

### PG3. SENTIMIENTOS DE CULPA.

*Remordimientos o autorreproches sobre sucesos, reales o imaginarios, ocurridos en el pasado. **Bases para la valoración:** comunicación de sentimientos de culpa a lo largo de la entrevista y por su influencia sobre la actitud y los pensamientos.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Las preguntas al respecto, ponen de manifiesto vagos sentimientos de culpa o autorreproches por un incidente mínimo, pero el/la paciente no está claramente afectado.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente expresa preocupación sobre su responsabilidad por un incidente real en su vida, pero no está preocupado por ello y su conducta no está manifiestamente afectada.
- . 5. **Moderado severo:** El/la expresa un fuerte sentimiento de culpa asociado con autodesprecio o con la creencia de que merece un castigo. Los sentimientos de culpa pueden tener una base delirante, pueden ser referidos espontáneamente, pueden ser fuente de preocupación y/o humor depresivo, y no se alivian mediante la tranquilización por parte del entrevistador.
- . 6. **Severo:** Intensas ideas de culpa que toman un carácter delirante y se reflejan en una actitud de desvalimiento o inutilidad. El/la paciente cree que debería recibir un severo castigo por hechos pasados, pudiendo considerar su situación actual como un castigo.
- . 7. **Extremo:-** La vida del o de la paciente está dominada por firmes delirios de culpa por los que se siente merecedor de grandes castigos tales como encarcelamiento, tortura o muerte. Puede haber pensamientos autolíticos, o la atribución de los problemas de los demás a actos realizados por el/la propio/a paciente.

#### PG4. TENSIÓN MOTORA.

*Claras manifestaciones físicas de temor, ansiedad y agitación, tales como tensión muscular, temblor, sudoración profusa e inquietud. **Bases para la valoración:** manifestaciones verbales de ansiedad y la severidad de las manifestaciones físicas de tensión observadas durante la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** La postura y los movimientos indican un ligero temor, así como alguna tensión motora, inquietud ocasional, cambios de postura, o un fino temblor de manos.
- . 4. **Moderado:** Clara apariencia nerviosa, tal y como se deduce por un comportamiento inquieto, manifiesto temblor de manos, sudoración excesiva o tics nerviosos.
- . 5. **Moderado severo:** Marcada tensión que se evidencia por sacudidas nerviosas, sudoración profusa e inquietud, pero la conducta en la entrevista no está significativamente alterada.
- . 6. **Severo:** Marcada tensión que interfiere con las relaciones interpersonales. El/la paciente, por ejemplo, puede estar constantemente inquieto, es incapaz de permanecer sentado durante un rato o presenta hiperventilación.
- . 7. **Extremo:** La marcada tensión se manifiesta por síntomas de pánico o por una gran hiperactividad motora, tal como marcha acelerada o incapacidad para permanecer sentado más de un minuto, lo que hace imposible una conversación mantenida.

## PG5. MANIERISMOS Y POSTURAS.

*Movimientos o posturas artificiales que se manifiestan en una apariencia forzada, artificial, desorganizada o extravagante. **Bases para la valoración:** Observación de las manifestaciones físicas durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario o de la familia.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Ligera apariencia forzada de los movimientos o ligera rigidez en la postura.
- . 4. **Moderado:** La apariencia forzada e inarmónica de los movimientos es notable y durante breves momentos el/la paciente mantiene una postura artificial.
- . 5. **Moderado severo:** Se observan rituales extravagantes o una postura deformada de forma ocasional, o bien se mantiene una postura anómala durante largos periodos de tiempo.
- . 6. **Severo:** Frecuente repetición de rituales extravagantes, manierismos o movimientos estereotipados, o bien se mantiene una postura deformada durante largos periodos de tiempo.
- . 7. **Extremo:** El funcionamiento está seriamente alterado por la implicación prácticamente constante del o de la paciente en movimientos rituales, manierísticos o estereotipados, o por una postura fija y artificial que es mantenida durante la mayor parte del tiempo.

## PG6. DEPRESION.

*Sentimientos de tristeza, desánimo, desvalimiento y pesimismo. Bases para la valoración: manifestaciones verbales de humor depresivo durante la entrevista y su influencia sobre la actitud y la conducta.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** El/la paciente expresa algo de tristeza o desánimo solo cuando se le pregunta, pero no hay evidencia de depresión en su actitud o conducta.
- . 4. **Moderado:** Claros sentimientos de tristeza o desánimo que pueden ser referidos de forma espontánea, pero el humor depresivo no tiene importantes repercusiones sobre la conducta o el funcionamiento social y generalmente se puede animar a el/la paciente.
- . 5. **Moderado severo:** Claro humor depresivo que está asociado con marcada tristeza, pesimismo, pérdida del interés social, inhibición psicomotriz y afectación del apetito y del sueño. No se puede animar fácilmente al/ a la paciente.
- . 6. **Severo:** Marcado humor depresivo que está asociado con continuos sentimientos de sufrimiento, desvalimiento, inutilidad y llanto ocasional. Además, existe una importante alteración del apetito y/o del sueño, así como de la motricidad y de la funciones sociales con posibles signos de autoabandono.
- . 7. **Extremo:** Los sentimientos depresivos interfieren de manera muy marcada en la mayoría de las áreas. Las manifestaciones incluyen llanto frecuente, marcados síntomas somáticos, trastorno de la concentración, inhibición psicomotriz, desinterés social, autoabandono, posible presencia de delirios depresivos o nihilistas, y/o posibles ideas o conductas suicidas.

## PG7. RETARDO MOTOR.

*Reducción de la actividad motora tal y como se manifiesta por un enlentecimiento o disminución de los movimientos y el lenguaje, disminución de la respuesta a diversos estímulos, y disminución del tono motor. **Bases para la valoración:** manifestaciones durante el curso de la entrevista así como información del personal sanitario y de la familia.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Ligera pero apreciable disminución de la frecuencia de los movimientos y del habla. El/la paciente puede ser poco productivo/a tanto en el habla como en los gestos.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente tiene claramente enlentecidos los movimientos y el habla puede estar caracterizada por su baja productividad, incluyendo un aumento de la latencia en las respuestas, pausas prolongadas y ritmo enlentecido.
- . 5. **Moderado severo:** Una marcada reducción de la actividad motora que provoca una importante incapacidad en la comunicación o limita el funcionamiento social y laboral. El/a paciente se encuentra habitualmente sentado/a o tumbado/a.
- . 6. **Severo:** Los movimientos son extremadamente lentos, lo que resulta en un mínimo de actividad y de habla. El/la paciente se pasa la mayor parte del día sentado o tumbado, sin realizar actividad productiva alguna.
- . 7. **Extremo:** El/la paciente está casi totalmente inmóvil y apenas si responde a estímulos externos.

## PG8. FALTA DE COLABORACIÓN.

*Rechazo activo a acceder a deseos de los demás, incluyendo al entrevistador, personal del hospital o familia. Este rechazo puede estar asociado con recelo, actitud defensiva, testarudez, negativismo, rechazo de la autoridad, hostilidad o beligerancia. **Bases para la valoración:** Conducta observada a lo largo de la entrevista así como la información proporcionada por el personal sanitario y la familia.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Actitud de resentimiento, impaciencia o sarcasmo. Puede poner reparos a colaborar a lo largo de la entrevista.
- . 4. **Moderado:** Ocasionalmente rehusa colaborar en las demandas sociales normales, así como hacer su propia cama, acudir a actividades programadas, etc. El/la paciente puede manifestar una actitud hostil, defensiva o negativista, pero generalmente puede ser manejable.
- . 5. **Moderado severo:** El/la paciente frecuentemente no colabora con las demandas de su ambiente y puede ser considerado por otras personas como “indeseable” o de tener “dificultades de trato”. La falta de colaboración se manifiesta por una marcada actitud defensiva o de irritabilidad con el entrevistador y una escasa disposición a contestar a muchas de las preguntas.
- . 6. **Severo:** El/la paciente colabora muy poco, se muestra negativista y posiblemente también beligerante. Rehusa colaborar con la mayoría de las demandas sociales y puede negarse a iniciar o a completar la totalidad de la entrevista.
- . 7. **Extremo:** La resistencia activa perturba seriamente casi todas las áreas de funcionamiento. El/la paciente puede rehusar el implicarse en cualquier actividad social, el aseo personal, conversar con la familia o el personal sanitario, y a participar aunque sólo sea brevemente en la entrevista.

## PG9. INUSUALES CONTENIDOS DEL PENSAMIENTO.

*El contenido del pensamiento se caracteriza por la presencia de ideas extrañas, fantásticas o grotescas, que oscilan entre aquellas que son peculiares o atípicas y las que son claramente erróneas, ilógicas o absurdas.*

**Bases para la valoración:** contenido del pensamiento expresado a lo largo de la entrevista.

- 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- 3. **Ligero:** El contenido del pensamiento es peculiar o idiosincrático, o bien las ideas normales son referidas en un contexto extraño.
- 4. **Moderado:** Las ideas están frecuentemente distorsionadas y ocasionalmente son bizarras.
- 5. **Moderado severo:** El/la paciente manifiesta muchos pensamientos extraños y fantásticos (p.e. ser el hijo adoptado de un rey) o algunos que son marcadamente absurdos (p.e. tener cientos de hijos, recibir mensajes de radio desde el espacio exterior a través de un diente empastado).
- 6. **Severo:** El/la paciente expresa muchas ideas absurdas o ilógicas, o algunas que tienen un marcado matiz grotesco (p.e. tener tres cabezas, ser un extraterrestre).
- 7. **Extremo:** El pensamiento está repleto de ideas absurdas bizarras y grotescas.

## PG10. DESORIENTACIÓN.

*Falta de conciencia de las relaciones del o de la paciente con su ambiente, incluyendo personas, lugar y tiempo, que puede ser debido bien a confusión o retraimiento. **Bases para la valoración:** respuestas a preguntas sobre orientación.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** La orientación general es adecuada, pero existe dificultad en áreas específicas. Por ejemplo, el/la paciente sabe dónde está, pero desconoce el nombre de la calle, sabe el nombre del personal sanitario pero no sus funciones, sabe el mes pero confunde el día de la semana con el anterior o el posterior, o se equivoca en la fecha en más de dos días. Puede haber una restricción del interés, tal y como se manifiesta por la familiaridad con el ambiente inmediato, pero no con otro más general. Así p.e., conoce los nombres del personal sanitario, pero no los del alcalde, presidente de la comunidad autónoma o presidente del estado.
- . 4. **Moderado:** Moderada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente sabe que está en un hospital pero desconoce su nombre, sabe el nombre de la ciudad pero no el barrio, sabe el nombre de su médico, pero no el de otros colaboradores, conoce el año y la estación pero no el mes.
- . 5. **Moderado severo:** Considerable desorientación en espacio, tiempo y persona. El/la paciente tiene solo una vaga noción de donde está y no se encuentra familiarizado con su ambiente inmediato. Puede identificar el año adecuadamente o de forma aproximada pero desconoce el día, mes y estación.
- . 6. **Severo:** Marcada desorientación en espacio, tiempo y persona. Por ejemplo, el/la paciente no sabe dónde está, confunde la fecha en más de un año, y solo puede nombrar a una o dos personas de su vida actual.
- . 7. **Extremo:** El/la paciente está totalmente desorientado en espacio, tiempo y persona. Existe una total confusión o una ignorancia total a cerca de donde está, del año actual, y aún de las personas más allegadas, tales como parientes, esposa/o, amigos o su médico.

## PG11. ATENCIÓN DEFICIENTE.

*Dificultad en dirigir la atención tal y como se manifiesta por escasa capacidad de concentración, distraibilidad por estímulos internos y externos, y dificultad en mantener o cambiar la atención a un nuevo estímulo. **Bases para la valoración:** manifestaciones durante el curso de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Limitada capacidad de concentración, tal y como se manifiesta por distracción ocasional o atención vacilante hacia el final de la entrevista.
- . 4. **Moderado:** La conversación está afectada por una fácil tendencia a la distraibilidad, dificultad en mantener una concentración continuada sobre un determinado asunto, o problemas en cambiar la atención a nuevos temas.
- . 5. **Moderado severo:** La conversación está seriamente alterada por la escasa concentración, la marcada distraibilidad y la dificultad en cambiar el foco de la atención.
- . 6. **Severo:** El/la paciente puede mantener la atención sólo por breves momentos o con gran esfuerzo, debido a una marcada distracción por estímulos internos y externos.
- . 7. **Extremo:** La atención está tan alterada que imposibilita el mantener una mínima conversación.

## PG12. AUSENCIA DE JUICIO E INTROSPECCIÓN.

*Trastorno de la conciencia o comprensión del propio trastorno psiquiátrico y situación vital. Esto se manifiesta por la dificultad en reconocer los trastornos psiquiátricos pasados o presentes, negativa a ponerse en tratamiento o a ser hospitalizado, decisiones caracterizadas por un escaso sentido de la anticipación y de sus consecuencias y por proyectos irreales tanto a corto como a largo plazo. **Bases para la valoración:** contenido del pensamiento expresado durante la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** El/la paciente reconoce tener un trastorno psiquiátrico, pero claramente subestima su importancia. La necesidad de tratamiento, o la necesidad de tomar medidas para evitar las recaídas. Los proyectos futuros pueden estar escasamente planificados.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente da muestras de un reconocimiento de su enfermedad vago y superficial. Puede haber oscilaciones en su conciencia de enfermedad o una escasa conciencia de los síntomas más importantes actualmente presentes tales como delirios, pensamiento desorganizado, suspicacia o retraimiento emocional. El/la paciente puede racionalizar la necesidad de tratamiento en términos de aliviar síntomas menores, tales como ansiedad, tensión e insomnio.
- . 5. **Moderado severo:** Reconoce trastornos psiquiátricos pasados, pero no los presentes. Si se le confronta, el/la paciente puede reconocer la existencia de síntomas menores, los cuales tiende a explicar mediante interpretaciones equivocadas o delirantes. De manera similar, no reconoce la necesidad de tratamiento.
- . 6. **Severo:** El/la paciente niega siempre que haya presentado trastorno psiquiátrico alguno. Niega la presencia de cualquier tipo de síntomas psiquiátricos en el pasado o presente, y aunque colabore en la toma de medicación, niega la necesidad de tratamiento y hospitalización.
- . 7. **Extremo:** Niega enfáticamente los trastornos psiquiátricos pasados o presentes. Interpreta delirantemente tanto el tratamiento como la hospitalización actual (p.e. como castigo o persecución), y el/la paciente

puede rehusar a cooperar con el/la médico/a, la toma de la medicación o con otros aspectos del tratamiento.

### PG13. TRASTORNOS DE LA VOLICIÓN.

*Trastornos de la iniciación voluntaria, mantenimiento, y control de los pensamientos, conducta, movimientos y lenguaje. Bases para la valoración: contenido del pensamiento y conducta observados a lo largo de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Hay evidencia de una ligera indecisión en la conversación y en el pensamiento,  
lo cual puede impedir ligeramente los procesos cognitivos y verbales.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente está a menudo ambivalente y muestra una clara dificultad en  
tomar decisiones. La conversación puede estar afectada por el trastorno del pensamiento y como consecuencia de ello el funcionamiento cognitivo y verbal está claramente alterado.
- . 5. **Moderado severo:** El trastorno de la volición interfiere tanto en el pensamiento como en la conducta. El/la paciente manifiesta una marcada indecisión que impide la iniciación y continuación de actividades sociales y motoras que también puede evidenciarse por  
pausas en el habla.
- . 6. **Severo:** Los trastornos de la volición interfieren con la ejecución de funciones motoras  
simples y automáticas, con el vestirse y aseo, y afectan marcadamente al habla.
- . 7. **Extremo:** Existe un grave trastorno de la volición que se manifiesta por una gran inhibición de los movimientos y el habla, lo que resulta en inmovilidad y/o mutismo.

#### PG14. CONTROL DEFICIENTE DE IMPULSOS.

*Trastorno de la regulación y control de los impulsos internos, lo que resulta en una descarga súbita, no modulada, arbitraria o mal dirigida de la tensión y emociones sin preocupación por sus consecuencias. **Bases para la valoración:** conducta durante el curso de la entrevista e información del personal sanitario y familia.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** El/la paciente tiende a mostrarse fácilmente colérico ante estrés o frustraciones, pero raramente presenta actos impulsivos.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente manifiesta cólera y agresividad verbal ante mínimas frustraciones. Puede mostrarse ocasionalmente amenazante, presentar conductas destructivas, o tener uno o dos episodios de confrontación física o una reyerta menor.
- . 5. **Moderado severo:** - El/la paciente presenta episodios impulsivos repetidos con abuso verbal, destrucción de la propiedad, o amenazas físicas. Puede haber uno o dos episodios de serios ataques violentos que requieren aislamiento, contención física o sedación.
- . 6. **Severo:** El/la paciente presenta frecuentemente agresividad, amenazas, exigencias y violencia de carácter impulsivo, sin ninguna consideración por sus consecuencias. Presenta ataques de violencia, incluso sexual, y puede responder violentamente a voces alucinatorias.
- . 7. **Extremo:** El/la paciente realiza ataques homicidas, asaltos sexuales, brutalidad repetida o conductas autodestructivas. Requiere una supervisión directa y constante o una contención externa debido a su incapacidad para controlar los impulsos violentos.

## PG15. PREOCUPACIÓN.

*Preocupación por pensamientos y sentimientos internamente generados, así como por experiencias autistas que van en detrimento de la adaptación a la realidad y de una conducta adaptativa. **Bases para la valoración:** conducta interpersonal observada a lo largo de la entrevista.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** Excesiva implicación en problemas o necesidades personales, de forma que la conversación se dirige hacia temas egocéntricos a la vez que disminuye el interés por los demás.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente se muestra ocasionalmente ensimismado, como soñando despierto o abstraído por experiencias internas, lo que interfiere ligeramente en la comunicación.
- . 5. **Moderado severo:** El/la paciente parece a menudo absorto en experiencias autistas, tal y como se evidencia por conductas que afectan significativamente a las funciones relacionales y comunicativas: mirada vacía, musitación o soliloquios, o implicación con patrones motores estereotipados.
- . 6. **Severo:** Marcada preocupación con experiencias autistas, lo que limita seriamente la capacidad de concentración, la capacidad para conversar, y la orientación en su ambiente inmediato. Se puede observar que el/la paciente se ríe sin motivo aparente, vocifera, musita o habla consigo mismo.
- . 7. **Extremo:** El/la paciente está casi siempre absorto/a en experiencias autistas, lo que repercute en casi todas las áreas de su conducta. El/la paciente puede responder verbal y conductualmente de forma continua a alucinaciones y apenas si muestra interés por el ambiente que le rodea.

## PG16. EVITACIÓN SOCIAL ACTIVA.

*Conducta social disminuida que se asocia con temor injustificado, hostilidad, o desconfianza. **Bases para la valoración:** Información del funcionamiento social por parte del personal sanitario o de la familia.*

- . 1. **Ausente:** No cumple la definición.
- . 2. **Mínimo:** Patología dudosa; puede ser el límite superior de la normalidad.
- . 3. **Ligero:** El/la paciente parece molesto/a por la presencia de la gente y prefiere permanecer solitario/a, si bien participa en actividades sociales cuando se le requiere.
- . 4. **Moderado:** El/la paciente acude de mala gana a la mayoría de las actividades sociales, para lo cual puede que sea necesario persuadirle, o bien las deja prematuramente debido a ansiedad, suspicacia u hostilidad.
- . 5. **Moderado severo:** El/la paciente se mantiene alejado/a, con temor o enojo, de las actividades sociales a pesar de los esfuerzos por implicarle en las mismas. Tiende a pasar la mayor parte del tiempo en soledad sin realizar actividad productiva alguna.
- . 6. **Severo:** El/la paciente participa en muy pocas actividades sociales debido a temor, hostilidad o recelo. Cuando se le aborda el/la paciente tiende a impedir las interacciones y generalmente se aísla.
- . 7. **Extremo:** No se puede implicar al/ a la paciente en actividades sociales debido a marcado temor, hostilidad o delirios de persecución. En la medida que puede evitar todas las relaciones y permanece aislado/a de los demás.

## Resumen de Puntuaciones

Escala Positiva (PANSS-P)								
Delirios	1	2	3	4	5	6	7	
Desorganización Conceptual	1	2	3	4	5	6	7	
Alucinaciones	1	2	3	4	5	6	7	
Excitación	1	2	3	4	5	6	7	
Grandiosidad	1	2	3	4	5	6	7	
Susplicacia/perjuicio	1	2	3	4	5	6	7	
Hostilidad	1	2	3	4	5	6	7	
<b>Total PANSS-P</b>								
- N )								
Embotamiento afectivo	1	2	3	4	5	6	7	
Retraimiento emocional	1	2	3	4	5	6	7	
Contacto pobre	1	2	3	4	5	6	7	
Retraimiento social	1	2	3	4	5	6	7	

Pensamiento abstracto	1	2	3	4	5	6	7
Fluidez de la conversación	1	2	3	4	5	6	7
Pensamiento estereotipado	1	2	3	4	5	6	7
<b>Total PANSS-N</b>							
<b>Índice compuesto (Total PANN-P)- (Total PANSS-N)</b>							
<b>Psicopatología General (PANSS-PG)</b>							
Preocupación somática	1	2	3	4	5	6	7
Ansiedad	1	2	3	4	5	6	7
Sentimientos de culpa	1	2	3	4	5	6	7
Tensión motora	1	2	3	4	5	6	7
Manierismos / posturas	1	2	3	4	5	6	7
Depresión	1	2	3	4	5	6	7
Enlentecimiento motor	1	2	3	4	5	6	7
Falta de colaboración	1	2	3	4	5	6	7
Pensamientos inusuales	1	2	3	4	5	6	7
10. Desorientación	1	2	3	4	5	6	7
11. Atención deficiente	1	2	3	4	5	6	7
12. Ausencia de insight	1	2	3	4	5	6	7
13. Trastornos de la volición	1	2	3	4	5	6	7
14. Control deficiente de los impulsos	1	2	3	4	5	6	7
15. Ensimismamiento	1	2	3	4	5	6	7
16. Evitación social activa	1	2	3	4	5	6	7
<b>Total PANSS-PG</b>							

## RESULTADOS

<i>SINDROME POSITIVO</i>		PUNTO S		PERCEN TIL
<i>SÍNDROME NEGATIVO:</i>		PUNTO S		PERCEN TIL
<i>INDICE COMPUESTO:</i>		PUNTO S		PERCEN TIL
<i>PSICOPATOLOGÍA GENERAL:</i>		PUNTO S		PERCEN TIL
<i>SISTEMA RESTRICTIVO:</i>				
<i>SISTEMA INCLUSIVO:</i>				

### Normas de administración y puntuación

En Bobes García, J; G.-Portilla, MP; Bascarán Fernández, MT, Saiz Martínez; PA, Bousoño García, M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 3.<sup>a</sup> edición. Barcelona: Ars Médica. 2004

○. Administración:

- Ha de ser administrada por un/a clínico/a, utilizando la técnica de entrevista semiestructurada.
- El tiempo aproximado de administración es de 30-40 minutos.

○. Puntuación:

- Proporciona cuatro puntuaciones dimensionales: 9 Síndrome positivo.  
9 Síndrome negativo.  
9 Escala compuesta.

## 9 Psicopatología general.

- La puntuación en las escalas positiva (PANSS-P), negativa (PANSS-N), y psicopatología general (PANSS-PG) se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Las puntuaciones oscilarán por tanto entre 7 y 49 para las escalas positiva y negativa, y entre 16 y 112 para la psicopatología general.
- La puntuación en la escala compuesta (PANSS-C) se obtiene restando la puntuación en la escala negativa a la puntuación en la escala positiva. Esta escala puede tener valencia positiva o negativa, oscilando sus valores entre - 42 y + 42.
- No existen puntos de corte para las puntuaciones directas obtenidas, sino que éstas se transforman mediante una tabla de conversión en percentiles. En la siguiente tabla se representan las puntuaciones directas que corresponden a los percentiles 5, 25, 50, 75 y 95.

Percentil	Puntuación en la PANSS-P	Puntuación en la PANSS-N	Puntuación en la PANSS-C	Puntuación en la PANSS-PG
5	12	9	-24	28
25	21	19	-10	38
50	26	25	1	45
75	31	35	10	52
95	38	43	19	61

- Además de la puntuación dimensional comentada en los puntos anteriores, la PANSS proporciona también una información categorial, indicando si el trastorno esquizofrénico es positivo, negativo o mixto. Para ello, existen dos sistemas más o menos restrictivos.
  - El más restrictivo: para establecer el tipo de trastorno esquizofrénico utiliza las puntuaciones obtenidas en los ítems de la escala positiva y negativa. Considera que el trastorno esquizofrénico es:

- 9 Positivo: cuando en la escala positiva más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala negativa menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
  - 9 Negativo: cuando en la escala negativa más de 2 ítems obtienen una puntuación superior a 3 y en la escala positiva menos de 3 ítems obtienen una puntuación superior a 3.
  - 9 Mixto: cuando en ambas escalas hay más de 2 ítems que obtienen puntuaciones superiores a 3.
- El menos restrictivo o inclusivo: para establecer el tipo utiliza la puntuación obtenida en la escala compuesta, y más en concreto su valencia, de forma que considera que el trastorno esquizofrénico es:
- 9 Positivo cuando la valencia en la escala compuesta es + .
  - 9 Negativo cuando la valencia en la escala compuesta es –.

## CUESTIONARIO SF – 36 V.2, VERSIÓN PARA CHILE

### CUESTIONARIO SF – 36 V.2, VERSIÓN PARA CHILE.

El propósito de esta encuesta es saber su opinión acerca de su Salud. Esta información nos servirá para tener una idea de cómo se siente al desarrollar sus actividades cotidianas. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro(a) de cómo contestar a una pregunta, *escriba la mejor respuesta posible*. No deje preguntas sin responder.

1.- En general, diría Ud. que *su Salud es*:

Excelente     Muy buena     Buena     Regular     Mala

2.- Comparando su Salud con la de un año atrás, Como diría Ud. que en general, está *su Salud ahora?*

Mucho mejor     Algo mejor     Igual     Algo peor     Peor

3.- Las siguientes actividades son las que haría Ud. en un día normal. ¿Su estado de Salud actual lo limita para realizar estas actividades? Si es así. Cuanto lo limita? Marque el círculo que corresponda.

Actividades	Sí, muy limitada	Sí, un poco limitada	No, no limitada
a) Esfuerzo intensos; correr, levantar objetos pesados, o participación en deportes que requieren gran esfuerzo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Esfuerzos moderados; mover una mesa, barrer, usar la aspiradora, caminar más de 1 hora	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Levantar o acarrear bolsa de las compras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Subir varios pisos por las escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Subir un solo piso por la escalera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Agacharse, arrodillarse o inclinarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Caminar más de 10 cuadras (1 Km).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Caminar varias cuadras.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Caminar una sola cuadra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j) Bañarse o vestirse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias a causa de *su salud física*?

Actividades	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Redujo la <i>cantidad de tiempo</i> dedicada a su trabajo u otra actividad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo <i>menos</i> de lo que le hubiera gustado hacer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estuvo <i>limitado</i> en su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>Tuvo dificultad</i> para realizar su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.- Durante el último mes ¿Ha tenido Ud. alguno de estos problemas en su trabajo o en el desempeño de sus actividades diarias como resultado de *problemas emocionales* (sentirse deprimido o con ansiedad)?

	Siempre	La mayor parte del tiempo	Algunas veces	Pocas veces	Nunca
Ha reducido <i>el tiempo</i> dedicado su trabajo u otra actividad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ha <i>logrado hacer menos</i> de lo que hubiera querido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hizo su trabajo u otra actividad <i>con menos cuidado</i> que el de siempre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Durante el último mes, ¿En que medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales normales* con la familia, amigos o su grupo social?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

7.- ¿Tuvo *dolor* en alguna parte del cuerpo en el último mes?

Ninguno  Muy poco  Leve  Moderado  Severo  Muy severo

8.- Durante el último mes ¿Hasta que punto el *dolor ha interferido con sus tareas normales* (incluido el trabajo dentro y fuera de la casa)?

De ninguna manera  Un poco  Moderadamente  Bastante  Mucho

9.- Las siguientes preguntas se refieren a como se ha sentido Ud. durante el último mes. Responda todas las preguntas con la respuesta que mejor indique su estado de ánimo. Cuanto tiempo durante el último mes:

	Siempre	Casi todo el tiempo	Un poco	Muy poco tiempo	Nunca
Se sintió muy animoso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy nervioso?	<input type="radio"/>				
Estuvo muy decaído que nada lo anima?	<input type="radio"/>				
Se sintió tranquilo y calmado?	<input type="radio"/>				
Se sintió con mucha energía?	<input type="radio"/>				
Se sintió desanimado y triste?	<input type="radio"/>				
Se sintió agotado?	<input type="radio"/>				
Se ha sentido una persona feliz?	<input type="radio"/>				
Se sintió cansado?	<input type="radio"/>				

10.- Durante el último mes ¿Cuánto de su tiempo su salud física o problemas emocionales han dificultado sus *actividades sociales*, como por ejemplo; visitar amigos o familiares?

Siempre  la mayor parte del tiempo  Algunas veces  Pocas veces  Nunca

11.- Para Ud. ¿Qué tan cierto o falso son estas afirmaciones respecto a su Salud?

	Definitivamente cierto	Casi siempre, cierto	No sé	Casi siempre, falso	Definitivamente falso
Me enfermo con más facilidad que otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estoy tan saludable como cualquier persona.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Creo que mi salud va a empeorar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mi salud es excelente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos**  
**Universidad San Francisco de Quito**  
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ  
 The Institutional Review Board of the USFQ

### Formulario Consentimiento Informado

**Título de la investigación:** Yoga y psicosis

**Organización del investigador** *Universidad San Francisco de Quito*

**Nombre del investigador principal** *Josué Barros*

**Datos de localización del investigador principal** *tfs fijo, celular y correo electrónico.*

**Co-investigadores** *(nombres completos)*

### DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

#### Introducción

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre el impacto del yoga como intervención para pacientes con esquizofrenia porque usted cumple con los criterios diagnósticos del DSM V para tipificar Esquizofrenia, se encuentra estabilizado con intervención psico-farmacológica, su rango de edad es entre 20 a 50 años, sus características demográficas de la población serán: nivel socio-económico medio-bajo, de base urbana, blanco-mestizo.

#### Propósito del estudio

El estudio comprenderá cincuenta participantes, con las características arriba señaladas. El propósito principal de la investigación es medir el impacto positivo para pacientes con esquizofrenia a través de una intervención basada en Yoga. El Yoga es una práctica milenaria de oriente, literalmente significa unión. Se describe como una práctica psico-física, es decir que influye en el cuerpo y en la mente. Esta práctica vincula la respiración con el movimiento, se tienen tres factores: posturas corporales, ejercicios de respiración y relajación.

#### Descripción de los procedimientos

La intervención basada en yoga tiene una duración de 8 semanas, 3 veces a la semana. Una hora y media por sesión de yoga. Antes del comienzo de la intervención, los participantes serán evaluados con dos escalas: La Escala para el Síndrome Positivo y Negativo de la Esquizofrenia tiene como duración de 30 a 40 minutos, y se administrará en forma de entrevista semi-estructurada por un clínico, la Short form-36 Health Survey (SF-36) tiene como duración de 10 a 20 minutos. La SF-36 mide la percepción en la calidad de vida. Además, durante las ocho semanas, en cada sesión de yoga se llevará registro, luego de terminada la sesión tanto el profesor de yoga como los participantes tendrán que llenar sus diarios. Los participantes llenarán un diario de auto-reporte en donde describen su experiencia en relación al Yoga. Los profesores de yoga llenan un diario de campo en donde describen aspectos relevantes, como comportamientos, relaciones, dinámicas, durante la sesión.

### Riesgos y beneficios

Los riesgos contingentes que puede contener la presente investigación son los relativos a las experiencias psico-físicas que produce el yoga. Aunque, como se ha encontrado en la literatura, solo la meditación (entendida como estados introspectivos y de auto-indagación) puede amplificar los síntomas positivos de la esquizofrenia. Por lo que se decidió excluir esta práctica de yoga, y se eligió: posturas corporales, ejercicios de respiración y relajación. Por otro lado, los beneficios que se esperan de esta investigación recaen en los impactos positivos y significativos en: 1) el manejo de la enfermedad 2) la percepción de la calidad de vida 3) la reducción o re significación de la sintomatología psicopatológica. Estos beneficios esperarían ser comprobados al finalizar las ochos sesiones de intervención.

### Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el asesor de investigación tendrán acceso.
- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)* ó
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

<b>Derechos y opciones del participante</b>
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p>
<b>Información de contacto</b>
<p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono _____ que pertenece a _____, o envíe un correo electrónico a _____</p>
<p>Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: <a href="mailto:comitebioetica@usfq.edu.ec">comitebioetica@usfq.edu.ec</a></p>

<b>Consentimiento informado</b>	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Erick Josué Barros Pineda	
Firma del investigador	Fecha