

DOMANDO LA MENTE: DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE MEDITACIÓN Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD¹

Camila Ferreira-Vorkapic*,
Bernard Rangé**,
Antonio Egídio Nardi***
y João Nery Rafael****

Resumen

La presente revisión discute la literatura actual sobre los efectos de la meditación, especialmente la reducción del estrés basada en la conciencia plena, sobre los niveles de ansiedad de sujetos que sufren trastornos de este tipo. En este estudio se concluye que la meditación podría efectivamente reducir los síntomas de ansiedad y que también podría funcionar en adición a la terapia cognitiva comportamental. Los resultados muestran que la meditación potencia la capacidad de acercarse a los acontecimientos estresantes como retos en lugar de amenazas, lo que reduce los síntomas de ansiedad y estrés. Aunque la meditación parece prometedora, la mayoría de los estudios revisados aquí carecen de un grupo control o de distribución al azar. La investigación sobre meditación que combina el uso de neuroimágenes con la evaluación psicológica del estrés y la ansiedad podría ser la clave para entender cómo funciona realmente la meditación.

Palabras clave: meditación, atención, ansiedad, terapia, terapia cognitivo comportamental (TCC).

Key words: meditation, mindfulness, anxiety, therapy, cognitive behavioral therapy (CBT)

Introducción

El término “meditación” se refiere a una amplia variedad de prácticas, que van desde prácticas religiosas hasta técnicas diseñadas para promover la relajación y ejercicios que se realizan con objetivos de mayor alcance, tales como lograr una mayor sensación de bienestar (Lutz y cols., 2008). Sus orígenes se encuentran en las prácticas religiosas de países como la India, China y Japón, pero también se pueden encontrar en muchas otras culturas de

todo el mundo en formas diferentes. Los primeros escritos registrados sobre la meditación aparecieron en las *Vedas* (escrituras sagradas indias) hace unos 5000 años.

De acuerdo con Barrows y Jacobs (2002) existen dos clases generales de meditación que son las más investigadas en los entornos médicos: concentración y meditación de conciencia plena (también se las llama meditación de atención focalizada –AF– y monitoreo abierto –MA–, respectivamente). La meditación de concentración ha sido mejor representada en la medicina moderna por la meditación trascendental (MT). La conciencia plena se puede caracterizar, en pocas palabras, como un estado de ser consciente de lo que nos rodea y estar en el momento presente. Este tipo de meditación es el fundamento del programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena (MBRS, *mindfulness-based stress reduction*) creado por Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn y cols., 1992).

* Camila Ferreira-Vorkapic, Departamento de Psicología Aplicada, Instituto de Psicología, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

** Bernard Rangé, Profesor del Departamento de Psicología Aplicada, Instituto de Psicología, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

*** Antonio Egídio Nardi, Instituto de Psiquiatría, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

**** João Nery Rafael, Instituto de Psiquiatría, Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil

E-Mail: cfvorkapic@gmail.com

REVISTA ARGENTINA DE CLÍNICA PSICOLÓGICA XXII p.p. 101-110
© 2013 Fundación AIGLE.

(1) Artículo original en inglés: Taming the mind: discussing the research evidence on meditation and anxiety-related disorders. Traducción: Verónica Hopp.

Agradecimientos: Este trabajo fue apoyado por FAPERJ [E-26/100.540/2011].

La MT implica la restricción de la atención mental completa hacia una imagen específica de un objeto de meditación (una imagen, un mantra, un estado emocional, la respiración propia, etc.). En caso de que la mente se distraiga, se hacen constantemente esfuerzos para devolver la atención sobre el objeto. Por el contrario, en la meditación de conciencia plena (tal como ocurre en el programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena), en lugar de restringir la atención a un objeto, el meditador practica la “observación desprendida” (*detached observation*). El meditador se concentra inicialmente en la respiración, hasta que la atención es relativamente estable. A partir de entonces, el meditador es capaz de observar cualquier evento físico o mental que pueda surgir de forma natural en el campo de la conciencia. Estos eventos cambian de momento a momento, y se observan con curiosidad o una “mente de principiante” en lugar de ser juzgados o evaluados (Shigaki y cols., 2006).

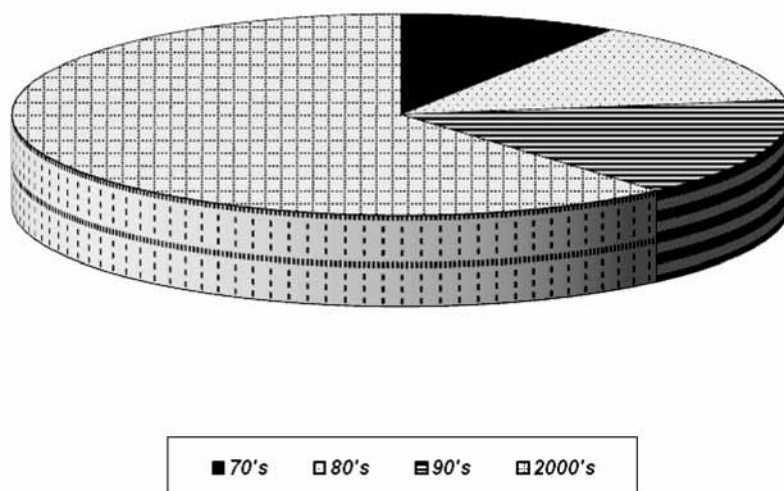
A pesar de que la conciencia plena y la meditación trascendental son los tipos más reconocidos de prácticas contemplativas en la investigación, es importante recordar que hay otras formas igualmente relevantes, tradicionales y efectivas. En toda Asia se han desarrollado muchas formas diferentes de meditación, como la meditación *zen*, *vipassana* y la meditación tántrica, que también deben recibir una atención adecuada. Asimismo, la meditación sobre la compasión (*compassion meditation*) es parte de muchas tradiciones contemplativas. No requiere una concentración sobre objetos particulares, sino el cultivo de la bondad amorosa y la compasión (Lutz y cols., 2008). Finalmente, algunas otras prácticas como la meditación *Zen Shikantaza* y “conciencia sin elección” (*choiceless awareness*) de Krishnamurti no implican ningún control voluntario o

manipulación de las experiencias, incluyendo también la atención (Lo y Wu, 2007).

En las últimas décadas (Figura 1), los investigadores se han ocupado cada vez más de abordar los efectos positivos de la meditación en los trastornos relacionados con la ansiedad (entre otros). Los estudios han demostrado que la meditación, ya sea sola o por medio de la reducción de estrés basada en la conciencia plena o la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT, *mindfulness-based cognitive therapy*), podría efectivamente reducir los síntomas de ansiedad y pánico, así como también podría ayudar a mantener estas reducciones en los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada o trastorno de pánico (Miller y cols., 1995). Las sesiones grupales de programas de manejo del estrés basados en la meditación pueden ser eficaces para enseñar a los pacientes a cuidar mejor de sí mismos, vivir una vida más sana y adaptarse más eficazmente al estrés. Cada vez es más evidente que la antigua práctica de la meditación podría proporcionar un enfoque adecuado para personas con trastorno de ansiedad que no quieren hacer uso de drogas, que están embarazadas o que desean un tratamiento adicional (Lee y cols., 2007).

El propósito de esta revisión es analizar la evidencia sobre el uso de la meditación en el tratamiento de trastornos relacionados con ansiedad, así como sobre la meditación como una parte posible de la terapia cognitivo-comportamental. La meditación podría representar una forma poderosa y sencilla para ayudar a prevenir y tratar los trastornos mentales, así como una técnica que aumente la capacidad de lidiar con la ansiedad y el estrés. Sin embargo, los profesionales de la salud y los pacientes que sufren de enfermedades mentales deben contar con información fidedigna y confiable que provenga de estudios de alta calidad y con revisión de pares.

Figura 1. Estudios sobre meditación y trastornos relacionados con la ansiedad publicados en las últimas décadas



Método

Para efectuar la presente revisión se realizó una búsqueda de gran alcance de investigaciones clínicas. Esta búsqueda se llevó a cabo en las principales bases de datos biomédicas (desde 1980 hasta agosto del 2011), que informaban sobre intervenciones que incorporaron la meditación o las técnicas basadas en la meditación para el tratamiento de trastornos de ansiedad o síntomas asociados.

Bases de datos

Las búsquedas se realizaron entre mayo y agosto de 2011 en las siguientes bases de datos:

- Medline (Pubmed)
- Psycinfo
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- ISI
- Scopus

Los términos de búsqueda fueron: meditación, meditación + ansiedad y meditación + ansiedad + trastorno (solamente en idioma inglés).

Criterios

Solamente las publicaciones con reimpresión autorizada fueron sometidas a un mayor y mejor escrutinio. Los resúmenes no fueron considerados. Debido a la insuficiente cantidad de estudios con distribución al azar en la literatura, también se incluyeron en el análisis los ensayos no controlados. No se consideraron los estudios que investigaban solamente las técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva y otros sin el uso concomitante de las técnicas de meditación. Se incluyeron todos los estudios en los que los participantes sufrían de ansiedad o trastorno de ansiedad (diagnosticado clínicamente). Para restringir el objeto de esta revisión, se excluyeron los estudios realizados con participantes que sufrían en concreto de depresión. Asimismo, se incluyeron los estudios relevantes que medían los niveles de ansiedad de sujetos sanos (personas con síntomas subclínicos de ansiedad). Se consideraron los diferentes tipos de meditación como una intervención adecuada. Los estudios que analizaban sólo los parámetros fisiológicos tales como la variabilidad del ritmo cardíaco y los patrones de respiración no fueron incluidos en este análisis.

Para realizar el estudio se recogieron y evaluaron todos los datos en términos de criterios de selección, procedimiento, participantes, diagnóstico, intervención y metodología. Se valoraron también la asignación al azar (o no), el seguimiento y los resultados.

Resultados

En total, se encontraron solamente diez investigaciones que se ajustaron a los criterios de búsqueda. Ocho estudios con distribución al azar observaron los efectos de la meditación sobre los niveles de ansiedad de los pacientes que sufrían de trastornos de ansiedad (palabras clave = meditación + ansiedad + trastorno). Un estudio (Koszycki y cols., 2007) no contaba con distribución al azar y sólo un estudio incluyó un grupo de control (Lee y cols., 2007).

Tres estudios investigaron los efectos de la meditación sobre los niveles de ansiedad de sujetos sanos (palabras clave = meditación + ansiedad + trastorno). Dos de estos estudios fueron asignados al azar (Shapiro y cols., 1998; Kang y cols., 2009) y los tres emplearon algún tipo de grupo de control. Nuestros resultados se discuten a continuación y por medio de la Tabla 1.

Meditación y desórdenes relacionados con la ansiedad

Investigaciones no controladas

Varios estudios han sugerido la eficacia de las técnicas de meditación para reducir los síntomas de ansiedad. Algunos de los estudios no controlados que se observaron aquí (Miller y cols., 1995; Kabat-Zinn y cols., 1992 y Reibel y cols., 2001) tienen grandes similitudes, tales como la falta de distribución al azar y seguimiento, así como el tipo y la duración de la intervención. Tanto en Miller y cols. (1995) como en Kabat-Zinn y cols. (1992), los individuos con diagnóstico previo de trastorno de ansiedad demostraron clínica y estadísticamente mejoras significativas en los síntomas subjetivos y objetivos de ansiedad después de un período intensivo de ocho semanas en el que se realizó una intervención grupal ambulatoria de reducción del estrés y relajación basada en la meditación de conciencia plena. Los instrumentos de evaluación fueron los mismos en todos estos estudios, lo que podría dar cuenta de las correspondencias en los resultados: Escala de Hamilton para la Ansiedad, la Escala de Hamilton para Ataques de Pánico, la Escala de Hamilton para la Depresión, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Movilidad para la Agorafobia - acompañado y solo, el Plan para la Encuesta sobre el Miedo (*Fear Survey Schedule*). Los autores (Miller y cols., 1995; Kabat-Zinn y cols., 1992) afirman que la terapia tiene como objetivo reestructurar el contenido del pensamiento para lograr una relación más precisa y adaptativa entre el pensamiento, el estado emocional y la acción una vez que uno llega a ser más consciente de la inexactitud.

Tabla 1. Estudios analizados

ESTUDIO	CONTROLADO/ NO CONTROLADO DISTRIBUCIÓN AL AZAR	CONDICIONES PSIQUIÁTRICAS	TIPO DE INTERVENCIÓN EN MEDITACIÓN	TIEMPO	EVALUACIÓN	RESULTADOS	SEGUIMIENTO
Miller, 1995	No controlado, sin distribución al azar	Trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Escala de Hamilton para la Ansiedad, Escala de Hamilton para Ataques de Pánico, Escala de Hamilton para la Depresión, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Movilidad para la Agorafobia	↓ Ansiedad, depresión y miedo.	3 años: las mejoras se mantuvieron
Kabat-Zinn, 1992	No controlado, sin distribución al azar	Trastorno de ansiedad generalizado y trastorno de pánico	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Escala de Hamilton para la Ansiedad, Escala de Hamilton para la Depresión, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck	↓ Ansiedad, depresión y fobias.	3 años: las mejoras se mantuvieron
Reibel, 2001	No controlado, sin distribución al azar	Población heterogénea	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Encuesta de Resultados de Salud Forma Corta (SF-36), Inventario de Síntomas-90 revisado (SCL-90-R), Inventario de Síntomas Médicos (MSCL).	↓ Ansiedad y ataques de pánico.	3 años: las mejoras se mantuvieron
Lee y cols., 2007	Controlado (psicoeducación), sin distribución al azar	Trastornos de ansiedad y de pánico	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Escala de Hamilton para la Ansiedad, Escala de Hamilton para la Depresión, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Inventario de Síntomas-90 Revisado (SCL-90-R).	Grupo de meditación: ↓ ansiedad en todas las escalas.	Sin seguimiento
Koszycski, 2007	No controlado, con distribución al azar	Trastorno de ansiedad social	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas de MBSR / 12 semanas (terapia cognitiva comportamental)	Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS), Escala de Interacción Social (SIAS), Escala de Fobia Social (SPS), Medida de Sensibilidad Interpersonal-IPSM, Inventario de la Depresión de Beck, Escala de Inhabilidad Auto-Valorada de Liebowitz-LSRDS, Inventario de Calidad de Vida (QoL).	Ambos grupos: ↓ ansiedad. Grupo de terapia: puntajes más bajos en ansiedad social y ↑ respuesta/tasa de remisión.	Sin seguimiento
Weiss, 2005	No controlado, sin distribución al azar	Trastornos de ansiedad y depresión	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena + Psicoterapia / Solamente psicoterapia	12 semanas	Índice de Severidad Global (GSI) del Inventario de Síntomas-90 Revisado (SCL-90).	Ambos grupos: ↓ Malestar psicológico y mejoras en el índice de severidad global, puntajes de objetivos y de sesión. Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena + Psicoterapia mejoras en el "alcance de objetivos".	Sin seguimiento
Evans, 2008	No controlado, sin distribución al azar	Trastorno de ansiedad generalizado	Terapia cognitiva basada en la conciencia plena	8 semanas	Inventario de Ansiedad de Beck	↓ Ansiedad	Sin seguimiento
Lo y Wu, 2007	Controlado (sin intervención), sin distribución al azar	Población sana	Meditación zen	8 semanas	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS)	↓ Ansiedad y niveles de estrés solamente en personas que meditan.	Sin seguimiento
Shapiro, 1998	Controlado (lista de espera), con distribución al azar	Población sana	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Grupo del Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena ↓ ansiedad y depresión y ↑ niveles de empatía. Grupo de control = ↑ niveles de ansiedad.	Sin seguimiento
Kang, 2005	Controlado (lista de espera), con distribución al azar	Población sana	Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena	8 semanas	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)	Grupo del Programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena ↓ ansiedad y estrés.	Sin seguimiento

titud o la auto-negación de ciertos pensamientos. Es importante señalar que la *intervención de reducción del estrés y de relajación* es el nombre del protocolo o de la intervención grupal basada en la meditación de conciencia plena diseñada en aquel entonces por Kabat-Zinn y sus colaboradores. Los autores no afirmaban que el objetivo principal de este programa era producir relajación. Se cree que, dado que en 1992 el programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena (MBRS, *mindfulness-based stress reduction*) estaba todavía “en construcción”, Kabat-Zinn buscaba solamente asignar la intervención utilizada durante su protocolo de reciente creación. Este se refiere al grupo de intervención como “programa ambulatorio para reducción del estrés y relajación”. Los autores citan:

“El presente estudio piloto fue diseñado para hacer frente a algunas de las deficiencias de investigaciones anteriores que abordaron la relación entre el entrenamiento en meditación y la reducción de la ansiedad. Este análisis se llevó a cabo en conjunción con un programa ambulatorio bien establecido para la reducción del estrés y la relajación que consistió en una capacitación intensiva en meditación de conciencia plena, con énfasis en sus aplicaciones prácticas para lidiar con el estrés y para potenciar conductas de salud adaptativas. Al igual que otras formas de meditación como la meditación trascendental, la meditación de conciencia plena ayuda a sus practicantes a cultivar una mayor concentración y relajación. Se diferencia específicamente de la meditación trascendental en que los practicantes en entrenamiento atienden a una amplia gama de objetos de atención cambiantes mientras mantienen una conciencia plena de momento a momento, en lugar de restringir el foco a un solo objeto, como un mantra (ver la sección de Método para una definición operativa). La elección de la conciencia plena como el enfoque de meditación principal se debió a su aplicabilidad inmediata a una gran variedad de experiencias del momento presente. Esta orientación provee de una cualidad de “normalidad” a la intervención que hace que sea más aceptable y accesible para una amplia gama de personas con diferentes factores de estrés y trastornos médicos. El programa de reducción de estrés y de relajación sirve a un amplio espectro de pacientes con trastornos tanto físicos como psicológicos” (Kabat-Zinn y cols., 1992).

La conciencia plena comparte con la terapia cognitiva la perspectiva de que la percepción y el pensamiento mueven la emoción y el comportamiento; y que si uno cambia su relación con el pensamiento, puede cambiar patrones de comportamiento auto-

destruyentes o maladaptativos profundamente arraigados (Miller y cols., 1995).

Otro estudio controlado (Reibel y cols., 2001) observó reducciones significativas en la ansiedad y el pánico a raíz de un programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena (MBRS, *mindfulness-based stress reduction*) de ocho semanas. Aunque el mantenimiento de estas mejoras también se mantuvo hasta tres años después de la intervención, los autores utilizaron una población heterogénea en lugar de pacientes con ansiedad. La ansiedad fue medida a través de diferentes escalas, como la Encuesta de Salud de Estudio de Resultados - Forma corta (SF-36, *Outcomes Study Short-Form Health Survey*), el Inventario de Síntomas-90 revisado (SCL-90-R, *Symptom Checklist-90 Revised*) y el Inventario de Síntomas Médicos (MSCL, *Medical Symptom Checklist*).

Koszycki y cols. (2007) evaluaron los efectos de programa de reducción de estrés basado en la conciencia plena (MBRS, *mindfulness-based stress reduction*) sobre el trastorno de ansiedad social (SAD, *social anxiety disorder*). En este estudio, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a un curso de ocho semanas de reducción de estrés basada en la conciencia plena o a doce sesiones semanales de terapia de grupo cognitivo-comportamental (CBGT, *cognitive-behavioral group therapy*). Aunque los pacientes en ambos grupos de tratamiento mejoraron, aquellos que recibieron terapia tenían puntuaciones significativamente más bajas en las medidas de ansiedad social clínicas y basadas en el paciente. Las tasas de respuesta y remisión fueron también significativamente mayores con la terapia. Ambas intervenciones fueron comparables en la mejora de estado de ánimo, la funcionalidad y la calidad de vida. Los autores concluyeron que, al menos en el tratamiento del trastorno de ansiedad social, la terapia de grupo cognitivo-comportamental es la mejor opción, pero sugieren que la reducción de estrés basada en la conciencia plena puede tener algún beneficio en el tratamiento de un trastorno de ansiedad social generalizado. Al igual que todas las investigaciones en esta sección, este estudio no utilizó un grupo de control. Aunque esta investigación usó distribución al azar, las evaluaciones se realizaron al inicio y al final en lugar de cada semana, lo que puede, según los autores, haber limitado la capacidad de valorar los efectos del tratamiento durante su curso.

Mientras que la reducción de estrés basada en la conciencia plena utiliza el entrenamiento en la meditación de conciencia plena como el núcleo de su programa, la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (MBCT, *mindfulness-based cognitive therapy*) también incorpora estrategias cognitivas

y se ha encontrado que es muy eficaz en la reducción de recaídas en pacientes con trastornos psiquiátricos (Teasdale y cols., 2003). Los estudios no controlados que analizaron sus efectos sobre la ansiedad observaron reducciones significativas en ésta y otras medidas desde el inicio hasta el final del tratamiento después de un programa de terapia cognitiva grupal basada en la conciencia plena de ocho y doce semanas. Mientras que Evans y cols. (2008) midieron la ansiedad a través de la BAI (Beck Anxiety Inventory), Weiss y cols. (2005) utilizaron el Índice de Severidad Global (GSI, *Global Severity Index*) y el Inventario de Síntomas-90 revisado, que no evalúan la ansiedad en particular. Además, en Weiss y cols. (2005), por alguna razón, el grupo de reducción de estrés basado en la conciencia plena fue tratado durante ocho semanas, mientras que la intervención para el grupo de terapia cognitiva duró doce semanas, lo que podría comprometer los resultados. Ambos estudios presentan limitaciones: no hay distribución al azar, ensayos transversales o un grupo control o de seguimiento.

Investigaciones controladas

Lee y cols. (2007) investigaron los efectos de un ensayo clínico de ocho semanas de un programa de manejo del estrés basado en la meditación o psicoeducación en sujetos que sufrían de trastornos de ansiedad generalizada o de pánico. Para medir los resultados se utilizaron la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAM-A, *Hamilton Anxiety Rating Scale*), la Escala de Valoración de la Depresión de Hamilton (HAM-D, *Hamilton Depression Rating Scale*), el Inventario de la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*), el Inventario de la Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*) y el Listado de Síntomas 90 revisado (SCL-90-R, *Symptom Checklist-90-Revised*). En comparación con el grupo de psicoeducación, el grupo del programa de manejo del estrés basado en la meditación mostró una mejoría significativa en las puntuaciones en todas las escalas de ansiedad. En este estudio los sujetos estaban bajo medicación, lo cual podría haber afectado los resultados. Pero, por otra parte, la realización de un estudio en un nuevo campo sin hacer uso de la farmacoterapia estaría sujeto a controversias éticas. Además, el grupo control se sometió a un programa educativo. Un grupo de control válido para el programa de meditación, que controlara precisamente los efectos placebo, habría sido un programa de simulación o falso. Por último, no hubo estudio de seguimiento para evaluar los efectos a largo plazo de las intervenciones.

Aunque no es el objetivo central de la presente revisión, vale la pena mencionar que algunos estudios controlados también investigaron los efectos

de la meditación sobre los niveles de ansiedad de individuos sanos. Los tres estudios que se observan aquí (Shapiro y cols., 1998; Kang y cols., 2009; Lo y Wu, 2007) llevaron a cabo un programa de meditación de ocho semanas. Sólo Lo y Wu (2007) emplearon meditación Zen y Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, *Depression Anxiety Stress Scales*) como herramienta principal para evaluar la ansiedad, mientras que Shapiro y cols. (1998) y Kang y cols. (2009) utilizaron el programa MBRS y evaluaron los niveles de ansiedad a través del Inventario de la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, *State-Trait Anxiety Inventory*). Los resultados muestran que sólo en el grupo de meditación y no en el grupo control los niveles de estrés y de ansiedad disminuyeron significativamente. Pero, lamentablemente, no se pudieron observar tales efectos en un largo plazo debido a la falta de seguimiento.

Discusión

La meditación de conciencia plena, mejor caracterizada por el programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR) (Kabat-Zinn y cols., 1992), es la más empleada en la investigación debido a su enfoque bien definido, sistemático y centrado en el paciente. La literatura actual, en su mayoría centrada en la meditación de conciencia plena, proporciona un soporte preliminar para la posible eficacia de las intervenciones basadas en la meditación en trastornos relacionados con la ansiedad. Hofmann y cols. (2010) realizaron una revisión meta-analítica para observar el tamaño del efecto de la MBSR en los síntomas de humor y ansiedad en las muestras clínicas. Los autores observaron que la MBSR fue moderadamente efectiva para mejorar síntomas de ansiedad y humor desde el pre hasta el post-tratamiento en la muestra total. En los pacientes con trastornos de humor y ansiedad, esta intervención se asoció con tamaños de efecto significativos para mejorar los síntomas de humor y ansiedad, respectivamente. Estos resultados sugieren que la terapia basada en la conciencia plena es una intervención prometedora para el tratamiento de problemas de humor y ansiedad en las poblaciones clínicas.

Otro estudio de revisión relevante observó que la MBSR fue capaz de reducir eficazmente los síntomas de ansiedad en pacientes con trastorno bipolar en remisión y en pacientes con algunos desórdenes de ansiedad. Sin embargo, los autores observaron varias deficiencias metodológicas, incluyendo muestras pequeñas, diseño no aleatorizado de algunos estudios y la ausencia de investigaciones que comparen la MBCT con grupos de control (Chiesa y Serretti, 2011).

Todos los estudios revisados aquí han mostrado reducciones significativas en las diferentes variables, como ser los niveles de ansiedad, ataques de pánico, depresión y estrés, después de ocho a doce semanas de meditación en pacientes que padecían diferentes trastornos de ansiedad, así como también en sujetos sanos. Evans y cols. (2008) investigaron los efectos de la intervención de la meditación en paralelo con la TCC en pacientes con ansiedad a través del programa MBCT (*Mindfulness Based Cognitive Therapy*). Aunque los autores demuestran reducciones en los niveles de ansiedad, este estudio tiene algunas limitaciones que pueden sesgar los resultados observados, como una muestra pequeña, la falta de un grupo control y seguimiento.

Weiss y cols. (2005) señalan que está demostrado un programa MBCT que se centre en un entrenamiento intensivo en meditación de conciencia plena y principios integrados de la terapia cognitivo-conductual es más eficaz que la psicoterapia sola. Esto muestra que la introducción temprana de la MBSR en la psicoterapia podría representar una estrategia de éxito en el tratamiento de la ansiedad. Sin embargo, un grupo de control como un tercer grupo de intervención (psicoterapia, psicoterapia + MBSR y control) ayudaría a evaluar mejor los efectos de cada intervención sobre los niveles de ansiedad.

Sólo un estudio encontró que la TCC es más efectiva que la meditación en el tratamiento del trastorno de ansiedad social (Koszycki y cols., 2007). No obstante, por alguna razón, el grupo MBSR fue tratado durante ocho semanas mientras que la intervención TCC duró doce semanas. Además, el hecho de que este estudio carece tanto de grupo de control como de seguimiento podría haber comprometido los resultados. Tres estudios controlados que investigaron los efectos de la meditación en individuos sanos también han observado reducciones significativas en los niveles de ansiedad, depresión y estrés, así como el aumento de la empatía (Lo y Wu, 2007; Shapiro y cols., 1998; Lo y Wu (2007) señalan de manera interesante que la meditación puede manipular la cantidad de estrés que se experimenta, lo que significa que cuanto menos meditación se practica mayor podría ser la predisposición a desarrollar síntomas de estrés como la ansiedad y la depresión. Los autores deben considerar la investigación de personas no saludables con el fin de replicar estos hallazgos.

Lee y cols. (2007) compararon los efectos de la MBSR y la psicoeducación (control) sobre los niveles de ansiedad y depresión de sujetos que sufrían de desórdenes de ansiedad y de pánico. Aunque la psicoeducación se consideró el grupo de control, es importante recordar que, ya que ayuda a los pacientes a comprender y a ser más capaces de hacer frente a la enfermedad, ésta amplía la visión de las

causas y los efectos de la enfermedad, y por lo tanto mejora la condición del individuo. Aun así, los autores observaron una reducción de la ansiedad en todas las escalas sólo en el grupo de meditación. Aunque el estudio descubrió efectos positivos sobre la ansiedad, el humor se mantuvo inalterado. Las conclusiones sobre las medidas de depresión fueron inconsistentes, sin mejoría significativa en los sujetos del grupo de manejo del estrés basado en la meditación en comparación con los del grupo de educación.

De todas las investigaciones evaluadas aquí, sólo estos cuatro estudios arriba mencionados presentan un grupo de control. Este es el punto débil de la mayoría de los estudios sobre la ansiedad y la meditación. Tal vez no sea una coincidencia que las investigaciones con individuos sanos fueron los únicos estudios controlados. Aunque no siempre es fácil (o legal, según el país) no ofrecer a los sujetos algún tipo de tratamiento durante una investigación, los autores deben tomar algún riesgo con el fin de realizar una evaluación completa de la eficacia de los métodos que se están investigando, tales como el uso de grupos de control que no obtengan ninguna intervención.

La mayoría de los estudios también han informado que la tasa de deserción es baja y el cumplimiento con prácticas de meditación diarias es muy buena, lo que indica que la meditación es bien aceptada y tolerada por los pacientes. En algunos estudios, los datos de seguimiento (cuando están presentes) revelaron que la mayoría de los pacientes refirieron una conformidad continua con la práctica de la meditación y la creencia de que el programa tuvo un valor duradero (Weiss y cols., 2005; Kabat-Zinn y cols., 1992). Asimismo, estas pruebas demostraron que las mejoras se mantuvieron hasta tres o cuatro años después de la finalización de los estudios. También notaron que la experiencia, la duración y la frecuencia de la meditación juegan un papel importante en la promoción de una mayor efectividad en la reducción de síntomas de ansiedad (Lo y Wu, 2007).

Parece, pues, que se reconoce ampliamente que la meditación afecta de manera significativa los síntomas de estrés y trabaja a través de diferentes sistemas fisiológicos, psicológicos y neurobiológicos (aunque tal relación causal no está clara). Sin embargo, los mecanismos por los que funciona la meditación aún se han elucidado profusamente. Ludwig y Kabat-Zinn (2008) señalan que: "... hay muchas maneras en las que la meditación de conciencia plena puede influir: (1) menor percepción de la intensidad del dolor, (2) mayor capacidad para tolerar el dolor o la discapacidad, (3) reducción del estrés, la ansiedad o la depresión, (4) disminución en el uso, y con ello reducción de los efectos adversos, de los

analgésicos, ansiolíticos o medicamentos antidepresivos, (5) mayor capacidad para reflexionar acerca de opciones en cuanto a tratamientos médicos, (6) mayor adhesión a los tratamientos médicos; (7) mayor motivación para realizar cambios en el estilo de vida, como la dieta, la actividad física, dejar de fumar u otros comportamientos; (8) enriquecimiento de relaciones interpersonales y conexión social; y (9) alteraciones en las vías neurobiológicas que afectan la salud, tales como el sistema nervioso autónomo, sistemas psicológicos, función neuroendocrina y sistema inmune” (Kabat-Zinn, 2008).

Varios estudios informan sobre la experiencia de relajación (y el estado de alerta simultánea) durante la meditación (Dillbeck, 1977). Esto, a su vez, se ha asociado con una disminución general en los niveles de excitación, lo que está potencialmente asociado a una serie de beneficiosos cambios neurobiológicos, así como a la reducción de síntomas de estrés psicológico (Murphy y Donovan, 1983), lo que disminuye la ansiedad tanto de estado como de rasgo (Deberry, 1982). También se ha encontrado que la meditación reduce los efectos negativos del estrés sobre el sistema nervioso, aumentando así la capacidad del individuo para resistir el estrés y responder adaptativamente al medio ambiente (Shapiro y cols., 1998). La meditación de conciencia plena implica conciencia de momento-a-momento en el transcurso de la actividad diaria, lo que permite a los individuos *responder* en lugar de *reaccionar* a los acontecimientos de la vida. De esta manera, la meditación promueve la resiliencia psicológica y la resistencia al estrés a través de una reestructuración cognitiva. Algunos autores han observado que la meditación de conciencia plena puede facilitar el desarrollo de la percepción metacognitiva (Bishop y cols., 2004; Mason y Hargreaves, 2001), por medio de la cual los pensamientos son percibidos como eventos mentales transitorios y no sustanciales más que como una representación exacta de la realidad. Además, la conciencia plena reduce la rumiación (Kumar y cols., 2008; Ramel y cols., 2004), produce una regulación decreciente de los sistemas de acción defensiva y aumenta la conducta adaptativa (Lanius y cols., 2006.). Por último, la conciencia plena puede dar lugar a mayores niveles de aceptación de las propias experiencias.

En los últimos años, los estudios neurobiológicos y de neuroimagen sobre los efectos de la meditación de conciencia plena en el cerebro se han vuelto cada vez más populares. Se ha encontrado que ésta genera patrones de activación neuronal medibles correlacionados con un funcionamiento inmune mejorado y una reducción de la ansiedad (Davidson y Kabat-Zinn, 2003). Esto persiste más allá del período de práctica de la meditación en sí, lo que resulta en el fortalecimiento sináptico y cambios observables en la estructura cerebral (Lutz y

cols., 2004, Lutz y cols., 2008). Manna y cols. (2010) encontraron que los meditadores expertos controlan el compromiso cognitivo en el procesamiento consciente de los contenidos relacionados con los sentidos, el pensamiento y la emoción a través de la autorregulación masiva de las áreas fronto-parietales e insulares del hemisferio izquierdo, en una meditación de tipo dependiente del estado.

Aunque muchas teorías parecen razonables, los mecanismos de acción a través de los que trabaja la meditación todavía no son del todo claros y es necesario elucidarlos mejor en el futuro. Lo que está bien demostrado es que la meditación representa una intervención no farmacológica, efectiva y de contención de costos que podría jugar un importante rol complementario en el tratamiento de trastornos relacionados con la ansiedad en relación con otras formas de terapia más tradicionales, que consumen mucho tiempo y tienen costos elevados (Kabat-Zinn y cols., 1992). Por otro lado, aunque la mayoría de los indicadores siguen siendo positivos, es importante recordar que la investigación sobre los tratamientos basados en la meditación y en la conciencia plena se mantiene en una etapa temprana. Los profesionales y los investigadores de la psicología deben ser conscientes de sus limitaciones actuales. Además, algunos pacientes no se sentirán atraídos a la naturaleza y los requerimientos de estas técnicas, así como para otros las terapias basadas en la conciencia plena pueden ser más atractivas y aceptables que las convencionales técnicas psicoterapéuticas o tratamientos farmacológicos. Sin embargo, Allen y cols. (2006) enfatizan que la conciencia plena no debe ser considerada como una solución mágica. Se requiere un esfuerzo sostenido y puede tener malestares asociados. La literatura que la apoya aún es limitada y consiste principalmente en estudios pre-experimentales, no aleatorios, que carecen de un grupo control o de comparación. Existe una necesidad reconocida de un aumento en el rigor de la investigación y del perfeccionamiento metodológico a fin de demostrar de manera inequívoca que los efectos positivos se deben específicamente a la intervención y no a factores de interferencia (Baer y Minichiello, 2008). Los estudios deben incluir seguimiento, grupos de control adecuados y tamaños de muestra lo suficientemente grandes como para permitir detectar los efectos del tratamiento. Asimismo, la mayoría de los estudios no consideran satisfactoriamente la individualidad de los participantes (por lo que es difícil generalizar los efectos a otros grupos), los métodos de tratamiento (por lo que se dificulta su reproducibilidad), el estudio de la adherencia del personal al protocolo y la adquisición de habilidades de los participantes (por lo que se compromete la fidelidad del tratamiento) y las covariables pertinentes (por lo que se desconocen

los factores de intervención y mediadores). Además, la falta de consenso acerca de definiciones de trabajo de conciencia plena y otras prácticas de meditación impide realizar estudios comparativos. Estas limitaciones, aunque no inusuales en un campo en florecimiento, necesitan ser abordadas en futuras investigaciones. Conjuntamente, la investigación en meditación que combina neuroimagen con evaluación psicológica del estrés y la ansiedad podría ser la clave para entender cómo funciona realmente la meditación.

Conclusiones

Diferentes estudios han observado los efectos de la meditación, sobre todo la MBRS, sobre los niveles de ansiedad en sujetos que padecen trastornos relacionados con la ansiedad. A partir de esta discusión, se llegó a la conclusión de que la meditación se muestra prometedora en la disminución y reducción de los síntomas de la ansiedad, depresión y pánico en pacientes ansiosos, así como también sujetos sanos, y ayuda a mantener o estabilizar dichas reducciones. También se han descubierto evidencias que apoyan el valor de la meditación como complemento a la psicoterapia más tradicional y la Terapia cognitivo-comportamental, ayudando a aumentar el sentido de agencia y autodirección de los practicantes de una manera duradera. Tales mejoras en la autoeficacia y la motivación ayudan a mejorar la capacidad de abordar los acontecimientos estresantes como retos en lugar de amenazas, lo que reduce los síntomas de ansiedad y estrés, así como la dependencia de las drogas ansiolíticas. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados aquí presentan limitaciones relevantes, tales como la falta de grupos de control, seguimiento y asignación al azar. La meditación puede ser prometedora como una vía potencial para ayudar a prevenir y tratar la enfermedad, aumentar la capacidad de lidiar con el dolor y las enfermedades crónicas, reducir el estrés en los pacientes y los practicantes, fomentar compasión, mejorar la calidad de la atención y reducir los errores médicos. Sin embargo, la realización de estudios de alta calidad, orientados al mecanismo y con ensayos controlados aleatorios debería ayudar a diferenciar los efectos contribuyentes de los distintos elementos terapéuticos inherentes a los programas de meditación (Ludwig y Kabat-Zinn, 2008).

BIBLIOGRAFIA

Allen N., Blashki G., y Gullone E. (2006). Mindfulness-based psychotherapies: a review of conceptual foundations, empirical evidence and practical

considerations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 285-294.

Baer, L. y Minichiello, W. E. (2008). Reasons for inadequate utilization of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 676-676.

Barrows, K.A. y Jacobs, B.P. (2002). Mind-body medicine: An introduction and review of the literature. *Medical Clinics of North America*, 86(1), 11-31.

Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., y cols. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science Practice*, 11, 230-241.

Chiesa, A. y Serretti, A. (2011). Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187 (3), 441-453.

Davidson, R.J. y Kabat-Zinn, J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation: Three caveats - Response. *Psychosomatic Medicine*, 66 (1), 149-152.

Deberry, S. (1982). The effects of meditation-relaxation on anxiety and depression in a geriatric population. *Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 19 (4), 512-521.

Dillbeck, M.C. (1977) The effect of the transcendental meditation technique in anxiety level. *Journal of Clinical Psychology*. 33 (4), 1076-8.

Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22 (4), 716-721.

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A.A., y 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), 169-183.

Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149 (7), 936-943.

Kang, Y.S., Choi, S.Y., y Ryu, E. (2009). The effectiveness of a stress coping program based on mindfulness meditation on the stress, anxiety, and depression experienced by nursing students in Korea. *Nurse Education Today*, 29(5), 538-543.

Koszycki, D., Benger, M., Shlik, J., y Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518-2526.

- Kumar, S., Feldman, G., y Hayes, A. (2008). Changes in Mindfulness and Emotion Regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32 (6), 734-744.
- Lanius, R.A., Lanius, U.F., Fisher, J., y Ogden, P. (2006). Psychological trauma and the brain: Towards a neurobiological treatment model. En P. Ogden, K. Minton, y C. Pain (Eds.), *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: Norton.
- Lee, S.H., Ahn, S.C., Lee, Y.J., Choi, T.K., Yook, K.H., y Suh, S.Y. (2007). Effectiveness of a meditation-based stress management program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with anxiety disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (2), 189-195.
- Lo, P.C. y Wu, S.D. (2007). Effect of Zen meditation practice on perceived stress in college students: A survey study. 409-413 *Biomedical Engineering: Applications, Basis and Communications*, 19 (6), 409-413.
- Ludwig D. y Kabat-Zinn J. (2008). Mindfulness in Medicine. *JAMA*, 300(11),1350-1352.
- Lutz, A., Greischar, L.L., Rawlings, N.B., Ricard, M., y Davidson, R.J. (2004). Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Science*, 101 (46), 16369-16373.
- Lutz, A., Slagter, H.A., Dunne, J.D., y Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12 (4), 163-169.
- Lutz A., Brefczynski-Lewis J., Johnstone T., y Davidson R. (2008). Regulation of the Neural Circuitry of Emotion by Compassion Meditation: Effects of Meditative Expertise. *Plos One*, 8 (3): 1-10.
- Manna, A., Raffone A., Perruccia, M.A., Nardo, D., Ferretti, A., Tartarola, A., Londe, A., Del Gratta C., Berdinelli M., y România, G.L. (2010). Neural correlates of focused attention and cognitive monitoring in meditation. *Brain Research Bulletin*, 82, 46-56.
- Mason, O. y Hargreaves, I. (2001). A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *British Journal of Medical Psychology*, 74 (2), 197-212.
- Miller, J.J., Fletcher, K., y Kabat-Zinn, J. (1995). 3-year follow-up and clinical implications of mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17 (3), 192-200.
- Murphy, M. y Donovan, S. (1983). A bibliography of meditation theory and research- 1931-1983. *Journal of Transpersonal Psychology*, 15 (2), 181-228.
- Ramel, W., Goldin, P.R., Carmona, P.E., y McQuaid, J.R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28, 433-455.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C., y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23 (4), 183-192.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E., y Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21 (6), 581-599.
- Shigaki, C.L., Glass, B. y Schopp, L.H. (2006). Mindfulness-based stress reduction in medical settings. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13 (3), 209-216.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., y Williams, J.M.G. (2003). Mindfulness training and problem formulation. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 10 (2), 157-160.
- Weiss, M., Nordlie, J., y Siegel, E.P. (2005). Mindfulness-based stress reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74 (2), 108-112.

Recibido: 26-12-11

Aceptado: 15-8-12

Abstract: The present review discussed the current literature on the effects of meditation, primarily mindfulness-based stress reduction, on anxiety levels of subjects suffering from anxiety-related disorders. This study has concluded that meditation could effectively reduce symptoms of anxiety and might also work in adjunction with cognitive-behavioral therapy. Results show that meditation enhances the ability to approach stressful events as challenges instead of threats, thus reducing anxiety and stress symptoms. Although meditation seems promising, most of the studies reviewed here lack a control group or randomization. Meditation research combining neuroimage with psychological assessment of stress and anxiety might be the key to fully understand how meditation really works.