

# ***Entrenamiento en meditación en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente (Sevilla): fundamentos, programa y resultados clínicos y de satisfacción de las pacientes***

**Manuel Jesús MARTÍNEZ LÓPEZ**

*Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. Servicio Andaluz de Salud*

**Rafael ROMERO GAMERO**

*Unidad de Rehabilitación de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud*

**Nicolás VUCÍNOVICH**

*Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. Servicio Andaluz de Salud*

**Silvia POVES OÑATE**

*Unidad de Salud Mental Comunitaria de Almería. Servicio Andaluz de Salud*

## *Resumen*

En el presente artículo exponemos el programa, resultados clínicos y satisfacción de las asistentes a un grupo de meditación. El programa presentado es original y fruto de la experiencia profesional y personal de los autores. Ha ido dirigido a pacientes que acuden a nuestra unidad de salud mental y que se encuentran aquejados por sintomatología ansioso-depresiva. A pesar de la brevedad del programa, los resultados tanto en depresión y ansiedad han sido significativos a nivel estadístico y superiores al grupo control. Así mismo, las asistentes refieren gran satisfacción con la experiencia y mejorías en diversos aspectos personales (confianza en sí mismas, esperanza de mejoría, capacidad de afrontamiento, mayor comprensión sobre el origen de sus problemas, etc.). Los resultados nos animan a extender el uso de la meditación en nuestra práctica cotidiana.

*Palabras clave:* meditación, ansiedad, depresión, aceptación, psicoterapia, terapia de grupo, satisfacción de los pacientes, salud mental.

---

*Correspondencia:* Manuel J. Martínez López. Unidad de Salud Mental Comunitaria-Oriente. c/ Cueva de la Pileta s/n. 41020 Sevilla. *Correo electrónico:* martinezstiefel@telefonica.net

*Recibido:* septiembre 2010. *Aceptado:* diciembre 2010.

*Abstract*

In this article we present our program, clinic results and patient satisfaction data from our meditation group developed in a Mental Health Unit. The program is original as a result of the professional and personal experience of the authors. This program was planned to the patients attended on our Mental Health Unit suffering from depressive and anxious symptoms. In spite of its short duration, clinic results in depression as well as in anxiety have been statistically significant and better than control group. Satisfaction data are good as well as the audience report that have improved different personal aspects (self confidence, improvement hope, coping, better understanding of the origin of their problems). Results encourage us to expand meditation use in our daily practice.

*Key words:* Meditation, Anxiety, Depression, Acceptance, Psychotherapy, Group Therapy, Patient Satisfaction, Mental Health.

En las últimas décadas se ha ido observando un creciente interés en el mundo occidental por los principios y prácticas de vida de las corrientes espirituales de Oriente (budismo, taoísmo, sufismo e hinduismo); y, específicamente, por las técnicas milenarias de meditación. Varios factores han influido en su divulgación, entre otros, la diseminación de monjes budistas por Europa y en especial en Estados Unidos, que huyeron del Tíbet tras la invasión China de 1957, y los contactos culturales de jóvenes occidentales en sus viajes al Lejano Oriente en esa misma época.

Por otro lado, en lo que corresponde a la psicología occidental y las psicoterapias en concreto, las técnicas de meditación están encontrando un lugar entre las intervenciones cognitivo-conductuales, con la aparición de novedosos y prometedores enfoques como la *Terapia Cognitiva basada en la Consciencia Plena* (Segal, Williams y Teasdale, 2002), la *Reducción del Estrés basada en el Mindfulness* (Kabat-Zinn, 1990), la *Terapia Conductual-Di-*

*aléctica* (Linehan, 1993) y la *Terapia de Aceptación y Compromiso* (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Todas ellas, ya como elemento principal o como ingrediente importante, dan cabida a la capacidad de mantener la atención plena, *mindfulness* o meditación. Distintos nombres que hacen referencia al mismo elemento conceptual de mantener la atención sin juzgar en el “aquí y ahora”.

De su mano, las técnicas meditativas están obteniendo su reconocimiento del mundo de la psicología académica, a pesar de que ya lo tenía por parte de aquellos profesionales de la psicología y la salud que desde enfoques humanistas y transpersonales estaban trabajando con ellas, directamente o adaptándolas a procedimientos psicoterapéuticos occidentales<sup>1</sup>. En este sentido Naranjo (1999) desarrolla ejercicios meditativos que integran la asociación libre y la atención a la censura, entre otros recursos, para explorar y percatarse del mundo interior y relacional con el propósito del crecimiento personal.

---

1. Como es el caso del Instituto Esalem (Berkeley, California), en donde en los años 60 y 70 del siglo XX floreció lo que se denominó *Movimiento del Potencial Humano*. Autores como Suzuki y Allan Watts, expertos divulgadores del zen y taoísmo; y Fritz Perls y Claudio Naranjo, creador y divulgador e innovador respectivamente de la psicoterapia Gestalt, fueron algunos de sus docentes.

Dicho esto, a nuestro entender, la verdadera novedad en el uso de las técnicas meditativas en el contexto de los enfoques cognitivos-conductuales está en el estudio de los resultados en su aplicación en poblaciones clínicas en contextos sanitarios-asistenciales. Así, los trastornos depresivos y los de ansiedad -entre otros- han sido objeto de su uso con resultados muy prometedores, por ejemplo, en reducción de recaídas en cuadros depresivos recurrentes (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau 2000; Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, Barrett, Byng, Evans, Mullan y Teasdale, 2008).

Un tercer aspecto clave en el interés que suscita la meditación lo podemos encontrar en los distintos avances en neurociencia, en particular a los estudios de neuroimagen que permiten conocer mejor las interacciones mente-cerebro. Los resultados de unas y otras investigaciones han ofrecido, entre otras conclusiones, una mayor apertura a la experiencia novedosa, un incremento de la capacidad de empatía y un incremento del afecto positivo. Es decir, los hallazgos sugieren que se produce una activación y fortalecimiento de diversas zonas cerebrales (especialmente la corteza prefrontal) encargadas de los procesos integradores más específicamente humanos, produciéndose cambios morfológicos perdurables (Simón, 2006). Finalmente, otros estudios demuestran un aumento de la capacidad inmunológica en practicantes de técnicas meditativas (Davidson, Kabat-Zinn, Schumacher, Rosenkranz, Muller, Santorelli, Urbanowski, Harrington, Bonus y Sheridan, 2003).

En nuestro medio constatamos que entre las personas que consultan al médico de familia por un problema de salud, el 80 % lo hace por alguna patología mental ansiosa, depresiva o somatoforme. Por este motivo, uno de los *procesos asistenciales*<sup>2</sup> desarrollados por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en virtud de su *Plan Marco de Calidad y Eficiencia* (Consejería de Salud, 2000) fue el que específicamente atendía estas patologías. En dicho proceso asistencial, entre otros recursos terapéuticos, se indica el entrenamiento en relajación como coadyuvante del tratamiento de las mismas (Consejería de Salud, 2002).

Aunque muchas veces se confunde practicar relajación con practicar meditación, ésta última tiene un proceder específico que la configura no sólo como un procedimiento para calmarse, sino para relacionarse con el flujo de la experiencia de una manera distinta e independientemente de otros propósitos de orden psico-espiritual. Hoy en día se sabe que la relación que la persona establece con su cuerpo, su mente, sus emociones y sus circunstancias es fundamental para aumentar el bienestar y disminuir el malestar físico y emocional (ansiedad, depresión y somatizaciones). En este sentido, proliferan las terapias que centran la clave del tratamiento en la observación y aceptación de lo que ocurre. Es el caso de las denominadas Terapias de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Habida cuenta de que la técnica meditativa básica por excelencia es *asistir a lo que ocurre sin hacer nada con ello*, parece razonable saber si ayuda a las personas a sentirse mejor -o, al menos, a no

---

2. Los *procesos asistenciales* son instrumentos de gestión sanitaria que organizan la atención a patologías específicas, indicando, entre otras cosas, los procedimientos de evaluación y tratamientos, los profesionales y los dispositivos que participan en cada momento de la atención a dicha patología, sus funciones y competencias, etc.

sentirse tan mal- especialmente en aquellas que sufren patologías como las referidas anteriormente.

El mencionado *Plan Marco de Calidad y Eficiencia* establece que la práctica clínica estará basada en la evidencia -integrando también la maestría del profesional y las peculiaridades individuales de cada caso; y que el ciudadano es el centro del sistema, siendo sus necesidades, expectativas y satisfacción los elementos irrenunciables en el enfoque de calidad que se persigue (Consejería de Salud, 2000).

En relación a lo referido, este estudio parte del interés de sus autores por el uso de la meditación como herramienta para el trabajo psicológico personal y de ayuda en el ejercicio de su profesión -validando su uso milenario y, en Occidente, durante décadas, extra-académico- y desde ahí buscan evidenciar psicométricamente su utilidad en su práctica clínica en un servicio público con una gran demanda asistencial de patologías de ansiedad, depresión y somatizaciones. Estas patologías son objeto de especial interés por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, dada su relevancia epidemiológica (Consejería de Salud, 2002).

## Metodología

### *Diseño*

Se ha realizado un diseño longitudinal con grupo control con medidas antes y después de la intervención.

### *Muestra*

Con objeto de seleccionar los pacientes, la oferta de esta prestación asistencial fue precedida de una sesión formativa para los componentes del equipo en la Unidad de

Salud Mental Comunitaria Oriente (Servicio Andaluz de Salud. Sevilla) correspondiente, en donde el profesional que va a dirigir esta oferta expuso los fundamentos, los procedimientos y las utilidades de un tipo de meditación budista, realizando una práctica monitorizada ese día y en una sesión posterior.

Antes se había informado de la fecha aproximada de la puesta en funcionamiento de dicha prestación, para que los profesionales del equipo que desarrollan evaluaciones y tratamientos en la Unidad pudieran considerar dicha prestación en el plan terapéutico de las personas a las que atendieran.

Más allá de informar de esta posibilidad, el criterio de indicación y derivación a la misma que se definió fue muy abierto, estableciéndose como: *dirigido a quienes les vendría bien aprender a tomar distancia de su flujo mental, a cavilar menos, a calmarse*. Se excluyeron personas con cualquier alteración lo suficientemente grave que incapacitara la continuidad de cualquier actividad grupal, como con cuadros psicóticos o maníacos agudos; o alteraciones graves a nivel atencional o de comprensión.

Finalmente, se propusieron 36 pacientes para este entrenamiento, 31 mujeres y 5 varones (ver tabla 1). Las facultativas y facultativos que los remitieron fueron profesionales de Psicología Clínica de la Unidad. Finalmente, el número de personas asistentes fue de 26, de las cuales 21 estaban en tratamiento psicofarmacológico. La media de meses en tratamiento en la Unidad de las personas asistentes fue de 33,5.

El grupo control estuvo formado por 11 miembros seleccionados aleatoriamente entre los pacientes que cumplían criterios de trastornos ansioso-depresivos y que acudían habitualmente a las citas de seguimiento farmacológico y de psicoterapia de apoyo realizadas por uno de los psiquiatras del equipo.

Tabla 1. Diagnósticos de las personas asistentes y el número correspondiente a cada uno de ellos.

<i>Diagnóstico</i>	<i>N</i>
Trastorno Adaptativo	6
Trastorno de Ansiedad Generalizada	5
Trastorno de Pánico con Agorafobia	1
Trastorno mixto Ansiedad-Depresión	3
Distimia	3
Episodio Depresivo	2
Trastorno Depresivo Recurrente	2
Trastorno Obsesivo-Compulsivo	2
Trastorno de Estrés Postraumático	1
Trastorno de la Personalidad	1

### *Instrumentos*

Se tomaron distintas medidas para evaluar objetiva y subjetivamente este aprendizaje, tanto con pruebas psicométricas estandarizadas como con una encuesta elaborada específicamente por los autores para el estudio. Así mismo se recogieron diversos datos epidemiológicos y asistenciales:

- *Inventario de Depresión de Beck (IDB)* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, y Erbaugh, 1961). Es el instrumento de autoinforme más utilizado para la valoración de los síntomas depresivos (Sanz y Vázquez 1998). Se compone de 21 ítems para evaluar la gravedad de la depresión. Muestra una buena fiabilidad y consistencia interna. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa, y las respuestas van de 0 (ausencia) a 3 (máximo nivel del síntoma evaluado). Destaca por el predominio de ítems centrados en los componentes cognitivos de la depresión, aunque mantiene elementos somáticos. Los puntos de corte

usualmente utilizados son: no depresión: 0-9 puntos; depresión leve: 10-18 puntos; depresión moderada: 19-29 puntos; depresión grave:  $\geq 30$  puntos.

- *Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)* (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Se centra sobre todo en los aspectos físicos de la ansiedad, y no pretende medir ningún trastorno específico. Posee una buena consistencia interna. Cada ítem se puntúa de 0 (en absoluto) a 3 (severamente, casi no podía soportarlo). No existe punto de corte para discriminar los niveles normales de los patológicos, aunque hay estudios que utilizan la puntuación de 26 puntos como límite con el trastorno de pánico (Somoza, Steer, Beck y Clark, 1994).

- *Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)* (Hayes, Bisset, Strosahl, Wilson, Pistorello y Dysktra, 2000). Es una escala dirigida a evaluar la aceptación psicológica (Barraca, 2004). Consta de nueve ítems en escala tipo likert con siete opciones que van de “nunca” a “siempre”; tiene un tiempo de aplicación aproximado entre cinco y diez minutos. En la adaptación española se encontró que la media de la prueba en el grupo clínico fue de 44,71 con una desviación de 8,42 y para el grupo no clínico la media fue 34,61 y la desviación 5,41.

- *La Encuesta para la Valoración Cualitativa de la Actividad (EVCA)* se compone de un total de 12 cuestiones que se le plantean por escrito al paciente. Se recoge su opinión sobre los siguientes aspectos: para qué le ha servido acudir al grupo, la comprensión de las causas de sus problemas; su nivel de mejora en áreas como las relaciones familiares, laborales, sociales, de sintomatología, de su nivel de confianza en sí mismas; su nivel de esperanza en

una vida mejor y sobre su capacidad de afrontar los acontecimientos adversos de la vida. Se complementa con cuestiones sobre la implicación en la práctica diaria, su necesidad y deseo de continuar su asistencia al grupo, así como su nivel de satisfacción tanto con el taller de meditación como con el terapeuta; y finalmente con un apartado reservado para sugerencias u opiniones. En las preguntas 1, de la 3 a la 9 y 12 las pacientes deben de señalar si presentan o no satisfacción o mejoría en la cuestión planteada desde que acuden al grupo y en caso afirmativo anotar el nivel de esa mejora o satisfacción en una escala de 10 puntos, donde el 1 sería el mínimo de mejoría o satisfacción; y 10, el máximo de mejoría o satisfacción. Las pacientes no refieren ningún tipo de dificultad significativa al cumplimentar el cuestionario.

### **Procedimiento**

La preparación del trabajo a desarrollar en el grupo se ha realizado basándose en:

a) La formación y experiencia meditativa del psicólogo clínico que monitoriza el grupo (primer autor de este artículo), que abarca los últimos 12 años, aprendizaje vinculado a la enseñanza de Claudio Naranjo (en

el marco del *Programa SAT*<sup>3</sup>) y Javier Díaz Estévez<sup>4</sup>. Esta práctica incluye meditación individual, en pareja y en grupo; meditación con y sin música y meditación en quietud y en movimiento;

b) Diversas lecturas sobre la materia, (por ejemplo: Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams y Teasdale, 2002).

Se planificaron 10 sesiones entre los meses de marzo y junio de 2009, de entre una hora y una hora y media cada una. No existía un programa específico que pareciera de antemano los contenidos de trabajo de cada una de las sesiones. Esto tiene el sentido de dar cabida a las necesidades específicas que en el grupo se fueran generando durante el desarrollo del mismo. En este sentido podríamos decir que el programa se iba construyendo al mismo tiempo que se ejecutaba.

En cualquier caso sí existía un guión que podría orientar el trabajo a desarrollar. Dicho guión incluía los siguientes elementos:

- Fundamentación, procedimientos y utilidades de la meditación.
- Atención centrada en la respiración.
- Atención centrada en distintas partes del cuerpo.

3. *El Programa SAT* se creó y desarrolló en Berkeley (California, EE.UU.) en 1970 con el objeto de facilitar a sus participantes el conocimiento de sí y su desarrollo psicológico personal. A partir de los años 80 se reinició en España dirigido a psicoterapeutas y concebido para su formación profesional y personal, despertando el interés de personas pertenecientes a otros sectores profesionales. Actualmente dicho Programa se anuncia como de Formación Personal y Profesional de Psicoterapia Transpersonal e Integrativa; e incluye las siguientes materias, desarrolladas en cinco niveles: análisis de los caracteres humanos: psicología de los eneatis; proceso de sanación de nuestras relaciones familiares y sociales; dinámica de grupos y relaciones interpersonales; talleres de teatro terapéutico; trabajo corporal y técnicas de expresión corporal; talleres terapéuticos para la resolución de problemas; entrenamiento terapéutico; terapias mutuas; formación práctica en el trabajo terapéutico y supervisión; práctica de la respiración consciente, y técnicas y prácticas de atención y meditación.

4. Discípulo de Claudio Naranjo, psicoterapeuta, introductor en nuestro medio del trabajo del carácter con el enagrama y de principios y técnicas del budismo, sufismo y taoísmo en la psicoterapia.

- Atención centrada en el flujo de la experiencia (pensamientos, imágenes, sentimientos, sensaciones).
- Atención centrada en los movimientos de sujeción o rechazo de partes de ese flujo de la experiencia.
- Atención centrada en el malestar (emocional, físico, relacional, etc.).
- Atención *en zoom*, desde el detalle hasta la globalidad.

La consigna básica que se proporcionaba era: permanecer en quietud, con las espaldas rectas, lo más cómodamente depositada sobre el asiento, estando atenta a lo que se percibe (pensamientos, sensaciones, sentimientos), sin hacer nada con ello, sin manipular la experiencia rechazando ni agarrando activamente los contenidos de dicha experiencia; sin recrear el pasado ni anticipar el futuro voluntariamente. Esta consigna se modificaba según conviniera para trabajar las atenciones referidas anteriormente. Cada sesión podía incluir lo siguiente:

- Una revisión de los contenidos tratados en la sesión anterior y/o de la práctica en casa.
- Una breve disertación del profesional que monitorizaba sobre la práctica que se fuera a realizar.
- Una aclaración de dudas o curiosidades al respecto.
- Una práctica meditativa en grupo.
- Una indicación de práctica en casa.

En la primera sesión se señalaba las personas asistentes que iban a participar en un entrenamiento en meditación y no en una psicoterapia de grupo. Los asuntos destacados de la vida personal de las asistentes -que, como es lógico, constituían los contenidos de la meditación- que se

referían en las sesiones, se recogían por el psicólogo clínico que monitorizaba, ofrecía algún comentario que pudiera ser psicoterapéuticamente interesante para la persona en cuestión y, en todo caso, recomendaba a la persona que lo refiriera al profesional que fuera su facultativa o facultativo referente en la Unidad, para que lo trabajara específicamente con ella.

Todas las sesiones se realizaban en una sala de grupos del edificio en que se ubica la Unidad de Salud Mental Comunitaria, sin aislamiento especial. En general, la meditación sin música se realizaba sentada. Esta práctica incluía como recomendaciones básicas tener la espalda recta y los ojos cerrados o abiertos, con la mirada depositada en un punto fijo del espacio enfrente de una. Para la meditación con música se disponían de colchonetas para tenderse, que usaron algunas personas. Se escucharon piezas musicales de las siguientes obras:

- *Bukago Dance Suite*, de Matsudaira.
- *El espíritu de Al-Andalus*, de Rosa Zaragoza.
- *Misticismo, Cantos Místicos de la Cofradía Al-Harr'aqiya*. Dir. Omar Metiouí.
- *Music for the funeral of Queen's Mary*, de Henry Purcell.
- *Sinfonía No. 3*, de Henryk Gorecki.
- *Saudades*, de Nana Vasconcelos.

Se trataba de diferentes estilos, con el propósito de posibilitar que las asistentes se expusieran a experiencias diferentes, tal y como en la vida misma ocurre.

## Resultados

Los datos sobre asistencia al grupo (tabla 2) incluyen lo siguiente:

- Personas propuestas.
- Personas asistentes (Muestra, N): que lo hicieron al menos a una sesión.
- Edad media de las personas asistentes.
- Género de las mismas.
- Abandonos: quienes asistieron a un máximo de 2 sesiones.
- Asistentes regulares: quienes lo hicieron a 7 o más sesiones.
- Asistentes irregulares: que asistieron entre 3 y 6 sesiones.
- Porcentaje medio de asistentes por reunión.

Los resultados de las pruebas psicométricas administradas (media y desviación estándar) figuran en la tabla 3.

Al aplicar la prueba de la suma de rangos con signo de Wilcoxon se detectan diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ) en las mediciones en los niveles tanto en depresión como en ansiedad antes y después de la intervención en el grupo experimental. Por otro lado, no se observa ninguna diferencia en las puntuaciones en el grupo control.

Respecto a las variables evaluadas por el cuestionario AAQ, más relacionadas con la capacidad de aceptación, no se observan diferencias significativas antes ni después de la intervención en ninguno de los grupos. Respecto a los datos inter-grupos se observa una diferencia significativa (U de Mann-Whitney;  $p < 0.02$ ) a favor del grupo de meditación tanto en depresión como en ansiedad.

### **Valoración cualitativa**

Se especifican a continuación los resultados de los ítems de la *Encuesta para la Valoración Cualitativa de la Actividad (EVCA)*. Esta encuesta la cumplimentaron 11 pacientes, todas mujeres.

Se presentan los resultados de cada uno de los ítems en una tabla en que se detalla el número total de personas que ha respondido y cómo lo han hecho, en función de las opciones de respuesta propuestas, bien con una escala de satisfacción (puntuaciones de 0 a 10), bien con respuesta dicotómica Sí-No.

Tabla 2. Datos de asistencia.

Personas Propuestas	Asisten	Edad Media	Género			Asistentes Irregulares	Asistentes Regulares	Porcentaje Medio Asistentes/Sesión
			V	M	Abandonos			
36	26	44,3 años	1	25	7	8	11	14

Tabla 3. Medias y desviaciones estándar en depresión, ansiedad y aceptación en el grupo de meditación y en el grupo de tratamiento habitual.

	Grupo de Meditación (N=13)		Grupo Tratamiento Habitual (N=11)	
	Antes	Después	Antes	Después
Depresión	25.16 (9.95)	18.91 (7.23)	26.45 (10.21)	26.27 (9.86)
Ansiedad	29.33 (9.07)	22.32 (7.44)	27.55 (8.54)	30.73 (9.62)
Aceptación	45.25 (8.65)	42.25 (7.98)	42.64 (7.92)	41.82 (7.23)



*Pregunta 1. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción con el taller de meditación que has hecho?*

Todas las pacientes refieren cierta satisfacción (con 5 o más puntos en una escala de 10), la mayor parte elevada (media: 7,72). A la pregunta de *¿Para que te ha servido?*, las respuestas han sido:

- *“Para ver las cosas con mayor objetividad.”*,
- *“Para relajarme.” (dos personas)*
- *“Para identificar mis problemas.”*
- *“Para sentirme mejor.”*
- *“Para controlarme mejor.”*
- *“Para tener mayor conciencia de lo que me rodea.”*
- *“Para entender mejor lo que me pasa.”*
- *“Para aprender a desconectar.”*
- *“Para sobrellevar la ansiedad.”*
- *“Para defenderme de la ansiedad.”*
- *“Para darme cuenta que se puede vivir sin tantas preocupaciones.”*
- *“Para ver las cosas desde fuera sin implicarme tanto en una visión negativa.”*
- *“Para aprender a escuchar sonidos sin que me molesten.”*
- *“Para ver que hay gente con problemas parecidos.”*

*Pregunta 2. ¿Te ha ayudado a entender mejor los motivos de tus problemas?*

Diez paciente refieren que sí y sólo uno responde de forma negativa. Las pacientes que han respondido que sí a esta pregunta añaden los siguientes comentarios sobre lo que consideran sus problemas y lo que han logrado ante ellos.

- *“Tener mayor capacidad de identificar y separar unos problemas de otros.”*
- *“No darle tanta importancia a los problemas.”*

- *“Tener una actitud de mayor serenidad ante los acontecimientos adversos de la vida.”*
- *“Ver los problemas con mayor claridad.”*
- *“Darse cuenta que continuamente tiene miedo de lo que va a ocurrir.”*

*Pregunta 3. ¿Has mejorado en tus relaciones familiares? Si la respuesta es afirmativa, puntúa cuanto ha mejorado*

Se produce algún tipo de mejora en seis de las 11 pacientes.

*Pregunta 4. ¿Has mejorado tus relaciones sociales? Si la respuesta es afirmativa, puntúa cuanto ha mejorado*

Tres pacientes comentan algún tipo de mejora con sus vínculos sociales (amigos, vecinos, etc.).

*Pregunta 5. ¿Ha mejorado tu vida laboral? Si la respuesta es afirmativa puntúa cuanto ha mejorado*

Sólo en dos casos se ha producido una mejora, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de las participantes estaban en situación de inactividad laboral, por diversos motivos (incapacidad, paro, o trabaja en el hogar).

*Pregunta 6. ¿Has mejorado de tus síntomas (ansiedad, tristeza, insomnio, irritación, etc.)? Si la respuesta es afirmativa, puntúa cuanto ha mejorado*

Seis de las 11 pacientes perciben una mejoría subjetiva en síntomas.

*Pregunta 7. ¿Ha mejorado tu nivel de confianza en ti misma?*

La práctica de la meditación ha ayudado a siete de las 11 pacientes a tener una mayor confianza en sí mismas.

*Pregunta 8. ¿Ha mejorado tu confianza en poder tener una vida mejor?*

De las 11 pacientes, 8 destacan que la práctica de la meditación les ha supuesto un incremento en su confianza en la posibilidad de tener una mejor vida.

*Pregunta 9. ¿Has mejorado en cómo haces frente a los acontecimientos negativos de tu vida?*

Seis pacientes consideran que el entrenamiento en meditar le ha supuesto alguna mejora en su capacidad de hacer frente a los acontecimientos negativos de la vida.

*Pregunta 10. ¿Cuánto has practicado en casa?*

Seis de las pacientes dicen haber practicado por su cuenta al menos dos o tres veces a la semana, otras dos refieren haber practicado más de cinco días, una reconoce haber practicado sólo en momentos puntuales y relacionados con malestar emocional y otra admite no haber practicado en casa por falta de tiempo.

*Pregunta 11. ¿Necesitas seguir asistiendo a este taller el curso que viene?*

Todas las componentes del grupo que responden a la encuesta refieren que necesitan continuar asistiendo al taller. La solicitud de mayor duración del taller de meditación ha sido verbalizada de forma habitual durante las últimas sesiones.

*Pregunta 12. ¿Cuál es tu nivel de satisfacción con el trabajo del terapeuta que ha desarrollado este taller?*

Todas se muestran satisfechas con el terapeuta; la puntuación media con el terapeuta alcanza el 8'46.

*Otras opiniones o sugerencias*

Se han obtenido 8 comentarios. Uno de ellos expresa que las sesiones y la práctica

de la meditación es “un tiempo agradable y beneficioso”, las siete restante hacen referencia al deseo de mayor duración y número de las sesiones y menor tiempo entre sesiones.

## Discusión

Constatamos la presencia de muchas más mujeres (25) que varones (1). No es raro ya que el número de mujeres atendidas en esta Unidad es considerablemente mayor y su prevalencia también es mayor en los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones (Klerman y Weissman, 1989; Karasu, Docherty, Gelenberg, Kupfer, Merriam y Shadoan, 1993).

Por otra parte, en nuestra práctica observamos subjetivamente más interés en el aprendizaje psicológico y más capacidad para la introspección y el *insight* en mujeres que en varones. Las características de la intervención planteada encajan con el interés y la capacidad mencionados. Posiblemente esto haya influido también en que se haya indicado esta intervención a muchas más mujeres que a varones.

Respecto a las personas que han asistido, observamos un alto porcentaje medio de asistentes por sesión (14), así como un escaso número de abandonos (7); a diferencia de lo que observamos en nuestra experiencia de que en las intervenciones grupales el número de personas que asisten puede ser menor y el de abandonos mayor.

Las personas asistentes llevaban una media de 33,5 meses en tratamiento en nuestra Unidad, estando 21 en tratamiento psicofarmacológico. Por tanto, podemos afirmar que sufrían trastornos de carácter crónico. Sin embargo, como hemos visto antes tienen una elevada asistencia a las sesiones de la intervención y, como veremos

más adelante, ofrecen un elevado nivel de satisfacción con la intervención y obtienen mejoras en su nivel de ansiedad y depresión. Por ello constatamos la oportunidad de esta indicación asistencial para personas con trastornos crónicos.

Estos datos de alta asistencia al programa y de larga evolución de los trastornos hacen especialmente destacable el interés que ha suscitado esta herramienta para las pacientes, en cuyo entrenamiento hay que poner en funcionamiento recursos psicológicos que no se está acostumbrado a desarrollar. A juicio del profesional que monitorizaba el grupo (primer autor) las participantes mostraban durante las primeras sesiones su dificultad para entender qué era meditar, cómo se hacía eso *de estar percibiendo atentamente lo que pasaba por una (pensamientos, imágenes, sensaciones, sentimientos) sin hacer nada con ello, ni retenerlo, ni rechazarlo por efecto de la voluntad propia*. Y a pesar de esta dificultad -esperable y común en el intento de adquisición de una herramienta de esta naturaleza-, siempre se apreció un empeño interesado y laborioso en la práctica de las participantes por entender qué era eso de meditar. Al final de las sesiones el profesional tenía la impresión de que las participantes se habían acercado experiencialmente a ese entendimiento, que obviamente no podía ser puramente intelectual. Los resultados en la *Encuesta para la Valoración Cualitativa de la Actividad (EVCA)* son consonantes con el interés observado en las pacientes.

En cuanto a lo que dicen las pacientes haber aprendido en el taller de Meditación, destacan habilidades que han ido practicando durante el mismo, encaminadas a potenciar la atención para todos los contenidos del flujo de la experiencia, tanto agradables como desagradables; relacionándose con

dicho flujo con distancia y desapego. En definitiva, se trataría de aprender a tomar contacto con los ingredientes de cada momento de la vida minimizando la evitación, el aferramiento y la implicación emocional. El resultado de esto en forma de identificación y entendimiento más claro y objetivo de los problemas, pérdida del peso opresivo de las situaciones de la vida y de logro de serenidad y calma están en las respuestas de las pacientes.

Como es lógico, esperamos que esta práctica debe tener repercusiones positivas en los distintos ámbitos de la vida de las personas: familiares, sociales, laborales, etc., si bien las mismas no son expresamente pretendidas. Por ello no es de extrañar que algunas pacientes expresen mejoras subjetivas en los mismos, como se reflejan en los resultados de la encuesta. Particularmente resulta de especial interés el de las relaciones familiares, ya que estas se encuentran detrás del origen y mantenimientos del malestar emocional de muchos de los pacientes que presentan síntomas del espectro ansioso-depresivo.

Es de destacar la mejoría referida en su confianza en sí mismas y, sobre todo, en tener una vida mejor. Respecto a esto último estamos ante una muestra de pacientes que han presentado fracasos terapéuticos frecuentes y llevan presentando un nivel elevado de malestar emocional de forma continua desde hace años, en la mayoría de los casos con la correspondiente ideación de desesperanza. Así mismo su vida suele estar llena de sinsabores y conflictos frecuentes a nivel interpersonal. El hecho de que puedan empezar a confiar nuevamente en tener una vida mejor y más plena es un logro que no debe de menospreciarse y es esencial en cualquier proceso terapéutico que se considere eficaz.

El nivel de satisfacción con el programa y el deseo de seguir beneficiándose del mismo destacan también en la Encuesta.

A pesar de la brevedad de la intervención realizada los resultados en las pruebas psicométricas que medían tanto los niveles de ansiedad como de depresión refieren una mejora significativa en comparación al grupo control. Estos datos confirman otros estudios realizados en contextos asistenciales (Cebolla y Miró, 2006) respecto a la eficacia del enfoque centrado en la atención plena o *mindfulness* en la reducción de éste tipo de sintomatología.

Por otro lado, no se observa ningún efecto de la intervención en la capacidad de aceptación evaluada a través del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ). La propia brevedad del programa aplicado consideramos que puede ser un factor relevante en que no existan diferencias entre los grupos. Consideremos que la verdadera aceptación de las experiencias surge de un aprendizaje fruto de una vivencia experiencial a largo plazo con la meditación por lo que esta ausencia de resultados es coherente con lo que se pretendía fomentar en el grupo. Otros autores refieren conclusiones semejantes (Cebolla y Miró, 2006).

En general, y a pesar de las limitaciones metodológicas de esta investigación, podemos concluir que los resultados han sido positivos. El trabajo terapéutico centrado en el fomento de una actitud meditativa puede convertirse en una herramienta de gran utilidad -sola o en el seno de otras intervenciones- para la disminución de la sintomatología ansioso-depresiva, tan frecuente en nuestras consultas; y mejorar aspectos relacionados con su calidad de vida, autoeficacia y su capacidad de afrontamiento.

Tenemos que resaltar, que en comparación a otros procedimientos que usan la

atención plena como la Terapia Cognitiva basada en la Consciencia Plena (Segal, Williams, Teasdale, 2002), y la Reducción del Estrés basado en el *Mindfulness* (Kabat-Zinn, 2003) nuestro protocolo de intervención cuenta con una menor frecuencia de sesiones siendo éstas más breves. Consideremos que una mejora en estas variables, es decir, mayor frecuencia de sesiones y mayor duración de las sesiones grupales pueden suponer una mayor eficacia en la reducción de la sintomatología y resultados más sólidos en las variables subjetivas evaluadas. En la actualidad estamos realizando grupos terapéuticos siguiendo éstas propuestas observando resultados muy prometedores.

## Referencias

- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 505-515.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Cebolla, A. y Miró, M.T., (2006). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 16 (66/67), 133-156.
- Consejería de Salud (2000). *Plan de Calidad: Nuevas estrategias para la sanidad andaluza*. Sevilla: Junta de Andalucía.

- Consejería de Salud (2002). *Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan, J., (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S.C., Bisset, R.T., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G., Pistorello, J. y Dysktra, T.A. (2000). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). (Manuscrito no publicado).
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Nueva York: Bantam Doubleday Publishing Group, Inc.
- Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Karasu, T.B., Docherty, J.P., Gelenberg, A., Kupfer, D.J., Merriam, A.E., Shadoan, R. (1993). Practice guideline for major depressive disorder in adults, *American Journal of Psychiatry*, 150 (supl.), 1-26.
- Klerman, G.L. y Weissman, M.M., (1989). Increasing rates of depression, *JAMA*, 261, 229-235.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J. D. (2008): Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (6), 966-978.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Naranjo, C. (1999). *Entre meditación y psicoterapia*. Vitoria: Editorial La Llave.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*. 10 (2), 303-318.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Simon, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 16 (66/67), 5-30.
- Somoza, E., Steer, R.A., Beck, A.T. y Clark, D.A. (1994). Differentiating major depression and panic disorders by self-report and clinical rating scales: ROC analysis and information theory. *Behaviour Research Therapy*, 32 (7), 771-782.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M., Ridgeway, V.A., Soulsby, J.M., Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.