



# Eficacia de la meditación trascendente - método xirione en reducción de ansiedad - estado en pacientes con trastorno mixto ansioso - depresivo

 Lucero Johanna Lauro Roca<sup>1</sup>

## Información del artículo

### Historia del artículo

Recibido: 07/06/2018

Aprobado: 28/06/2018

### Autor corresponsal

 Lucero Johanna Lauro Roca  
 xlucero\_jlr@live.com  
 986 937 990

### Financiamiento

Este artículo ha sido financiado por los autores y por la Universidad de San Martín de Porres (USMP)

### Conflictos de interés

Ninguno

### Financiamiento

Autofinanciado

### Citar como

Lauro Roca LJ. Eficacia de la meditación trascendente – método Xirione en reducción de ansiedad - estado en pacientes con trastorno mixto ansioso– depresivo. Rev Peru Med Integrativa.2018;3(2):55-62.

## Resumen

**Objetivo.** Comprobar la eficacia de la Meditación Método Xirione en la reducción del nivel de ansiedad – estado en pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso – depresivo. **Materiales y Métodos:** Un ensayo clínico aleatorizado, de grupos paralelos. Se incluyeron a cuarenta pacientes diagnosticados por un médico psiquiatra con trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2), los cuales fueron distribuidos al azar, con una relación 1:1, en un grupo experimental (n=20) y un grupo control (n=20). La intervención de estudio se desarrolló a lo largo de ocho sesiones cuya duración fue de dos horas, dos veces por semana y se centró en el aprendizaje y práctica de los 5 principales primeros pasos de la Meditación Trascendente - Método Xirione. El outcome a medir antes y después de la intervención fue la medida del inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE). **Resultados.** Después de la intervención con el Taller de Meditación Método Xirione se observó que, en el grupo experimental, el 60% de integrantes presentó ansiedad-estado baja. Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad-estado de los grupos de estudio después de concluida la intervención (p<0.05). Además, se encontró un tamaño de efecto calificado como alto de acuerdo a los resultados de la D de Cohen=0.92. **Conclusión.** La intervención con Meditación Método Xirione en pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso–depresivo, redujo significativamente el nivel de ansiedad–estado en comparación a los pacientes que solo recibieron terapia farmacológica.

**Palabras clave:** Meditación Trascendental; Ensayo Clínico; Trastornos de Ansiedad (Fuente: DeCS)

## Efficiency of transcendental meditation - Method of reducing anxiety - Condition in patients with mixed anxiety disorder - Depressive

### Abstract

**Objectives.** To verify the effectiveness of the Xirione Method of Transcendental Meditation. in reducing the level of anxiety - status in patients diagnosed with mixed anxiety - depressive disorder. **Materials and Methods.** A randomized, parallel group clinical trial. Forty patients diagnosed with mixed anxiety-depressive disorder (F41.2) were included, who were randomized, with a 1: 1 ratio, in an experimental group (n = 20) and a control group (n = 20). The intervention is developed in eight sessions, which were extended for two hours, twice a week. The sessions were focused on learning and practicing the 5 main steps of Xirione Method. The outcome was the score of anxiety-state inventory (IDARE) before and after the intervention. **Results.** On experimental group, a 60% of intervened had low anxiety-state levels, after intervention. This differences were statistically significant (p <0.05). Additionally, a high effect size was found (Cohen's D = 0.92). **Conclusion.** The intervention with Xirione Method of Transcendental Meditation in patients diagnosed with mixed anxiety - depressive disorder, significantly reduced the level of anxiety - state in comparison with patients who only receive pharmacological therapy.

**Keywords:** Meditation; Clinical trial; Anxiety Disorders (Source: MeSH)

<sup>1</sup> Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)

## Introducción

Los trastornos de ansiedad ocupan el segundo lugar dentro de los trastornos mentales más frecuentes en América Latina y el Caribe <sup>[1]</sup>, con una prevalencia estimada, en adultos de Lima Metropolitana y el Callao, de 25,3% <sup>[2]</sup>.

Dentro del espectro de desórdenes ansiosos se encuentra al trastorno mixto ansioso-depresivo (TMAD), el cual se diagnostica cuando se encuentran síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo, pero sin ninguna predominancia que justifique el diagnóstico de depresión o ansiedad por separado <sup>[3]</sup>. Con el uso de esta definición, se han estimado tasas de prevalencia de TMAD desde el 0,2% <sup>[4]</sup> hasta 8,8% <sup>[5]</sup>. Estas diferencias se explican por la diversidad de conceptos manejados para definir la TMAD a través de los años, lo que hace que, muchas veces, sean confundidos con diagnósticos concomitantes de ansiedad y depresión, condiciones que pueden llegar a encontrarse en un estimado del 20% de la población <sup>[6]</sup>.

A pesar de estos resultados discordantes, se reconoce que el TMAD es una patología frecuente en la atención primaria <sup>[7]</sup>, con una presentación heterogénea, pero muy sensible a mejoría con un correcto tratamiento <sup>[8]</sup>. En estos casos, la perspectiva terapéutica, usualmente, tiene dos enfoques: el uso de tratamiento farmacológico o el uso de terapias no farmacológicas orientadas a la modificación de la conducta de los pacientes <sup>[9,10]</sup>.

Sin embargo, desde hace unos años ha surgido cierto descontento relacionado con las intervenciones psicofarmacológicas debido a los efectos secundarios, crecientes tasas de prescripción y reciente incertidumbre sobre la eficacia y los beneficios a largo plazo de algunos de ellos: antidepresivos y psicoestimulantes <sup>[11,12]</sup>. En razón de ello, últimamente, los procedimientos terapéuticos de medicina complementaria, como la meditación, han aumentado su popularidad en la psicoterapia contemporánea, al ser una técnica rentable, que puede ser autoadministrada y presumiblemente libre de efectos secundarios <sup>[13,14]</sup>.

La meditación es una intervención de medicina complementaria ubicada dentro de la categoría de terapias mente-cuerpo y fue una de las primeras en ser ampliamente aceptada por los principales proveedores de asistencia sanitaria en los Estados Unidos y en el extranjero <sup>[15,16]</sup>. Se ha postulado que puede ser efectiva debido a que implica la activación intencional de la respuesta de relajación del cuerpo, y tiene el potencial de mejorar la capacidad para manejar el estrés, que ha mostrado ser base de varias enfermedades psicológicas <sup>[17]</sup>. Asimismo, podría tener

un particular beneficio sobre desórdenes de regulación del afecto y la ansiedad por la evidencia neurobiológica de regulación ascendente de las redes neuronales frontolímbicas subyacentes que median la regulación afectiva <sup>[18]</sup>. Esto lleva a pensar que la meditación puede servir como entrenamiento para el control de la mente como un medio para reducir la ansiedad, así como para desarrollar un mecanismo de afrontamiento útil para facilitar una respuesta calmada y no destructiva ante el estrés y la tensión. No es fortuito, entonces, que estos tres componentes de un marco conceptual de la ansiedad (biológico, conductual y cognitivo) correspondan a los tres ajustes o regulaciones utilizados en la definición de las terapias de meditación: los ajustes de la respiración, el cuerpo y la mente <sup>[19]</sup>.

Por otra parte, dentro de la investigación científica se considera necesario realizar más estudios con otras distintas técnicas meditativas con el fin de conocer los diferentes efectos de cada una de ellas. Una de estas modalidades es la meditación trascendente - método Xirione, que se diferencia de otras técnicas de origen oriental por no ser una meditación de acto (es decir, mantenerse inactivo interiormente con el propósito de conquistar una postura, la interiorización y detener la dinámica de la vida mental sin ninguna utilidad) sino una meditación de procedimiento, que conlleva la transformación del yo, teniendo como propósito enfrentar los contenidos en conflicto de la vida afectiva voluntariamente; además, cuenta con una planificación y procedimiento que está explicado en detalle para que pueda ser replicado <sup>[20]</sup>.

Por ello, el objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia de la meditación método Xirione en la reducción del nivel de ansiedad – estado en pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso – depresivo.

## Materiales y métodos

El presente estudio fue un ensayo clínico aleatorizado, de grupos paralelos, donde no se usaron intervenciones farmacológicas. Se incluyeron a cuarenta pacientes, diagnosticados por un médico psiquiatra, con trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2), los cuales fueron distribuidos al azar, con una relación 1:1, en un grupo experimental (n=20) y un grupo control (n=20), controlando la variable sexo para obtener una proporción similar en ambos grupos. El tamaño muestral se calculó en base a lo mostrado en estudios previos sobre desórdenes depresivos y ansiosos <sup>[21,22]</sup>. Previo al inicio del proceso de aleatorización se informó a los posibles participantes sobre los objetivos de esta

investigación y los posibles riesgos y beneficios; posteriormente a ello, se solicitó el consentimiento informado a todos los participantes.

Antes de la intervención se completó una ficha sociodemográfica, se recogieron datos personales y de contacto, diagnóstico del paciente e información sobre su medicación; dentro de la información, que sirvió como criterios de inclusión, se tomó en cuenta la edad de los participantes (entre 20 y 55 años), grado de instrucción de primaria completa como mínimo y no estar recibiendo ningún tipo de terapia psicológica en la actualidad, más sí medicación. Además, se les preguntó la práctica actual de alguna técnica de relajación, taichí, yoga, etc., lo cual se tomó como criterio de exclusión, así como también la práctica de algún ejercicio físico que se hiciese con regularidad.

La intervención de estudio se desarrolló a lo largo de ocho sesiones, cuya duración fue de dos horas dos veces por semana y se centró en el aprendizaje y práctica de los cinco principales primeros pasos de la meditación trascendente - método Xirione en su perspectiva terapéutica (postura, interiorización, observación, respiración de tiempos iguales y depuración) <sup>[20]</sup>. Para ello, los profesores del taller designados (profesionales de la salud instruidos en el método por lo menos por seis meses previo al inicio del estudio) guiaron de manera sistemática a los pacientes en la teoría y ejercicio de los cinco pasos mencionados, centrándose en cada sesión en aspectos específicos para la reducción de la ansiedad. Las sesiones del taller se llevaron a cabo en un ambiente amplio y ventilado que contaba con asientos para cada participante, un reproductor multimedia y una pizarra; se emplearon las técnicas y materiales desarrollados por el programa de meditación (Tabla 1).

**Tabla 1.** Distribución de nivel motor antes y después del programa rehabilitador del Instituto Nacional de Rehabilitación

Sesiones del Taller	Objetos	Tiempo	
Sesión 1	Presentación del método Xirione de meditación.	Presentación de los profesionales a cargo del taller.	5'
		Introducción teórica al método Xirione de meditación.	20'
		Enseñanza y práctica del paso 1: adopción de postura correcta	10'
	Aprendizaje de los pasos 1, 2 y 3 de meditación: postura, interiorización y observación	Enseñanza y práctica del paso 2: interiorización.	15'
		Enseñanza y práctica del paso 3: observación.	15'
		Reposo	5'
		Práctica integrada de los tres primeros pasos.	20'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre	5'
		Sesión 2	Aprendizaje de paso 4: respiración en tiempos iguales y reforzamiento pasos 1, 2, 3
Reforzamiento de pasos de los pasos 1, 2 y 3.	20'		
Aprendizaje y práctica de paso 4.	20'		
Reposo.	5'		
Práctica integrada de los cuatro primeros pasos.	20'		
Espacio de preguntas.	20'		
Cierre	5'		
Sesión 3	Aprendizaje del paso 5: depuración y reforzamiento pasos 1, 2, 3 y 4	Explicación teórica: las psicotoxinas.	25'
		Reforzamiento de los pasos 1, 2, 3, 4	15'
		Aprendizaje del paso 5: depuración.	20'
		Reposo.	5'
		Práctica integrada de los cinco pasos.	25'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre.	5'
Sesión 4	Profundizar el entrenamiento de la conciencia para la ejecución correcta de los tres primeros pasos.	Explicación teórica: los aspectos indeseables del modo de ser.	25'
		Inducción a una mayor conciencia en la práctica de los pasos 1, 2 y 3.	20'
	Reforzamiento del paso 4 y 5.	Reforzamiento de paso 4 y 5.	15'
		Reposo.	5'
		Práctica integrada de los cinco pasos.	25'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre.	5'

Sesiones del Taller	Objetos	Tiempo	
Sesión 5	Profundizar el entrenamiento de la conciencia para la ejecución correcta de los pasos 4 y 5.	Explicación teórica.	25'
		depuración.	
		Práctica de pasos 1, 2 y 3.	15'
		Inducción a una mayor conciencia en la práctica de los pasos 4 y 5.	25'
		Reposo.	5'
		Práctica integrada de los cinco pasos.	30'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre.	5'
Sesión 6	Ejecutar la meditación trascendente – método Xirione aprendida.	Explicación teórica: ansiedad y meditación.	25'
		Práctica integrada de los cinco pasos I.	30'
		Reposo.	10'
		Práctica integrada de los cinco pasos II.	25'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre.	5'
Sesión 7	Ejecutar la meditación trascendente – método Xirione aprendida.	Explicación teórica: ¿tiene sentido la vida?	25'
		Práctica integrada de los cinco pasos I.	25'
		Reposo.	10'
		Práctica integrada de los cinco pasos II.	25'
		Espacio de preguntas.	15'
		Cierre.	5'
Sesión 8	Ejecutar la Meditación Trascendente – Método Xirione aprendida	Explicación teórica: la ley de proporción y el bienestar del hombre.	25'
		Práctica integrada de los cinco pasos.	30'
	Evaluar los niveles ansiedad de los pacientes	Reposo.	10'
		Aplicación de pruebas psicológicas.	40'
		Aplicación de encuesta 1.	10'
	Cierre.	5'	

Adicionalmente, se orientó a los pacientes sobre la posibilidad de practicar la meditación en casa durante 20 min cada día entre sesiones, al tener esta técnica terapéutica la característica de poder ser autoadministrada. En el transcurso de la intervención se realizó un monitoreo vía telefónica de 5 min, aproximadamente, cada semana entre sesiones, con lo que se conoció si los pacientes practicaban o no el método aprendido. Por otro lado, los pacientes incluidos en el grupo control siguieron con su medicación habitual durante 4 semanas y fueron monitoreados cada dos semanas para interrogarles sobre si recibieron alguna terapia o hicieron uso de alguna técnica adicional para manejar su ansiedad durante el tiempo de intervención.

Los *outcomes* medidos antes de la intervención fueron los puntajes obtenidos por la aplicación de las escalas de autoevaluación de la ansiedad y de la depresión de Zung; mientras que la medida del inventario de ansiedad rasgo-

estado (IDARE) fue evaluada antes y después de la intervención mencionada, por lo que se constituye en el *outcome* principal.

Las escalas de autoevaluación de ansiedad y depresión comprendieron veinte informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad y depresión, respectivamente, como síntomas o signos con cuatro posibles respuestas: "Nunca o casi nunca", "A veces", "Con bastante frecuencia" y "Siempre o Casi siempre". Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana. Estos cuestionarios se validaron mediante una prueba piloto obteniéndose un coeficiente de confiabilidad  $\alpha = .84$  para la escala de depresión y  $\alpha = .83$  para la escala de ansiedad.

El inventario IDARE está conformado por 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-

rasgo y la ansiedad-estado. La escala de ansiedad-rasgo está conformada por 20 ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Por su parte, la escala de ansiedad-estado está conformada por 20 ítems (10 directos y 10 inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. De esta manera, los sujetos contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala Likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado las opciones de respuesta en la escala Likert de intensidad son: 1- No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; mientras que en la escala A-Rasgo, las opciones en la escala Likert de frecuencia son: 1-Casi nunca, 2- Algunas veces, 3- Frecuentemente, y 4-Casi siempre. De este modo, la puntuación del inventario de autoevaluación IDARE fluctúa entre una mínima de 20 y una máxima de 80 puntos, para cada una de las escalas; se considera un nivel de ansiedad: baja, con menos de 30 puntos; media con 30-44 puntos, y alta con más de 44 puntos <sup>[23]</sup>. En el presente estudio, a través del estadístico alfa de Cronbach se halló  $\alpha = .92$  para la escala A-Estado y  $\alpha = .83$  para escala A-Rasgo, lo que es similar a lo encontrado en otros estudios de validación locales <sup>[23,24]</sup>.

Se eliminó del análisis, más no del taller, a seis participantes (tres del grupo experimental y tres del grupo control) por tener desde una inasistencia al taller o abandonarlo voluntariamente, en el caso del grupo experimental, o por perdidas en el seguimiento en el grupo control, quedando así 20 participantes por cada grupo.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins y por la Pontificia Universidad Católica del Perú. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Shapiro-Wilk para comprobar la distribución normal de los grupos control y experimental, y se obtuvo la tabla de frecuencias y porcentajes para observar la distribución de la muestra en estudio de ambos grupos. Para comparar las medias de los puntajes de los cuestionarios psicológicos aplicados, se realizó la prueba T de Student para muestras independientes. Estas pruebas se calcularon con el uso del programa IBM SPSS Statistics for Windows, versión 22.0. Armonk, NY: IBM Corp. Se consideró como estadísticamente significativo un  $p < 0,05$ .

## Resultados

No se encontraron diferencias significativas basales en relación con los niveles de ansiedad y depresión según la escala de autoevaluación de la ansiedad y de la depresión de Zung, al realizar prueba T de Student para muestras independientes. De forma similar, tampoco se encontraron diferencias al evaluar los niveles de ansiedad-estado entre los grupos de estudio (Tabla 2).

El 70% de los pacientes consumía clonazepam y sertralina, mientras que el resto consumía alguna variante como alprazolam o fluoxetina; asimismo, los tiempos de medicación oscilaban entre 1 semana y media y 3 semanas.

Después de la intervención con el Taller de Meditación Método Xirione se identificaron los niveles de ansiedad-estado en el grupo control y experimental; se encontró en el grupo control un 50% con ansiedad-estado alta, mientras que en el grupo experimental se observó que el 60% de integrantes presentó ansiedad-estado baja (Tabla 3).

Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad-estado de los grupos de estudio después de concluida la intervención ( $p < 0,05$ ). Además, se encontró un tamaño de efecto calificado como alto de acuerdo con los resultados de la D de Cohen=0,92. El porcentaje de práctica referida de meditación entre sesiones se mantuvo entre 70-95%, pasando de un 65% de participantes del grupo experimental que refirieron tener alguna duda entre la primera y segunda sesión, a una frecuencia de 75% de participantes que no tuvieron duda alguna entre la séptima y la octava sesión; siendo la observación, la duda referida en seis de siete monitoreos de control (Tabla 4).

Al terminar la intervención, el 95% de los participantes del taller refirió que les pareció una técnica de meditación fácil de aprender, mientras que al 90% les pareció una técnica de meditación fácil de poner en práctica; por último, el 100% de los participantes reporta estuvo satisfecho con los resultados de la aplicación de la técnica con relación al manejo de su ansiedad.

**Tabla 3.** Diferencias entre los puntajes de ansiedad-estado después de la intervención con meditación método Xirione

Características	Grupo control	Grupo experimental	Valor p
Inventario de autoevaluación IDARE [N±SD]	46,2 ± 10,5	35,6 ± 8.6	<0,001(*)
Ansiedad estado baja [n (%)]	9 (45)	12 (60)	
Ansiedad estado media [n (%)]	1 (5)	5 (25)	0,032
Ansiedad estado alta [n (%)]	10 (50)	3 (15)	

**Tabla 4.** Evaluaciones entre sesiones de meditación el grupo que recibió meditación método Xirione

Preguntas	Evaluaciones entre sesiones [n (%)]						
	1-2	2-3	3-4	4-5	5-6	6-7	7-8
¿Practicó la meditación entre sesiones?	18 (90)	17 (85)	18 (85)	14 (70)	19 (95)	18 (85)	18 (85)
¿Cuántas veces?							
Ninguna	2 (10)	3 (15)	2 (10)	6 (30)	1 (5)	1(5)	1 (5)
1 a 2	8 (40)	6 (30)	3 (15)	9 (45)	6 (30)	10 (50)	3 (15)
3 a 4	8 (40)	11 (55)	11 (55)	5 (25)	5 (25)	7 (35)	7 (35)
5 a más	2 (10)	0 (0)	4 (20)	0 (0)	8 (40)	2 (10)	9 (45)
¿Qué dudas tuvo entre sesiones?							
Ninguna	7 (35)	5 (25)	14 (70)	17 (85)	14 (70)	11 (55)	15 (75)
Postura	3 (15)	2 (10)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Interiorización	3 (15)	2 (10)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (5)	0 (0)
Observación	2 (10)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	3 (15)	1 (5)	2 (10)
Respiración	0 (0)	4 (20)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	2 (10)	0 (0)
Depuración	0 (0)	0 (0)	2 (10)	0 (0)	1 (5)	1 (5)	0 (0)
Concentración	4 (20)	5 (25)	1 (5)	0 (0)	0 (0)	2 (10)	1 (5)
Otro	1 (5)	1 (5)	1 (5)	2 (10)	1 (5)	2 (10)	1 (5)

## Discusión

Los análisis estadísticos efectuados con los datos obtenidos en las pruebas psicométricas que medían el nivel de ansiedad-estado, revelan una mejora significativa en los pacientes que recibieron el Taller de Meditación Método Xirione, en comparación de los pacientes que recibieron solo tratamiento farmacológico, lo que respalda lo encontrado por estudios previos, donde se sugiere que la meditación puede tener un efecto positivo en los puntajes de escalas psicométricas de ansiedad [19,25].

Las diferencias encontradas superan la experiencia previa de Martínez-González *et al.* [26], donde intervenciones basadas en la respiración disminuyeron los niveles de ansiedad-estado altas solo en 5%, a diferencia del presente estudio, donde la disminución en este nivel fue de 65 a 25%. Asimismo, los puntajes del inventario IDARE obtenidos después de la intervención de meditación Xirione, son similares a los encontrados por Hernández Peña *et al.* [27] en personas que practican Hatha Yoga (32,4 ± 5,5).

Los resultados positivos estarían asociados a la complementariedad del método de meditación, el cual implica el aprendizaje de los pasos del método bajo la inducción del instructor dentro del taller, y la autoadministración frecuente por parte de los pacientes, quienes se empoderaron del método aprendido y lo aplicaron o practicaron en sus propios hogares, entre las sesiones brindadas en los ambientes del servicio de salud mental [28,29].

Estos resultados son similares a los encontrados con otras terapias complementarias, como la acupuntura, que puede reducir los puntajes IDARE hasta lograr que el 72% de los pacientes logren un nivel ansiedad-estado bajo [30]. Asimismo, otras terapias mente-cuerpo, como la musicoterapia, han demostrado reducir la proporción de ansiedad-estado alta de 42,9 a 28,6% [31].

Por otro lado, los resultados obtenidos en la medición sintomática son congruentes con la evaluación cualitativa del taller por parte de los pacientes, factor por atender, ya que resulta innegable que la satisfacción de los usuarios es una consideración importante al momento de elegir opciones de tratamiento [32]. Se puede deducir que este tipo de taller y método de meditación es un tratamiento viable y adecuado en este tipo de pacientes, pues el 87% de los participantes admitidos en la investigación participaron y completaron el tratamiento de cuatro semanas, así también, la práctica de la meditación entre sesiones fue realizada siempre por, mínimo, 70% de los participantes, punto de adherencia colocado por estudios previos [33]. Además, los pacientes se mantuvieron activos durante las sesiones a pesar de las probables reacciones adversas derivadas de su medicación, lo que hace a la práctica meditativa plausible de ser planteada como coadyuvante del tratamiento farmacológico [19].

Martínez *et al.* [34] han postulado que la satisfacción de los pacientes en relación al manejo de su ansiedad puede estar asociada a otros cambios positivos como, por ejemplo: la

reducción en número e intensidad de ataques de pánico, mayor facilidad para resolver problemas cotidianos, o mejora en las relaciones sociales y familiares, etc. Se sugiere que futuros estudios traten de evaluar a largo plazo estos *outcomes* en población que recibe meditación en forma concomitante al tratamiento estándar, de tal manera que se permita identificar el grado de influencia de otros factores como la discapacidad social. Además, se sugiere realizar seguimiento a los pacientes participantes para medir los efectos de la intervención a largo plazo, y con este propósito se aconseja incrementar el número de sesiones del taller implementado, ya que metaanálisis realizados sugieren que para todas las formas de meditación, a mayor tiempo dedicado a meditar mayores son los efectos <sup>[35]</sup>.

Con relación a las limitaciones, respecto a la metodología, si bien se trató de homogenizar los grupos en cuestión, según sexo y severidad del trastorno, no se pudo lograr en algunos otros aspectos como el tipo o tiempo de medicación, los cuales podrían actuar como variables

intervenientes. Además, aunque los resultados presentes sean positivos, se deben revisar con cautela, puesto que, en el diseño experimental implementado, el grupo control no fue activo, recibiendo únicamente su tratamiento de medicación regular. Este no recibió un programa simulado ni tampoco se contó con un diseño comparativo con otros tipos de meditación, con lo cual se pudiera controlar con precisión los efectos placebo u otros sesgos, por lo que la mejora observada también podría ser atribuida a que los participantes experimentan cambios naturales de desarrollo independientes de la meditación (sesgo de maduración) o pueden ser producto de cambios o eventos externos (efecto de historia).

Por lo tanto, se concluye que la intervención con meditación método Xirione en pacientes diagnosticados con trastorno mixto ansioso–depresivo, redujo significativamente el nivel de ansiedad–estado en comparación a los pacientes que solo recibieron terapia farmacológica.

## Referencias bibliográficas

- Kohn R, Levav I, Almeida JMC de, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, *et al.* Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica, Rev panam salud pública* 2005;18:229–40.
- Saavedra Castillo J, Paz Schaeffer V, Robles Arana Y, Pomalima Rodríguez R, González Farfán S, Zevallos Bustamante S, *et al.* Estudio epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. *Anales de Salud Mental* 2013;29(Suppl 1):261–4.
- Möller H-J, Bandelow B, Volz H-P, Barnikol UB, Seifritz E, Kasper S. The relevance of 'mixed anxiety and depression' as a diagnostic category in clinical practice. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016;266(8):725–36.
- Weisberg RB, Maki KM, Culpepper L, Keller MB. Is Anyone Really M.A.D.?: The Occurrence and Course of Mixed Anxiety-Depressive Disorder in a Sample of Primary Care Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2005;193(4):223–30.
- Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Dewey ME, *et al.* Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 2008;192(3):171–7.
- Balestrieri M, Isola M, Quartaroli M, Roncolato M, Bellantuono C. Assessing mixed anxiety-depressive disorder. A national primary care survey. *Psychiatry Res* 2010;176(2–3):197–201.
- Fleck MP, Berlim MT, Lafer B, Sougey EB, Porto JAD, Brasil MA, *et al.* Review of the guidelines of the Brazilian Medical Association for the treatment of depression (Full version). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2009;31:S7–17.
- Walters K, Buszewicz M, Weich S, King M. Mixed anxiety and depressive disorder outcomes: prospective cohort study in primary care. *Br J Psychiatry* 2011;198(6):472–8.
- National Institute for Health and Care Excellence. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management [Internet]. 2011 [citado 2018 sep 3]; Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG113>
- Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur* 2012;10(5):466–79.
- Popa-Velea O, Gheorghe I, Trușescu C, Purcărea V. Current challenges and pitfalls in the pharmacological treatment of depression. *J Med Life* 2015;8(2):181–6.
- World Health Organization. Pharmacological Treatment of Mental Disorders in Primary Health Care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2009 [citado 2018 sep 4]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143202/>
- Simkin DR, Black NB. Meditation and mindfulness in clinical practice. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2014;23(3):487–534.
- Sarris J, Moylan S, Camfield DA, Pase MP, Mischoulon D, Berk M, *et al.* Complementary medicine, exercise, meditation, diet, and lifestyle modification for anxiety disorders: a review of current evidence. *Evid Based Complement Alternat Med* 2012;2012:809653.

15. Ospina MB, Bond K, Karkhaneh M, Tjosvold L, Vandermeer B, Liang Y, *et al.* Meditation practices for health: state of the research. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;(155):1–263.
16. Pascoe MC, Thompson DR, Ski CF. Yoga, mindfulness-based stress reduction and stress-related physiological measures: A meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2017;86:152–68.
17. Edenfield TM, Saeed SA. An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. *Psychol Res Behav Manag* 2012;5:131–41.
18. Zeidan F, Martucci KT, Kraft RA, McHaffie JG, Coghill RC. Neural correlates of mindfulness meditation-related anxiety relief. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014;9(6):751–9.
19. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, Forde D, Magidson J, Dachman L, *et al.* Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety* 2012;29(7):545–62.
20. De Xirione F. *Aprendiendo a Meditar*. Lima: Artidea; 2010.
21. Ito M, Okumura Y, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Miyamae M, *et al.* Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):71.
22. Ito M, Horikoshi M, Kato N, Oe Y, Fujisato H, Nakajima S, *et al.* Transdiagnostic and transcultural: pilot study of unified protocol for depressive and anxiety disorders in Japan. *Behavior therapy* 2016;47(3):416–430.
23. Spielberger CD, Díaz-Guerrero R. IDARE. Inventario de ansiedad: Rasgo - Estado. Manual e Instructivo. México: El Manual Moderno; 1975.
24. Guzmán IN de, Calderón A, Escalante M, Lira T, Morote R, Santolaria MLR. Personalidad, ansiedad estado-rasgo e ingreso a la universidad en alumnos preuniversitarios. *Revista de Psicología* 2000;18(2):341–72.
25. Srivastava M, Talukdar U, Lahan V. Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complement Ther Clin Pract* 2011;17(4):241–5.
26. Marínez-González L, Olvera-Villanueva G, Villareal-Ríos E. Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. 2018;26(2):99–104.
27. Hernández Peña EM, Bálcazar Nava P, Navarrete Sánchez E. Niveles de ansiedad en grupos con y sin práctica de Hatha Yoga. [Internet]. 2006; Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Balcazar\\_Patricia/publication/267849385\\_NIVELES\\_DE\\_ANSIEDAD\\_EN\\_GRUPOS\\_CON\\_Y\\_SIN\\_PRACTICA\\_DE\\_HATHA\\_YOGA/links/54e1c6740cf24d184b11533e/NIVELES-DE-ANSIEDAD-EN-GRUPOS-CON-Y-SIN-PRACTICA-DE-HATHA-YOGA.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Balcazar_Patricia/publication/267849385_NIVELES_DE_ANSIEDAD_EN_GRUPOS_CON_Y_SIN_PRACTICA_DE_HATHA_YOGA/links/54e1c6740cf24d184b11533e/NIVELES-DE-ANSIEDAD-EN-GRUPOS-CON-Y-SIN-PRACTICA-DE-HATHA-YOGA.pdf)
28. Yeung A, Feldman G, Fava M. *Self-Management of Depression: A Manual for Mental Health and Primary Care Professionals*. New York: Cambridge University Press; 2009.
29. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, *et al.* Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014;174(3):357–68.
30. Rivadeneira D, Onelia M, Martín Reyes O, González Hidalgo T. Eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la ansiedad según diagnóstico tradicional. *Revista Archivo Médico de Camagüey* 2002;6(1):77–87.
31. Fernández de Juan T. “Hacia un nuevo camino”: programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. Enseñanza e Investigación en Psicología [Internet] 2006 [citado 2018 sep 10];11(1). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=29211105>
32. Baer RA. *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician’s Guide to Evidence Base and Applications*. Academic Press; 2015.
33. Krisanaprakornkit T, Sriraj W, Piyavhatkul N, Laopaiboon M. Meditation therapy for anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet] 2006 [citado 2018 sep 11];(1). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004998.pub2/abstract>
34. Martínez López MJ, Romero Gomero R, Vucínovich N, Poves Oñate S. Entrenamiento en meditación en la Unidad de Salud Mental Comunitaria Oriente (Sevilla): fundamentos, programa y resultados clínicos y de satisfacción de las pacientes. *Apuntes de Psicología* 2011;29(1):45–57.
35. Miró MT, Perestelo-Pérez L, Ramos JP, Rivero A, González M, Fuente JA de la, *et al.* Eficacia de los tratamientos psicológicos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión : una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 2011;16(1):1–16.