



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**HALLAZGOS CLÍNICOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA  
DE PRACTICANTES DE MEDITACIÓN ZEN DE LA CIUDAD DE CARACAS**

**TUTOR:**

**MARÍA MATILDE SALCEDO**

**AUTOR:**

**DANIEL CASTILLO**

**CARACAS, NOVIEMBRE DE 2018**



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Hallazgos clínicos de ansiedad y depresión en una muestra de practicantes de  
meditación zen de la ciudad de Caracas**

(Trabajo Especial de Grado para optar al título de Especialista en Psicología Clínica).

**TUTOR:**

**MARÍA MATILDE SALCEDO**

**AUTOR:**

**DANIEL CASTILLO**

**CARACAS, NOVIEMBRE DE 2018.**

*Como sea que naden, los peces nunca llegan al fin del mar;  
como sea que vuelen, los pájaros nunca llegan al fin del cielo...*

Dogen (1200 – 1253).

## **AGRADECIMIENTOS**

A todos quienes contribuyeron tanto desde el punto de vista académico como personal para que este trabajo de investigación pudiera convertirse en realidad.

A todos, mil gracias por su ayuda indispensable.

*Daniel Castillo.*

**Hallazgos clínicos de ansiedad y depresión en una muestra de practicantes de meditación zen de la ciudad de Caracas.**

Daniel A. Castillo S.

Universidad Central de Venezuela

Situaciones adversas, crisis económicas y sociopolíticas, sumadas a dificultades emocionales individuales, pueden generar respuestas sintomáticas y afectar la salud mental. La presencia de ansiedad, así como un estado de ánimo deprimido forman parte de las reacciones habituales en estas circunstancias. Ante estos problemas, algunas personas optan por intentar soluciones alternativas a la psicoterapia y los psicofármacos, entre ellas la meditación zen o “Zazen”, derivada del Budismo Soto Zen, donde a través de dicha práctica se busca aliviar el sufrimiento, tratando de llegar al estado de conciencia “hishiryo”, tratando dejar pasar los pensamientos y atendiendo a sí mismos y la respiración. Diversos antecedentes han reportado efectos positivos de carácter fisiológico y psicológico sobre síntomas de ansiedad y depresión a consecuencia de su práctica. Esta investigación no experimental de carácter descriptivo, buscó pesquisar hallazgos clínicos de estas variables en un grupo de meditadores zen de la ciudad de Caracas y determinar si los datos encontrados difieren de la población circundante. Se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Depresión CESD-R, así como un cuestionario de auto reporte, instrumentos que se administraron a una muestra de treinta (30) meditadores y a un grupo contraste de no meditadores. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para la variable ansiedad estado, más no para ansiedad rasgo ni depresión. También pudo conocerse que este tipo de meditación es vivido como un recurso que permite la disminución del malestar psicológico, considerándose un posible complemento a los tratamientos psicoterapéuticos.

**Palabras clave:** ansiedad, Budismo Soto Zen, depresión, meditación, psicofármacos, psicoterapia.

**Clinical findings of anxiety and depression in a sample of Zen meditation practitioners of Caracas.**

Daniel A. Castillo S.

Universidad Central de Venezuela

Adverse situations, economic and sociopolitical crises, added to individual emotional difficulties, can generate symptomatic responses and affect mental health. Anxiety, as well as a depressed mood, are part of the usual reactions in these circumstances. To face this situation, some people choose to try alternative solutions to psychotherapy and psychotropic drugs, including zen meditation or "Zazen", derived from Soto Zen Buddhism, where through this practice it is sought to alleviate the suffering, trying to reach the state of consciousness known as "hishiryo", trying to let pass the thoughts and paying attention to themselves and their breathing. Previous studies have reported positive physiological and psychological effects on symptoms of anxiety and depression as a result of their practice. This non-experimental, descriptive study sought to investigate clinical findings of these variables in a group of zen meditators of Caracas, and determine if the data found differs from the surrounding population. We used the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) and the CESD-R Depression Scale, as well as a self-report questionnaire, instruments that were administered to a sample of thirty (30) meditators and a contrast group of non-meditators. The results show statistically significant differences between both groups for the state anxiety variable, but not for trait anxiety or depression. It was also known that this type of meditation is experienced as a resource that allows the decrease of psychological discomfort, considering a possible complement to psychotherapeutic treatments.

**Key words:** anxiety, depression, meditation, psychotherapy, psychotropic drugs, Soto Zen Buddhism.

**ÍNDICE DE CONTENIDOS**

Resumen	ii
I. Introducción	1
II. Marco Teórico	-
2.1 Ansiedad	3
2.2 Depresión	8
2.3 Tratamientos habituales en el manejo de ansiedad y depresión	14
2.4 Budismo Zen y meditación	18
2.5 Antecedentes de la investigación	28
III. Planteamiento del Problema	33
IV. Objetivos de la investigación	35
V. Marco Metodológico	-
5.1 Análisis de variables	36
5.2 Tipo de Investigación	41
5.3 Diseño de Investigación	41
5.4 Participantes	42
5.5 Materiales	42
5.5 Procedimiento	45
5.7 Análisis de resultados	46
VI. Resultados de la investigación	47
VII. Discusión de resultados	69
VIII. Conclusiones	81
IX. Limitaciones y recomendaciones	84
X. Referencias	86

**ÍNDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Rangos de edades y frecuencias	48
Tabla 2. Profesiones de practicantes de Zazen	48
Tabla 3. Religiones de practicantes de Zazen	48
Tabla 4. Percepción del Zen	49
Tabla 5. Tiempo de práctica	49
Tabla 6. Frecuencia de práctica	50
Tabla 7. Forma de práctica	50
Tabla 8. Aproximación al Zazen	50
Tabla 9. Reporta cambios en su vida	51
Tabla 10. Tiempo en percibir los cambios	51
Tabla 11. Calidad de los cambios percibidos	51
Tabla 12. Comentar sobre cambios del Zazen y recomendarlo	52
Tabla 13. Zazen y situación-país	52
Tabla 14. Eventos que suscitan ansiedad o depresión	53
Tabla 15. Síntomas de ansiedad	54
Tabla 16. Manejo de la ansiedad – psicoterapia	54
Tabla 17. Manejo de la ansiedad – medicación	55
Tabla 18. Síntomas de depresión	56
Tabla 19. Manejo sx. depresión – psicoterapia	56
Tabla 20. Manejo de sx. depresión – medicación	57
Tabla 21. Diagnósticos previos	57
Tabla 22. Asistencia a psicoterapia	58
Tabla 23. Coaching	58
Tabla 24. Religiones no meditadores	59
Tabla 25. Crisis y estado de ánimo	59
Tabla 26. Eventos específicos que inciden en estado de ánimo los últimos 4 meses	60
Tabla 27. Actividades para afrontar eventos negativos	60
Tabla 28. Conocimiento y práctica de la meditación zen	61
Tabla 29. Síntomas de ansiedad en no meditadores	61
Tabla 30. Manejo de la ansiedad – psicoterapia en no meditadores (en base a 27 sujetos)	62

Tabla 31. Manejo de la ansiedad – medicación en no meditadores (en base a 27 suj.)	62
Tabla 32. Síntomas de depresión en no meditadores	62
Tabla 33. Manejo sx. depresión – psicoterapia en no meditadores (en base a 16 suj.)	63
Tabla 34. Manejo sx. depresión – medicación en no meditadores (en base a 16 suj.)	63
Tabla 35. Diagnósticos previos no meditadores	63
Tabla 36. Asistencia a psicoterapia no meditadores	64
Tabla 37. Coaching no meditadores	64
Tabla 38. Resumen de prueba de hipótesis	66
Tabla 39. Tiempo de práctica 17 meditadores	66
Tabla 40. Frecuencia de práctica 17 meditadores	67
Tabla 41. Resumen de prueba de hipótesis 17 meditadores	68

**ÍNDICE DE ANEXOS**

Consentimiento informado	92
Cuestionarios de auto reporte	93
Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE	94
Escala de Depresión CESD-R	95

## I. INTRODUCCIÓN

Los síntomas de ansiedad y depresión inciden directamente en la salud mental de las personas y en su calidad de vida. Ambas entidades clínicas han sido ampliamente estudiadas, y comparten diversos puntos en común, ya que no solamente su regulación bioquímica está dada por los mismos neurotransmisores, sino que además en múltiples ocasiones pueden tener como origen el mismo evento, o presentarse con sintomatología combinada. Además de dificultades emocionales individuales, situaciones adversas que afectan al colectivo, tales como catástrofes naturales, crisis económicas y sociopolíticas, se convierten en parte de los factores que pueden incidir en el aumento de ambas variables, dándose una irrupción de la realidad externa a lo intrapsíquico y afectivo.

A partir del Budismo Zen japonés, la escuela Soto Zen ha desarrollado la práctica de la meditación como parte fundamental de su filosofía y enseñanza. Considerando que según su doctrina, la existencia del sufrimiento se vincula a algunos pensamientos que pueden ser superados mediante la <meditación justa> (Asociación Budista Zen de Europa, 2014), a través de ésta se procura el no aferrarse a estos pensamientos como una vía para aliviar el sufrimiento. De esta manera, se busca alcanzar el estado mental <hishiryo>, el cual implica un estado de la mente atenta y libre, y constituye la esencia de la filosofía zen, haciendo referencia a que “ésta no se encuentra fijada u ocupada por ningún pensamiento o emoción (...) pero no se trata de una mente totalmente vacía sino por el contrario una mente muy presente” (Zen Buddhism, 2014). Si bien es imposible eliminar por completo los pensamientos y por ende el sufrimiento de manera permanente, existe evidencia científica reportada que correlaciona este tipo de prácticas con alivio de los síntomas de ansiedad y depresión y con la percepción de encontrarse menos afectado, obteniendo un estado mayor de tranquilidad y bienestar, al menos de forma transitoria.

En nuestro contexto actual, la situación económica y sociopolítica ha incidido en la salud mental de los habitantes, produciendo un incremento en el reporte de cuadros tanto ansiosos como depresivos (“Aumentan trastornos por ansiedad y depresión en Caracas”, 2013; “Escasez incrementa depresión y ansiedad”, 2015; Soto, 2016). Adicionalmente,

hay muchos otros factores de tipo individual que pueden producir un incremento de estas variables, tales como, un ritmo de vida acelerado, dificultades laborales, emocionales, relaciones, entre otras. En base a esto, y teniendo en cuenta la existencia de grupos que se reúnen con la finalidad de practicar meditación zen o Zazen con frecuencia, resultaba de interés saber si estas personas logran mantener indicadores distintos en cuanto a la presencia o no de ansiedad y depresión si se les compara con la población circundante y si las mismas vinculan de forma positiva dicha situación con la práctica meditativa.

Considerando lo antes señalado, la presente investigación buscó conocer cómo serían los hallazgos clínicos de estas variables en un grupo de meditadores zen de la ciudad de Caracas, tomando en cuenta dos centros de este tipo de meditación que han sido constituidos especialmente para tal fin, y a través la comparación con un grupo contraste de no meditadores de características demográficas similares, determinar si los datos encontrados en la muestra seleccionada diferían de la población circundante no meditadora. Para ello se utilizó el Inventory de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) y la Escala de Depresión CESD-R en conjunto con un cuestionario de auto reporte que buscó indagar cómo es vivida la meditación zen por los practicantes, y si consideraban que mediante su práctica habían sentido algún alivio de los síntomas de ansiedad y depresión en caso que estuvieran presentes anteriormente.

Los resultados permitieron determinar la presencia y comportamiento de ambas variables en la muestra de meditadores seleccionada, saber si existían diferencias respecto a un grupo de no meditadores, a partir de lo cual se pudieron generar inferencias de importancia, así como también fue posible conocer si este tipo de meditación es vivido por quienes la practican como un recurso que permite la disminución del malestar psicológico expresado en estas variables, en comparación a los tratamientos habituales como psicoterapia o medicación. A partir de allí se lograron establecer algunas conclusiones sobre la pertinencia o no, del uso de la meditación como una posible alternativa complementaria para el abordaje de estas entidades clínicas.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Ansiedad

Cuando se habla de ansiedad, se hace referencia a un estado psicológico de tensión y malestar, que es experimentado ante circunstancias de diversa índole, de forma consciente o inconsciente, pudiéndose tratar de una reacción ante una amenaza que va contra la integridad del Yo y que se expresa mediante la presencia de síntomas tanto de carácter psicológico como somático. Warren (1998), menciona que por lo general, la presencia de ansiedad hace referencia a un momento futuro y que además puede incluir miedo, incertidumbre e incluso desesperanza. Debe realizarse una breve aclaratoria sobre el término: en alemán **<angst>**, al igual que en el inglés **<anxiety>**, existe una sola palabra para denominar a la ansiedad. Sin embargo, en el francés, existen dos términos diferentes, **<angoisse>** y **<anxiété>** y en la escuela francesa existió la tendencia a considerar significaciones diferentes para ambos términos, dándole a la ansiedad un correlato más psicológico y a la angustia un significado más somático (Horigian, 2006). En el castellano ambos términos pueden emplearse como sinónimos o términos correlativos con un contenido estrechamente relacionado, pero por influencia francesa, y el uso del vocablo **<angst>** (en alemán) en los textos de Sigmund Freud, la comunidad psicoanalítica prefirió el uso del término angustia. En esta investigación se tomará en cuenta el término **ansiedad**, pero sin dejar de lado que puede tener manifestaciones tanto psíquicas como somáticas y un origen tanto consciente como inconsciente.

**2.1.1 Clínica psiquiátrica de la ansiedad.** Desde una perspectiva enmarcada en la clínica psiquiátrica, diversos autores han propuesto definiciones que basadas en los síntomas más comunes resumen las características de la ansiedad. De esta manera, Sadock y Sadock (2007), conceptualizan la misma como un estado compuesto de una sensación intensa de temor, y de molestias somáticas, que además de perturbación psicológica, denota la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o periférico; parte de las sensaciones a las que hacen referencia incluyen sudoración en las manos y pies, taquicardia, palidez, entre otras, que pueden estar acompañadas por otro tipo de sintomatología somática que puede incluir tensión muscular, inquietud psicomotora e

hiperventilación, aún cuando se está en reposo. Estos autores mencionan que a diferencia del miedo, que es una respuesta acorde a una amenaza conocida, la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva que influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción.

Sin embargo, en todas las personas existe un monto de ansiedad que permite un funcionamiento adaptativo y protege frente al peligro. Cohen (2006), menciona que existe un monto de ansiedad normal que está presente en todos los seres humanos y que a pesar de resultar una sensación desagradable, un poco de ésta puede ser positivo, ya que cumple ciertas funciones como alertar frente a un peligro inminente, a la vez que ayuda a movilizar recursos para tomar una acción frente al mismo: huir o luchar. Por ello, no toda presencia de ansiedad en una persona es necesariamente mala; todo dependerá de los síntomas que se presenten, su intensidad, duración, si resulta adaptativa o si más bien interfiere en el funcionamiento de la persona. Siempre será deseable conocer su origen, el cual, aunque muchas veces puede resultar desconocido facilita distinguir qué tan patológica o no puede ser esta ansiedad. No será lo mismo una persona que presente un monto de aprehensión y preocupación moderado frente a una evaluación académica, por ejemplo, que otra que presente un ataque de pánico de manera repentina mientras maneja o camina por la calle.

El DSM-5 (APA, 2014) distingue varias formas clínicas de trastornos de ansiedad, dependiendo de la intensidad, cronicidad y presentación de los síntomas, los cuales pueden estar o no, en relación con elementos específicos del entorno. Destacan: fobias, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada, además de los referidos a los producidos por la intervención de sustancias ó medicamentos y enfermedades médicas.

La *fobia específica* hace referencia a un miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación particular, que casi siempre provoca una respuesta inmediata y se evita o resiste activamente. Este miedo o ansiedad tiende a ser desproporcionada en relación al peligro

real que plantean la situación y el contexto, y además, tanto la reacción como la evitación de la situación tiende a ser persistente por al menos seis meses.

El **trastorno de ansiedad social**, implica miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones en las que la persona está expuesta al posible examen de los otros, tales como interacciones sociales, ser observado y actuar delante de los demás. Esto produce temor de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente, llevando a que las situaciones sociales casi siempre produzcan miedo o ansiedad, lo que hace que se eviten, a pesar que los síntomas resultan desproporcionados para la realidad, permaneciendo éstos al menos seis meses continuos.

El **trastorno de pánico** suele ser una de las manifestaciones más intensas y difusas de la ansiedad. Se caracteriza por la aparición de episodios de pánico imprevistos y recurrentes, los cuales implican la aparición súbita de miedo intenso o de malestar agudo que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen al menos cuatro de los síntomas siguientes: palpitaciones o aumento de la frecuencia cardíaca; sudoración; temblores o sacudidas; sensación de dificultad para respirar o asfixia; sensación de ahogo; dolores o molestias en el tórax; náuseas o malestar abdominal; sensación de mareo; inestabilidad; aturdimiento o desmayo; escalofríos o sensación de calor; parestesias (entumecimiento u hormigueo); desrealización o despersonalización; miedo a perder el control, volverse loco o morir. Luego de uno de los ataques, ha habido por un mes o más, inquietud o preocupación continua por la posible aparición de otros ataques de pánico o sus consecuencias y un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento, en función de dichos ataques. Cabe destacar que como tal, el ataque de pánico como episodio no es un trastorno mental por sí mismo, y que los mismos se pueden producir en el contexto de cualquier trastorno de ansiedad, así como en otros trastornos mentales.

La **agorafobia**, implica miedo o ansiedad en dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, o por el contrario estar en espacios cerrados, hacer cola o encontrarse en medio de una multitud y estar fuera de casa solo.

Quien lo padece teme o evita las situaciones ya que piensa que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas de pánico u otros síntomas incapacitantes. En general estas situaciones casi siempre provocan miedo o ansiedad y por ende se evitan activamente, requiriendo en ocasiones la presencia de un acompañante y adicionalmente las reacciones resultan desproporcionadas, siendo también un cuadro clínico que se mantiene al menos seis meses, resultando su diagnóstico independiente al del trastorno de pánico.

Por último, el ***trastorno de ansiedad generalizada***, implica ansiedad y preocupación excesiva, en relación con diversos sucesos o actividades y se produce durante la mayoría de los días, al menos a lo largo de seis meses. Al sujeto que lo padece le es difícil controlar la preocupación y la ansiedad está asociada a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta, fácilmente fatigado, dificultad para permanecer con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño.

Los antes descritos, son algunos de los trastornos de ansiedad que en función de la clínica psiquiátrica intenta sistematizar el DSM-5 (APA, 2014). Cabe destacar que todas estas categorías diagnósticas hacen referencia a padecimientos que implican un deterioro clínico o malestar significativo para el individuo, así como deterioro social, laboral, entre otras áreas, además de no poder explicarse mejor por otro trastorno mental, enfermedad médica o por el abuso de sustancias.

**2.1.2 Neurofisiología de la ansiedad.** Desde el punto de vista neuroanatómico, en la ansiedad intervienen toda una serie de estructuras cerebrales, entre las cuales se encuentran el hipocampo, la amígdala cerebral, el núcleo accumbens, el septo lateral, la corteza frontal y prefrontal, los núcleos mamilares, la sustancia gris periacueductal, los núcleos del Rafe medio y dorsal y el locus Coeruleus (Tamayo, 2010). Así mismo, a nivel corporal toda la sintomatología somática que se presenta con la ansiedad suele ir acompañada de la elevación de los niveles plasmáticos de adrenalina, noradrenalina, hormona del crecimiento, cortisol (hormona del estrés) y prolactina, y tiene cierto efecto

de retroalimentación ya que ante la presencia de éstos síntomas muchas veces aumentan los niveles de aprehensión y preocupación. Sin embargo, aunque parte de la sensación de ansiedad venga dada por la presencia de los síntomas somáticos, a nivel sináptico, el funcionamiento neurológico de la ansiedad está mediado principalmente por el ácido gammaaminobutírico (GABA), la noradrenalina y la serotonina (Cohen, 2006) y la disregulación de estos neurotransmisores provocará mayores estados de alerta y tendencia a que se susciten crisis de ansiedad con mayor facilidad.

## 2.2 Depresión

Al referirse a estados de tristeza y depresión, debe considerarse que se trata de alteraciones del estado de ánimo, de una afectividad que aparece interferida y aumentada desde lo negativo, representando un monto importante de sufrimiento psíquico para quien lo experimenta. La depresión puede conceptualizarse como un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico dependiendo de su intensidad (Warren, 1998); esto tomando en cuenta que diariamente las personas se ven confrontadas por situaciones difíciles y frustraciones constantes que aunque sean de bajo impacto, naturalmente implican una respuesta, lo que no necesariamente quiere decir que haya presencia de patología, pues sentir tristeza puede resultar una situación esperable y adaptativa ante la adversidad. Además de un estado de ánimo triste, en la depresión puede existir desánimo, pérdida de la vitalidad, “dolor moral” expresado mediante ideas de culpabilidad, y el origen de estos cuadros además de condiciones orgánicas puede hacer referencia a la pérdida de objetos que tienen un valor real o simbólico para el sujeto (Taborda, Burgos, Tellez y Vásquez; 1991).

**2.2.1 Clínica psiquiátrica de la depresión.** Desde esta visión, se le caracteriza como un trastorno del estado de ánimo, siendo frecuente y potencialmente mortal (por su alta correlación con los intentos suicidas), pero también sumamente tratable (Sadock y Sadock, 2007). Estos mismos autores, señalan que las personas con estado de ánimo deprimido experimentan pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida del apetito, y pensamientos de muerte o suicidio (Sadock y Sadock, 2009). Sin embargo, debe tenerse presente que los trastornos de carácter depresivo son diversos y no todos presentan, ni las mismas características, ni los mismos síntomas, siendo muy importante distinguir la intensidad del cambio del estado de ánimo, su agudeza o cronicidad y la relación del mismo con los sucesos externos de la vida (Cohen, 2006). Una manera clara de ejemplificar esto hacer referencia a entidades nosológicas particulares como una manera de ver la configuración de cada trastorno y facilitar su estudio. Desde el DSM-5 (APA, 2014) se distinguen una serie de cuadros psicopatológicos en el ámbito de la depresión.

El **trastorno de depresión mayor** implica un cambio del funcionamiento previo que se mantiene por dos semanas con al menos cinco síntomas, incluyendo estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días o pérdida del interés y de placer. Además se incluye una pérdida importante de peso, aumento brusco del mismo, o en su defecto inapetencia, así como insomnio o hipersomnia y agitación o retraso psicomotor. También pueden estar presentes: sensación de fatiga o pérdida de la energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva e inapropiada, disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones, así como pensamientos de muerte recurrentes e ideas suicidas claras o inespecíficas. Estos síntomas causan malestar clínicamente significativo y deterioro en las áreas importantes de funcionamiento, sin que sean atribuibles a los efectos de alguna sustancia o enfermedad médica ni tampoco por otro trastorno mental. Debe acotarse que la presencia de un episodio maníaco o hipomaníaco no originado por sustancias o enfermedad médica, resulta excluyente con el diagnóstico. Es importante especificar la gravedad (leve, moderada o grave) y si el episodio en curso es único o recurrente, además, indicarse, si hay características de psicosis y el grado de remisión. Existen algunos especificadores adicionales que podrán reseñarse de ser necesarios: ansiedad, melancolía, características mixtas, características atípicas, si las características psicóticas son congruentes o no con el estado de ánimo, si hay catatonia, y si existe inicio en el periparto o un patrón estacional.

La **depresión breve recurrente** indica la presencia de un estado de ánimo deprimido y al menos cuatro de los otros síntomas del trastorno de depresión mayor, en períodos breves que van de dos a trece días y que se repiten al menos una vez al mes, sin que estén asociados al ciclo menstrual, al menos, durante un año consecutivo. En este tiempo el individuo no ha calificado para ser diagnosticado por otro trastorno depresivo, bipolar y actualmente no hay presencia de criterios de psicosis. El **episodio depresivo de corta duración** hace referencia a un estado de ánimo deprimido y al menos cuatro síntomas de un episodio de depresión mayor, pero que tiene una duración mayor o igual a cuatro días y menor a catorce, sin que hayan antecedentes de otro trastorno depresivo o bipolar y no

se trate de un estado psicótico activo o residual, ni tampoco de una depresión breve recurrente.

La distimia, también llamado ***trastorno depresivo recurrente*** implica en adultos un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, durante una mayor cantidad de días de los que está ausente durante un mínimo de dos años, que implica al menos dos de los siguientes síntomas: poco apetito o hiperfagia, alteraciones de sueño: insomnio o hipersomnia, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Es un cuadro similar al del trastorno de depresión mayor pero continuo y de menor intensidad aunque genera alteraciones clínicamente significativas en el desempeño cotidiano de áreas importantes; a lo largo de un período de tiempo de dos años la persona no ha estado sin síntomas durante más de dos meses seguidos. Nunca ha habido criterios de un episodio maníaco, hipomaníaco o un trastorno ciclotímico y la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, consumo de sustancias o enfermedad médica. Es de hacer notar que si en algún momento durante el curso de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión se hará el diagnóstico respectivo. Los especificadores, incluidos los criterios de gravedad, son los mismos que en el caso del trastorno de depresión mayor, pero también incluye la posibilidad de especificar si se trata de un inicio temprano o tardío (antes o después de los 21 años), y si se trata de un trastorno distímico puro, si ha habido persistencia de episodios de depresión mayor o si ha habido episodios intermitentes de dicho cuadro estén o no presentes actualmente.

Por su parte, dentro de los ***trastornos de adaptación*** aparecen aquellos que cursan con sintomatología depresiva. Para su diagnóstico es necesario que haya síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor estresante identificable, en los 3 meses siguientes a la presencia de éste (APA, 2014). Dentro de estos síntomas se requiere que exista malestar mayor de lo esperable en respuesta al elemento identificado como estresante o un deterioro significativo de la actividad social, laboral, o académica. Debe tenerse en cuenta que no puede realizarse su diagnóstico si los síntomas obedecen a una reacción de duelo y que una vez que desaparece el elemento que ha desencadenado el trastorno, los síntomas remiten en un período menor a medio año.

Por último, el **duelo** constituye una reacción normal frente a una pérdida importante de un ser querido y es necesario distinguirlo del trastorno de depresión mayor ya que los síntomas depresivos forman parte de la evolución del mismo (Cohen, 2006). La persona con duelo vive el ánimo depresivo como "normal", aunque puede buscar ayuda profesional para aliviar los síntomas asociados. La duración y la expresión de un duelo "normal" varían considerablemente entre los diferentes grupos culturales. El DSM-5 (APA, 2014) señala como criterios diferenciales, que en el duelo predomina la sensación de vacío y pérdida y no un sentimiento de tristeza profunda inespecífico; la disforia en los estados de duelo probablemente disminuye de intensidad en días o semanas y se produce en oleadas, que tienden a asociarse a pensamientos o recuerdos del difunto. Es probable que en ocasiones aparezca buen humor y algunas emociones positivas, mientras que el contenido de los pensamientos de tristeza se asocian mayormente a recuerdos del difunto, a la vez que la autoestima se mantiene conservada.

Así mismo, los sentimientos de culpa se asocian con la posibilidad de haberle fallado en vida a la persona fallecida o haber podido hacer más por él (culpa del superviviente), mientras que las ideas de muerte se relacionan con el hecho de desear reunirse con éste. Además se distingue este **duelo no complicado** que ya fue descrito como una reacción normal ante la pérdida de un ser querido y el **trastorno de duelo complejo persistente** caracterizado por la pena intensa y sostenida acompañada por reacciones de luto.

**2.2.2 Neurofisiología de la depresión.** Se ha propuesto un modelo neuroanatómico que busca explicar el funcionamiento afectivo, siendo las principales estructuras involucradas algunas zonas corticales, el sistema límbico y el sistema diencéfalo-hipotalámico, así como las abundantes conexiones entre esas estructuras o grupos de estructuras. De acuerdo con este modelo, las alteraciones del estado de ánimo, incluida la depresión, podrían ser el resultado de alteraciones en el funcionamiento de partes de esos circuitos, dando origen a los trastornos afectivos. También, como resultado de múltiples factores, biológicos, externos y de personalidad, se modifican las pautas de la neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, alterándose de esta manera los circuitos cerebrales implicados en la modulación del afecto. (González y Monterrey, 1995; Guadarrama, Escobar y Zhang, 2008).

En cuanto a los neurotransmisores involucrados, al igual que en el caso de la ansiedad, la serotonina y la noradrenalina (además de la dopamina como su precursor) juegan un papel fundamental. Desde la teoría monoamínica de la depresión se le da una importancia clave y por ello, de un modo u otro, los medicamentos que se han desarrollado desde la década de 1950 hasta la actualidad intentan buscar que sus niveles se encuentren en la suficiente disponibilidad dentro del organismo (Cohen, 2006; Guadarrama y cols., 2008).

La dopamina y la noradrenalina forman parte de un grupo de neurotransmisores llamados las catecolaminas; de manera general, la disregulación de las catecolaminas, se ha asociado con síntomas del estado de ánimo deprimido, anhedonia, apatía, una reducción del interés y de la energía vital en la depresión. Particularmente, la dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio, el cual en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta, estando involucrada en la función motriz. En los últimos años, algunos estudios han sugerido que no sólo la depresión podría vincularse a niveles anormalmente bajos de dopamina, sino que el grado de depresión es inversamente proporcional a los niveles de este neurotransmisor, es decir, a menores niveles dopaminérgicos, mayor correlato depresivo. Del mismo modo, se han encontrado descensos en la densidad de transportadores de dopamina en áreas cerebrales específicas como la mesolímbica y el estriatum. A propósito de estas zonas, una disfunción del sistema mesocorticolímbico (en particular el núcleo accumbens) de la dopamina, podría agravar los síntomas de anhedonia, pérdida del interés y la apatía, mientras que otras áreas dopaminérgicas como el estriatum y la corteza prefrontal se vinculan más a la motivación y el afecto (Goodale, 2007; Guadarrama y cols., 2008).

En cuanto a la noradrenalina, la misma se deriva directamente de la dopamina, sintetizándose en las estructuras noradrenérgicas por un proceso de hidroxilación que requiere de la enzima dopamin-beta-hidroxilasa (González y Monterrey, 1995). Se ha señalado el locus Coeruleus, ubicado en el tallo encefálico, como la estructura encargada de la generación de noradrenalina. Las neuronas de este núcleo tan específico, envían sus axones a algunas estructuras límbicas que incluyen la amígdala y la formación hipocámpica además de la corteza prefrontal. Su actividad aumenta durante la vigilia y en

episodios de estrés, alcanzando su máxima intensidad, alertando al organismo para sobrevivir (Guadarrama y cols., 2008).

Funcionalmente, a la noradrenalina se le vincula con varios procesos psicológicos, tales como la estabilización del estado de ánimo, la regulación del sueño y el estado de alerta y activación del SNC en respuesta a estresores que puedan generar o incrementar la depresión. Del mismo modo, algunos estudios basados en psicofármacos que inhiben la recaptación de noradrenalina (ISRN) han encontrado que su disregulación se relaciona con la ansiedad somática y la presencia de síntomas de minusvalía indefensión y culpa. Adicionalmente, al igual que la dopamina, de la cual se deriva, también se vincula con la pérdida del interés y la energía vital en la sintomatología depresiva. Se ha señalado que las fluctuaciones de los niveles absolutos de noradrenalina quizás no indiquen cambios inmediatos en el estado de ánimo de personas deprimidas reciban o no medicación, pero que una vez estabilizado su funcionamiento a través de un antidepresivo monoamino-selectivo, la reducción de los niveles de ese neurotransmisor si tiene efectos que llevan a deprimir el estado de ánimo (Goodale, 2007).

Por último, se tiene a la serotonina, del grupo de las indolaminas, el cual ha sido el neurotransmisor más estudiado durante las últimas décadas en la génesis y mantenimiento de la depresión y hacia el cual se ha orientado el desarrollo de la mayor cantidad de psicofármacos antidepresivos. Se deriva del triptófano, y la mayoría de la Serotonina se produce en los núcleos del Rafe, principalmente en el 9no; sus funciones en la regulación de la homeostasis son múltiples e importantes, modulando en general la estimulación excesiva y ejerciendo un control inhibitorio sobre la conducta. Hay una importante influencia de la serotonina en el carácter, la conducta, el movimiento, la apreciación del dolor, la actividad sexual, el apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo sueño-vigilia (González y Monterrey, 1995; Guadarrama y cols., 2008).

## 2.3 Tratamientos habituales en el manejo de la ansiedad y la depresión

**2.3.1 Psicoterapia.** Coderch (1987), define la psicoterapia como un tratamiento de naturaleza psicológica que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. La misma se lleva a cabo según una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos. Tiene como finalidad, eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de la relación interpersonal entre el terapeuta y esta persona.

Aquello que es esencial y común en todos los tipos de psicoterapias es el hecho de que el factor “curativo” se le atribuye al vínculo que se establece entre el psicoterapeuta y el sujeto. Sin embargo para que la relación interpersonal se defina como un proceso psicoterapéutico es necesario que la misma se encuentre sujeta a una serie de postulados teóricos y de pautas técnicas derivadas de los mismos. Por otra parte es de gran relevancia tomar en cuenta el concepto de conflicto intrapsíquico, ya que el malestar no solo proviene del medio que rodea al individuo (exterior), sino de cómo éste lo vive, lo siente y lo percibe. Dicho conflicto debe ser resuelto dentro del espacio de la psicoterapia, con la finalidad de anular o contrarrestar las consecuencias nocivas que provoca en el sujeto.

Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede decir que la psicoterapia es aquel tratamiento que se efectúa sobre un sujeto que se presupone con un conflicto psíquico. El mismo es llevado a cabo por un profesional experto, con la intención de anular, desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos del conflicto. Esto se realiza de acuerdo con una técnica previamente determinada por el psicoterapeuta, según sea el método que pretende aplicarse y los objetivos a alcanzar. Es realizado con explícito conocimiento de ambas partes, siguiendo unas pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre.

Los tipos de psicoterapia más comunes son la terapia psicoanalítica, la terapia cognitivo-conductual y la terapia Gestalt, así como algunas otras líneas más recientes como la terapia sistémica y las terapias postmodernas. El abordaje a realizar para los

casos de ansiedad y depresión variará mucho dependiendo de la escuela y el tipo de terapia a llevar a cabo.

### 2.3.2. Psicofármacos

**2.3.2.1 Psicofarmacología de la ansiedad.** Los medicamentos que están diseñados para el control de la ansiedad inciden sobre los neurotransmisores GABA, noradrenalina y serotonina, siendo los más comúnmente utilizados los ansiolíticos benzodiacepínicos, los cuales actúan sobre los canales del GABA, tranquilizante natural del cerebro, permitiendo un rápido inicio del efecto clínico (Cohen, 2006; Gómez, 2011). Las benzodiacepinas ejercen cinco tipos de acción terapéutica fundamentalmente: ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivante, miorrelajante y moderado efecto amnésico. De estos efectos se van a deducir sus indicaciones clínicas en los trastornos de ansiedad, siendo más útiles en algunos casos que en otros, dándose su uso único o combinado en el trastorno de pánico, con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, y en básicamente en aquellos trastornos de ansiedad donde existan alteraciones del sueño.

Adicionalmente, los antidepresivos de última generación (tales como los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina ISRS y los Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina y Noradrenalina ISRSN) son de elección terapéutica frecuente por sus efectos sobre la ansiedad mediante la regulación de la serotonina y en el caso del segundo grupo también de la noradrenalina, aunque el inicio de sus efectos terapéuticos pueda demorar varios días. No obstante, en muchas ocasiones para terapias farmacológicas a mediano plazo suele ser frecuente la elección de antidepresivos del grupo ISRS o ISRSN, de manera combinada o única, no sólo por sus efectos terapéuticos equivalentes al uso de ansiolíticos, sino también por su seguridad y la alta comorbilidad entre ambas patologías (Cohen, 2006; Gómez, 2011). De hecho no son pocos los casos ante los cuales debido a síntomas de ansiedad se prescriben antidepresivos de estos tipos.

**2.3.2.1 Psicofarmacología de la depresión.** Desde la farmacología de la depresión, debe mencionarse que en un principio, surgieron los Inhibidores de la Monoamino Oxidasa (IMAO), a finales la década de los años 50 partiendo del principio que al inhibir

la degradación de las monoaminas tales como la noradrenalina y la serotonina de parte de esta enzima, se produciría mayor disponibilidad de las mismas y una mejoría en el estado de ánimo; el primer IMAO fue la Iproniazida, un medicamento cuya función original era como anti tuberculoso, pero cuyos efectos antidepresivos se conocieron luego. El uso de los IMAO aunque de potente efecto antidepresivo, principalmente en cuadros como el trastorno distímico, la depresión atípica, el trastorno depresivo estacional y las fases depresivas del trastorno bipolar, ha sido prácticamente descontinuado por su cantidad de efectos secundarios (combinación de insomnio con somnolencia diurna, hipotensión clínicamente significativa, anorgasmia, aumento de peso, mioclonía y edema) y hasta adversos (reacciones a la tiramina – presente en alimentos como el queso- y síndrome serotoninérgico) que lo convierten en último recurso por ser un medicamento no seguro y de amplias interacciones incluso con otros antidepresivos (Cohen, 2006).

Por su parte, los Antidepresivos Tricíclicos (ATC), de aparición contemporánea con los IMAO, inhiben la recaptación desde la hendidura sináptica y en consecuencia aumentan los niveles de noradrenalina y serotonina pero por un mecanismo diferente; el primer fármaco de esta familia fue la Imipramina, cuyo desarrollo se había hecho en función de ser un antipsicótico. Aunque presentan también diversos efectos secundarios y adversos (colinérgicos e histaminérgicos), suelen ser medicamentos con una muy alta efectividad, más seguros y con menor cantidad de interacciones que los antes referidos; no obstante debe estarse muy atento durante su uso, ya que dosis altas pueden resultar peligrosas, sobre todo por sus efectos sobre la conducción cardíaca de quienes lo utilicen (Cohen, 2006). De aparición, más reciente (década de los 70) son los Antidepresivos Tetracíclicos (ATC), que aunque son derivados de la misma Imipramina, poseen una estructura molecular diferente, menor toxicidad y efectos similares en su función antidepresiva (Malgor, Valsecia, s.f.; Rodríguez y Sacristán, 2002). De este grupo, uno de los más comercializados actualmente sigue siendo la Mirtrazapina.

Sin embargo, la mayor cantidad de prescripciones actualmente se realizan considerando los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina ISRS, de noradrenalina ISRN y también los ISRSN (incluyen la recaptación de serotonina y noradrenalina). Estos fármacos se introdujeron en la década de 1990, comenzando por

los ISRS y al actuar de manera mucho más específica sobre los receptores serotoninérgicos y noradrenérgicos, la cantidad de efectos secundarios o adversos derivados de su interacción con otros receptores es muy baja y de mayor tolerancia, convirtiéndolos en medicamentos de primera línea de elección para el tratamiento de la depresión actualmente, por presentar tan buena efectividad antidepresiva como los ATC con un margen mucho mayor de seguridad. La principal ventaja de estos agentes, es que no presentan efectos cardiovasculares ni anticolinérgicos significativos, ni tampoco un aumento de peso tan alto como el caso de los ATC. Tanto la prescripción a dosis bajas en un principio, hasta alcanzar un margen suficiente de efectividad y pocos efectos secundarios, así como la diversidad de moléculas existentes en el mercado, abren la posibilidad que una persona que no responda a un ISRS o ISRSN pueda lograr una buena respuesta terapéutica con otro medicamento de la misma clase (Hall, 2003 y Cohen, 2006).

Algunos de estos medicamentos son la Fluoxetina, Paroxetina, Sertralina, Citalopram, Escitalopram y Fluvoxamina (ISRS), así como la Venlafaxina y la Duloxetina (ISRSN), entre otros. Del mismo modo, existen medicamentos de nuevas generaciones de características similares que han demostrado efectividad en el tratamiento de la depresión, tales como el Bupropion (ISRN+Dopamina) y la Agomelatina (antidepresivo melatoninérgico que actúa sobre los receptores de serotonina).

## 2.4. Budismo Zen y Meditación

### 2.4.1 Sobre el Budismo Zen

**2.4.1.1 Orígenes del Budismo.** El Budismo es una religión y también una filosofía que se deriva de las enseñanzas de Siddhartha Gautama, nombre original de *Buda*. Siddhartha, fue un Príncipe de la India, hijo del Rajá (Rey) Suddhodana del clan de los Shakya, asentado en la región de Kapilavastu. Su nacimiento se sitúa en la zona norte de la India, cercana a la frontera con Nepal al pie del Himalaya, alrededor del año 560 a.C. hace casi 2600 años (Faure, 2011; Ruiza, Fernández y Tamaro, s.f.). La mayoría de los relatos biográficos existentes son posteriores a su tiempo, presentan su vida de manera fragmentada y en ellos se mezclan diferentes historias y leyendas que dificultan el conocimiento exacto de fechas y actos.

Se dice que nunca llegó a conocer a su madre Maya, quien habría fallecido una semana después de su nacimiento. Siendo de noble procedencia, recibió una muy buena educación intelectual, física y artística con la intención de convertirle en un heredero a la altura de las expectativas de su padre y del reino. A pesar de ello, a los 29 años Shakyamuni, como también se le conoció, renunció a la herencia familiar y a la vida de la corte para dedicar su vida a diversas prácticas religiosas, desapareciendo repentinamente e incluso dejando de lado a su esposa Yasodhara y su hijo recién nacido Rahula, quienes posteriormente seguirían de cerca sus enseñanzas (Domingo, 2007; Faure, 2011; Ruiza, y Cols, s.f.).

Luego de abandonar el palacio paterno, Siddhartha, del cual se dice estaba cansado de la vida de noble mientras conocía el sufrimiento de sus semejantes, y tras el encuentro con un religioso, se dedicó a conocer y explorar diversas escuelas filosófico-religiosas numerosas en la India de aquel tiempo, siendo practicante de varias de éstas, incluido el ascetismo, aunque no llegaron a satisfacerle. Varias historias relatan que tiempo después, en una fecha que se ubica posiblemente en la luna llena de mayo del año 583 a.C., decidió sentarse a meditar de forma indefinida hasta lograr obtener respuestas a las preguntas existenciales sobre la vida y la muerte, lo que los seguidores de esta doctrina llamaron el

verdadero conocimiento. Así, habría alcanzado el estado de *Iluminación* durante la noche, momento desde el cual se le conocerá como Buda que quiere decir “el iluminado” (Ruiza y Cols, s.f.).

Aunque en un primer momento tuvo dudas sobre si comentar el conocimiento alcanzado, posteriormente se dedicaría a propagar sus enseñanzas en el norte de la India durante el resto de su vida; sus preceptos dan forma a los *Sutras* del canon búdico, aunque su doctrina fue transmitida de forma oral a sus propios discípulos, de los cuales, los cinco primeros habían sido sus compañeros en el ascetismo, y quienes posteriormente se convertirían en maestros y a la vez adoptarían nuevos discípulos; no sería hasta el siglo I a.C. cuando este conocimiento sería compilado de forma escrita en el “*Canon Pali*” (Domingo, 2007 y Faure, 2011). Tras sobrevivir a un atentado por parte de su propio primo Devadatta, quien intentó matarle con una roca cuando tenía casi 72 años y lograr la conversión de su antigua esposa e hijo a su propia doctrina, fallece aparentemente de disentería alrededor de los 80 años. Fue incinerado una semana después y sus cenizas repartidas entre sus discípulos y posteriormente depositadas en varios monumentos funerarios (Ruiza y Cols, s.f.).

**2.4.1.2 Entre Siddhartha y la llegada del Budismo a China.** Boeree (2007) revisa la difusión del Budismo que se da tras la muerte de Siddhartha Gautama hasta el nacimiento de las escuelas asentadas en el Norte de Asia, las cuales han tenido mayor relevancia con el paso del tiempo y de las cuales surge el *Budismo Zen*. Este autor señala que poco tiempo después de la muerte de Buda, 500 monjes se reunieron en un primer concilio, allí se discutieron y establecieron las versiones finales de los *Sutras*, lecciones de éste, las hicieron aprender de memoria a otros monjes y fueron traducidas a diversas lenguas que se empleaban en la India. Luego de un segundo concilio que tuvo lugar 100 años luego del primero, la unidad original del Budismo, que había comenzado a debilitarse, se fragmentó y ocurrió la separación entre un grupo más liberal y otro más tradicionalista. El grupo liberal se retiró y comenzaron a denominarse a sí mismos como *Mahasangha*, el cual evolucionaría hasta convertirse en la escuela *Mahayana* del Norte de Asia.

Los tradicionalistas, ahora conocidos como *Sthaviravada* establecieron un conjunto

de ideas filosóficas que iban más allá de las enunciadas por Buda, pero tras numerosas discrepancias llegaron a establecerse 18 escuelas o grupos diferentes, cada una con su propia visión e interpretación y se difundieron por toda la India y el Sureste Asiático. En la actualidad, tan solo sobrevive la escuela Theravada procedente de Sri Lanka. De esta rama surge el “*Canon Pali*”, en el cuarto concilio que se dio en Sri Lanka, y en el cual se grabaron todas las enseñanzas transmitidas de manera oral, en hojas de palma.

Por su parte, la escuela Mahayana, comenzó en el siglo I a.C., como una evolución de la rebelión Mahasangha. Sus actitudes más liberales hacia la tradición monástica admitieron una mayor participación de la comunidad laica en la naturaleza del Budismo. Aparentemente, las necesidades de las personas de la época eran más fáciles de satisfacer por los Mahayanistas. Surgió la doctrina Trykaya, una especie de trinidad budista, pero también se le dio mucha importancia a la figura del *Bodhisattva*, quien se supone es alguien que ha alcanzado la Iluminación pero cumple función de guía para llevar a otros a su realización espiritual. Con las nuevas ideas llegaron nuevas escrituras, nuevos Sutras atribuidos a Buda y según ellos mismos no difundidos antes, pues estaban guardados para los nuevos tiempos.

En cuanto su llegada a China, Boeree (2007) refiere que en la época del emperador chino Ming Ti, producto de los intercambios comerciales, en una ocasión y luego de navegar al oeste, agentes volvieron con una imagen de Buda y una copia del Sutra en 42 secciones que luego ese convertiría, en el año 676 d.C. en el primero de muchos en ser traducido al chino. Se piensa que la primera comunidad Budista de China se estableció en Loyang, por extranjeros en el año 150 d.C., durante la dinastía Han. Aproximadamente 100 años más tarde surgiría una comunidad o *Sangha* de origen chino, llegando la cantidad de monjes hasta cerca de 2 millones en la Era de la Lucha de los Estados (220 al 589 d.C.). Debe considerarse que el Budismo encontró en China tres corrientes de pensamiento que competían entre sí: el Confucionismo, el Taoísmo y la religión popular. A pesar que estas corrientes a menudo rivalizaban entre sí y con el Budismo, también tenían influencia mutua e intercambio cultural; así con el paso del tiempo, el Budismo Mahayana de la India se convirtió en el Budismo Mahayana de la China y luego, de

Corea, Japón y Vietnam.

Una de las escuelas que surgió en China, fue la escuela *Tierra Pura*, o del Buda Amida la cual encontró gran arraigo en los trabajadores y campesinos de China durante la dinastía Tang, y donde, parte de las creencias radicaban en que era necesaria la interdicción de un ser superior para poder alcanzar la iluminación y en la existencia de un Paraíso de Occidente al cual se podía trascender más allá de la vida (Boeree, 2007 y Menegazzo, 2008); otra de las escuelas, la escuela *Ch'an* daría su origen posterior al Budismo Zen en Japón.

**2.4.1.3 Del Budismo Ch'an chino al Budismo Zen japonés.** Como se dijo, la llegada del Budismo a China se produjo en una época donde ya el Confucianismo y el Taoísmo tenían una profunda raigambre en la cultura de ese país. A su paso por China la expresión del mensaje budista se impregnó de su cultura, manteniendo al mismo tiempo su autenticidad. El período de difusión del Ch'an en China se da del siglo VI al siglo XIII (Reigen, 2011). Los historiadores sitúan la llegada a China del monje indio Bodhidharma o Daruma alrededor del año 520 d.C., y se dice que fue éste, quien se convirtió en el primer patriarca de la escuela Ch'an en China, llevando consigo la Transmisión Silenciosa, tradición que se derivaba desde el propio Buda, quien en ocasiones había tenido dificultad para transmitir su mensaje con palabras dado lo profundo y sublime del mismo (Boeree, 2007 y Menegazzo, 2008).

Reigen, (2011) menciona que estos siete siglos de surgimiento del Budismo Ch'an en China, se puede dividir en tres períodos. El primero de estos, entre los siglos IV y V incluye la llegada de Daruma y el surgimiento de otros patriarcas fundadores como Eka, Sosan, Doshin y Konin y además el sexto patriarca Daikan Eno, que tuvo dos principales sucesores Nangaku Ejo y Seigen Gyoshi, que se sitúan en el origen de los grandes linajes posteriores. Un segundo período se ubica del siglo VII al siglo X, donde proliferan los linajes en la transmisión del Ch'an. Buena parte de ellos desaparecieron, pero otros están en el origen de las cinco grandes escuelas que surgirán más tarde. En el siglo IX se fundan los primeros monasterios Ch'an, con reglas propias. Esta época es la de los

primeros textos fundadores del Ch'an que derivaría en el Soto Zen, como el Sandokai y el Hokyo Zanmai. Fue un tiempo de mucha creatividad y famosos maestros que pertenecen a diferentes linajes y desarrollan una enseñanza original con formulación propia. Entre estos, Tozan y Sozan, considerados como los fundadores de la escuela Soto Zen. A este período se le llama la edad de oro del Ch'an y en esta época aparecen las citadas cinco escuelas: Hogen, Ummon, Igyo, Soto y Rinzai.

El tercer período comprende del siglo X al siglo XIII, durante la dinastía Song, y durante el mismo se da una literatura cada vez más refinada y escuelas que establecen su particularidad con mucho rigor, además de polémicas entre escuelas como la Soto y la Rinzai. En este período a Wanshi Sogaku se le considera como aquel que reanimó un linaje Soto en decadencia, escribiendo textos que trascendieron y ayudaron a devolver el verdadero sentido a la práctica de shikantaza, término chino para describir el *Zazen*, durante un tiempo en el cual los monjes ya no podían responder a las exigencias de la vida cotidiana, sobre todo en sus relaciones con los laicos (Reigen, 2011).

Por otra parte, en Japón el Budismo ya había llegado tiempo atrás desde el año 538 d.C. cuando una delegación de Corea llevó al emperador una estatua de Buda en bronce y algunos Sutras; sin embargo, la religión predominante en Japón era el autóctono Sintoísmo, por lo cual los regalos no fueron del todo apreciados ni difundidos en ese momento. No obstante, durante el siglo VII la corte imperial continuó interesada en el Budismo, sobre todo considerando la buena acogida que había tenido en la nobleza China de entonces. Aunque inició como una religión adoptada por las clases más elevadas, ya hacia el año 900 en las clases campesinas y trabajadoras se había extendido el Budismo Amida. El budismo Ch'an, traducido como Zen llegaría en el siglo XIII desde China, siendo muy bien acogido, sobre todo por la clase guerrera o Samurai (Boeree, 2007).

En este tiempo, el budismo japonés, ya próspero, se renueva con el Zen, que sería introducido por dos monjes japoneses que habían viajado a China con la intención de formarse culturalmente, el monje Eisai (1141-1215) que llevó el Lin-chi Ch'an o escuela

Rinzai Zen, con sus Koans o problemas sobre la existencia y el por qué de las cosas, y Dogen (1200-1253), que llevó el más calmado Ts'ao-tung Ch'an, conocido en japonés como Soto Zen. El Soto Zen, se centraba en shikantaza o Zazen, el cual implicaba permanecer sentado en posición de loto mientras se meditaba, estando bajo la dirección de un maestro y entendido (Booere, 2007; Strim, 2011).

Al maestro Eihei Dogen se le considera uno de los más profundos y más originales pensadores de Japón. Su obra más importante, el Shobogenzo, es un tratado que reúne 95 fascículos escritos en diferentes períodos de su vida y para diversos públicos. También estableció diversas reglas, que redactó para su comunidad monástica. Una de sus mayores innovaciones fue sugerir los mismos preceptos para laicos, monjes y monjas y llevarlos únicamente a 16, en lugar los 350 para monjas, 250 para monjes y 48 para laicos que existían anteriormente. Del mismo modo, llegó a fundar dos templos, de los cuales el Eihei-ji es hoy uno de los más importantes templos Soto Zen en Japón. (Strim, 2011).

Uno de sus principales sucesores fue el maestro Keizan (1264-1325), el cual es reconocido de forma unánime por la escuela Soto como aquel que difundió la enseñanza del maestro Dogen en Japón y garantizó que esta escuela se perpetuara en el país. Su obra más importante fue el Denkoroku, donde definió la genealogía de los maestros de la escuela Soto Zen, estableciendo al maestro Dogen como el 51º sucesor del Buda Shakyamuni. Este maestro ejerció un papel muy importante en el establecimiento de los rituales de la escuela. Así mismo, logró instaurar un calendario litúrgico y al desarrollar o introducir rituales que no concernían solo a la comunidad Zen, favoreció el acercamiento entre los monjes y el resto de la sociedad. Del mismo modo, fundó varios templos, entre ellos Soji-ji que es el segundo templo Soto Zen más importante de Japón (Strim, 2011).

**2.4.1.4 El Budismo Zen en Japón, la escuela Soto.** Gran parte de la cultura japonesa medieval y moderna se vio influenciada por el Zen, influyendo en el desarrollo de las artes tales como la poesía, a través de los Haikus, la escritura Shodo, la pintura Sumi-e y Zenga, la ceremonia del Te, Chanoyu, los arreglos florales Ikebana, la elaboración de Bonsáis, las artes marciales, su arquitectura y su música, entre muchas otras que forman parte de su acervo cultural, y de las cuales muchas fueron importadas desde China a

través de vínculos cercanos con la religión budista.

Formada por esa doble herencia de Dogen y Kaizen, la escuela Soto después se desarrolló ampliamente, llegando a todas las capas sociales de la población japonesa. Aunque la escuela Rinzai, tenía el apoyo de la nobleza, el gobierno Shogún y contaba con personalidades muy poderosas entre sus seguidores, la escuela Soto Zen sumaba a sus practicantes principalmente entre las familias acaudaladas en los distritos rurales, así como entre la población general, por lo cual popularizó sus enseñanzas principalmente en zonas rurales (Asociación Religiosa Escuela Soto Zen, s.f. y Strim, 2011).

Durante el final del período Kamakura, y en el período Muromachi (1338-1573), la escuela Rinzai estableció cinco templos principales en Kyoto y Kamakura, instaurando así el sistema de "Cinco montañas-Diez templos" En contraste, la escuela Soto Zen evitaba nexos con el poder central, prefiriendo relacionarse con el común de las personas a la vez que mantenía sus actividades de enseñanza. El establecimiento obligatorio del Jidan Seido por el gobierno Shogun en el período Tokugawa (1603-1868), condujo a la centralización y control de los templos en todo el país, parte de esta intención además de mantener el control de la población, era detener el avance del cristianismo. Fue para esta época que muchos maestros que impartían sus enseñanzas en la escuela Soto Zen, jugaron un rol clave y fueron fundamentales para corregir los errores en la transmisión de las enseñanzas, mientras hacían énfasis en la necesidad de regresar a los lineamientos originales de Dogen. A partir de la restauración Meiji (1868), el nuevo gobierno se basó en la autoridad del Emperador, al cual el pensamiento sintoísta le otorgaba su divinidad. Dada una cercana relación entre el sistema imperial y la religión Shinto, el gobierno trató de imponer la religión sintoísta tradicional en el centro de la sociedad, separando Budismo y Sintoísmo, así como tratando de hacer desaparecer el Budismo, pero las diversas escuelas budistas consiguieron sobreponerse a los problemas que enfrentaron (Asociación Religiosa Escuela Soto Zen, s.f.).

En este período, se da el surgimiento de Ouchi Seiran Koji, que editó la versión original de "Shushogi", cuyos textos fueron revisados por otros maestros, quienes lo

promulgaron como el estándar para la difusión de las enseñanzas de la escuela Soto Zen y ha cumplido un rol importante en la difusión masiva de las enseñanzas entre los practicantes laicos. Hoy en día, la escuela Soto Zen se ha convertido en un movimiento religioso muy grande que cuenta con alrededor de 15.000 templos, 30.000 monjes que pueden casarse y fundar una familia, y unos ocho millones de seguidores en Japón (Asociación Religiosa Escuela Soto Zen, s.f. y Strim, 2011).

**2.4.1.5 Difusión del Budismo Soto Zen hacia Occidente.** No fue hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando el Budismo empezó a ser conocido en Occidente. Los intelectuales europeos atrajeron su interés por las antiguas culturas de la India y China. Se comenzó a aprender las lenguas asiáticas y a traducir sus textos, conociendo poco a poco estas culturas y tradiciones. A finales del siglo XIX principalmente en Inglaterra, pero también en Alemania y Francia el Budismo generaba mucho interés en aquel tiempo. En Estados Unidos también se daba un interés similar, principalmente en la costa este, marcado por la llegada de inmigrantes asiáticos y por la lectura de personajes intelectuales de los libros acerca del Budismo traducidos por los europeos, e incluso comenzaron a traducirse al inglés algunos Sutras (Boeree, 2007).

La tradición Zen se da a conocer algo más tarde por medio de las obras del maestro Zen Daisetz Teitaro Suzuki, las cuales tuvieron gran influencia antes y después de la Segunda Guerra mundial, tanto en Inglaterra como en Estados Unidos y también por algunos escritos de Allan Wats, de origen británico y educado en el Budismo en Europa. No obstante, se trató de un acercamiento esencialmente intelectual que concierne más bien a la tradición Rinzai. Por su parte, la práctica del Soto Zen se difunde en Occidente a partir de los años 60, primero en Estados Unidos y después en Europa con la llegada a París en 1967 del maestro Taisen Deshimaru (Boeree, 2007 y Crépon, 2011).

Deshimaru fue un maestro Zen japonés quien se dedicó a la difusión del conocimiento del Soto Zen en Europa, tras haber estudiado años antes con el maestro Kodo Sawaki, uno de los principales exponentes de la escuela Soto Zen del siglo XX. A

pesar de sus deseos de convertirse en monje, sólo recibió la ordenación de parte de su maestro en 1965, poco tiempo antes que éste muriera. Posteriormente, fue invitado a Europa y tras su llegada a Francia se entrega totalmente a la enseñanza del Zazen y de la tradición Zen; pasados algunos años, aumenta las conferencias y las sesiones de práctica, traduce los textos fundamentales del Zen, publica obras y crea la Asociación Zen de Europa, que posteriormente se convertirá en Internacional (Crépon, 2011). Para esta época, los europeos y americanos que estudiaban en Asia volvían repletos de conocimientos y fundaban monasterios y sociedades. También los maestros asiáticos viajaban a Europa y América a fundar monasterios, mientras que los inmigrantes asiáticos continuaban con sus prácticas budistas (Boeree, 2007).

Así paulatinamente el Zen se fue extendiendo a muchos países. En Venezuela, la escuela Soto Zen fue institucionalizada a través del maestro francés Yves Carouget (1926-2010) quien se instaló en el país hasta el final de su vida y fue fundador y presidente de la Asociación Zen de Venezuela, siendo así el introductor del Budismo Zen en Venezuela por instrucciones de su maestro, Taisen Deshimaru. Posteriormente, la difusión del Budismo Soto Zen ha continuado, no sólo en Caracas sino en diferentes Estados, a través de monjes que se ordenaron siguiendo este linaje proveniente del maestro Deshimaru.

En Caracas se cuenta con al menos dos centros establecidos para la práctica del Zazen, perteneciendo uno de ellos a la organización Bodaishin y otro a Dokan, a quienes acuden personas regularmente durante los fines de semana en búsqueda de alternativas de carácter espiritual e incluso como una manera de relajación, encontrándose abierto cada vez más el Zen a participantes laicos. De esta manera, la práctica del Zen se ha expandido no solo en Venezuela, sino en el mundo, contando con millones de seguidores quienes cada vez más se sienten atraídos, no solo por el Budismo como religión sino también por el Zen como filosofía de vida.

**2.4.2 Acerca de la Meditación Zen.** Al momento de darse a conocer las *Cuatro nobles verdades* como una enseñanza directa de Buda, la primera de ellas señala que la

existencia implica sufrimiento, la segunda que gran parte de este sufrimiento es producto de algunos pensamientos, la tercera que la cesación del sufrimiento es posible al alcanzar la paz cuando la ignorancia, la avidez y el odio dejan de dirigir a las personas y la cuarta que para vencer el sufrimiento existen ocho caminos: comprensión justa, pensamientos justos, palabra justa, acción justa, modo de vida justo, esfuerzo justo, atención justa y meditación justa (Asociación Budista Zen de Europa, 2014).

De esta manera, se plantea que ante la existencia del sufrimiento, uno de los caminos para poderle superar es esta *meditación justa*, a través de la cual se procura la eliminación de todos estos pensamientos que perturban, como un método para aliviar dicho sufrimiento. Así, se busca alcanzar el estado de conciencia “hishiryo” el cual constituye la esencia del zen; el mismo puede ser descrito como “un estado de la mente donde ésta no se encuentra fijada u ocupada por ningún pensamiento o emoción, pero no se trata de una mente vacía, sino una muy presente, atenta y libre” (Zen Buddhism, 2014).

La revisión histórica realizada tiene referencias que llevan a pensar que en el momento en el cual Buda alcanza la Iluminación hace alrededor de 2600 años se encontraba sentado en posición de loto, y esta misma postura que había sido adoptada por él se ha transmitido a través de las enseñanzas del Budismo a lo largo del tiempo, pasando por Daruma en China en el siglo VI, Dogen en el siglo XIII en Japón, donde adquiere el nombre de *Zazen* y Taisen Deshimaru en Europa y el resto del mundo occidental en el siglo XX.

La práctica del *Zazen* implica meditación, pero no una meditación de la mente activa; es permanecer tranquilamente sentado, sobre un cojín alto denominado *zafu*, adoptando la postura corporal correspondiente: piernas entrecruzadas, espalda erguida y totalmente recta, los hombros relajados, las manos en el vientre formando un círculo donde la palma derecha sostiene el dorso de la izquierda y la mirada permanece entrecerrada colocada a 45 grados hacia abajo. Mientras tanto, la mente debe permanecer en una actitud totalmente contemplativa, evitando cualquier pensamiento y sin aferrarse a cualquier idea que surja, a la vez que se controla la respiración, inhalando lentamente durante varios segundos y exhalando de igual manera por vía nasal (Luetchford, 2000).

## 2.4. Antecedentes de la investigación

Desde hace varias décadas, diversos estudios han vinculado la relación existente entre la práctica de la meditaciones orientales, entre ellas el Zazen o meditación zen, con cambios en el comportamiento cerebral y efectos psicológicos positivos, que incluso abarcan hasta cambios neurológicos estructurales en practicantes de larga data. Otros estudios se han destacado los efectos de esta práctica sobre el sistema cardiorrespiratorio, por ejemplo. Estas investigaciones han considerado los efectos directos de la meditación en el organismo, incluyendo su influencia directa sobre variaciones en los síntomas de ansiedad y depresión.

A finales de la década de los 60's en Japón, Kasamatsu y Hirai (1966) estudiaron el efecto de la práctica del Zazen en monjes budistas a través del estudio de las ondas cerebrales mediante el uso del electroencefalograma, encontrando cambios importantes durante el estado de atención plena que se lleva a cabo en la práctica de este tipo de meditación. El estudio se realizó antes, durante y después de la práctica meditativa e incluyó 48 participantes budistas, tanto de la escuela Rinzai, como de la escuela Soto, los cuales fueron agrupados según los años de práctica. Encontraron que existe un cambio del nivel de conciencia, el cual se ve manifestado por un comportamiento particular de las ondas cerebrales alpha y theta, el cual pudiera compararse con los estados de trance hipnogógicos o de hipnosis (más que de sueño profundo), pese a que el practicante se mantiene despierto y atento, aunque concentrado en su mundo interior.

Años después, el mismo Hirai (1994), logró realizar una investigación sobre el Zazen, sus efectos en el organismo y su utilidad terapéutica. Se enfocó en la parte más fisiológica midiendo alteraciones en la actividad cerebral a través de electroencefalografía y el funcionamiento del sistema nervioso autónomo. El estudio se aplicó a monjes zen durante la práctica de la meditación y las conclusiones de su estudio arrojan efectos positivos desde el punto de vista psicológico, tomando en cuenta factores como la autoestima, menor vulnerabilidad frente a las perturbaciones y una actitud más armónica

y empática con los demás. Se argumentó que el Zazen también permite una mayor estabilidad en el organismo, integrando los niveles desde el punto de vista físico y mental.

En fechas más recientes, en Massachusetts se realizó un estudio que refleja cómo el ejercicio de la meditación puede afectar el cerebro de manera positiva. Holzel, Carmody, Vangel, Congleton, Yerramsetti, Gard y Lazar (2010), se enfocaron en los efectos neuropsicológicos de la meditación de atención plena (que parte de los mismos principios) y tomaron en cuenta 16 personas que se encontraban realizando programas de entrenamiento en este tipo de meditación, que fuesen sujetos sanos y no estuviesen medicados, pero que se encontraran en dicho entrenamiento en búsqueda de la disminución de sus niveles de estrés; la medición fue realizada antes y después del programa y comparada con la de un grupo control. Se utilizó la técnica de resonancia magnética y el análisis de las estructuras cerebrales mediante morfometría específica (voxel-based morphometry) para estudiar los cambios en la sustancia gris del cerebro. Los resultados arrojaron que tras un entrenamiento de 8 semanas, existe un incremento de materia gris alrededor del hipocampo izquierdo en los sujetos que formaban parte del grupo experimental. Los análisis totales también identificaron incrementos en el giro cingulado posterior, las zonas temporo-parietales y el cerebelo. En líneas generales, se encontraron incrementos en zonas involucradas en el aprendizaje y la memoria, y en estructuras asociadas a la autoconciencia, la compasión y la introspección. Además, se descubrió una disminución de la materia gris en la amígdala cerebral, lo que podría estar relacionado con una disminución de los niveles de estrés. Estas evidencias sugieren cambios positivos a largo plazo y efectos duraderos que van más allá de la etapa de distensión emocional inmediata que va involucrada en la práctica meditativa.

De forma similar, Peressutti, Martín-González, García-Manso y Mesa (2010) se enfocaron en estudiar la variabilidad de la frecuencia cardíaca y su respuesta en los diferentes niveles de meditación zen, participando diecinueve sujetos y en cuatro casos particulares se recogieron datos de la variabilidad de la frecuencia cardíaca y de la respiración. Es importante destacar que se hizo la observación en su ambiente natural, sin manipulación de las variables; se tomó en cuenta que en meditación, ante la ausencia de

movimiento físico, la variabilidad de la frecuencia cardíaca se ajusta según los procesos mentales presentes. Los autores encontraron que dependiendo de la etapa de meditación inicial, intermedia o avanzada puede variar el ritmo cardiorrespiratorio, puesto que cambia la regulación autonómica en las diferentes etapas de la práctica, existiendo cierta tendencia a la auto regulación. Además, concluyen que la meditación zen, independientemente de los años de práctica, tiene efectos inmediatos sobre la salud, ya que promueve la sincronización cardiorrespiratoria, así como el hecho que al enfocarse en el proceso de respiración, el practicante se desconecta de la actividad mental y de las reacciones emocionales, lo cual puede aliviar altos niveles de estrés y ansiedad.

Igualmente, un estudio realizado por profesionales del Hospital Quirón Zaragoza, el Departamento de Sociología y Psicología de la Universidad de Zaragoza, y del Servicio de Psiquiatría del Hospital Miguel Servet utilizó cuestionarios y técnica de Resonancia Magnética Nuclear con espectroscopia para medir niveles de ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y atención, así como cambios cerebrales en practicantes zen que mantenían hábitos de meditación sostenidos de larga data. Tomaron en cuenta 10 monjes budistas y los compararon con un grupo control de igual número de adultos saludables – no meditadores – que formaban parte del Staff del hospital Servet (Fayed, López del Hoyo, Andres, Serrano-Blanco, Bellon, Aguilar, Cebolla y Garcia-Campayo; 2013).

Los resultados muestran cambios en algunos metabolitos, las interconexiones neuronales y en la actividad cerebral que en general se traduce en mayores niveles de salud y bienestar, dado que también hay aumento de la plasticidad cerebral, que puede mejorar la coordinación entre las conexiones de los circuitos cerebrales y químicos, así como una disminución de la actividad metabólica neuronal y un aumento de la inmunidad, que afecta positivamente a la estructura psicológica del cerebro. En conjunto, estos hallazgos podrían inducir a cambios permanentes y positivos a nivel neuronal, por lo que sus autores consideran que esta práctica puede ser de gran ayuda en casos de alteraciones de la atención, ansiedad y depresión. En este caso, y tras la comparación entre grupos, los meditadores mostraron una significativa disminución de la ansiedad y depresión, así como aumento muy importante de la atención con respecto al grupo

control. Entre las conclusiones destaca que los cambios positivos reseñados tendían a profundizarse mientras mayor cantidad de años hubieren meditado los participantes.

Además de los estudios señalados, existen investigaciones documentales relativamente recientes que recogen evidencia científica sobre la manera en cómo influye la meditación sobre el organismo y la psique. Así, Campagne (2004) quien hizo una recopilación de diversos estudios acerca del tema, afirma que la meditación posee características cognitivas, fisiológicas y psicoterapéuticas propias, es decir que la meditación a largo plazo puede producir efectos diferenciales en el sistema nervioso, por lo que ofrece posibilidades para aplicaciones terapéuticas en psicología clínica. Los datos experimentales que fueron recopilados y analizados en conjunto, sugieren que la meditación produce una relajación del cuerpo y una activación particular de la mente. La práctica de esta técnica reduce el nivel de estrés, por otra parte ayuda a controlar el pensamiento caótico repetitivo, que tanto puede mermar las capacidades cognitivas así como el equilibrio emocional de las personas. Por último expresa que la meditación puede ser clínicamente útil en determinadas psicopatologías, así como ser un instrumento que ayude en mejorar la salud psicológica.

Otra investigación de carácter documental (Yaya, 2005) realizada en la universidad de Belgrano, Argentina se enfocó en conocer los diversos tipos de meditación oriental, entre ellas el Zazen y sus efectos psicológicos, enfocándose principalmente en las relaciones interpersonales, los niveles de ansiedad y agresividad, consiguiendo resultados que en conjunto relacionan la práctica de la meditación, con conductas menos agresivas por la reducción de sentimientos de hostilidad, una mayor capacidad de empatía, y una disminución de la irritabilidad y la ansiedad, lo que incidiría positivamente en las relaciones interpersonales.

Sánchez (2011), buscó presentar evidencias recientes sobre los efectos biopsicosociales de la utilización de diversas técnicas que requieren la meditación y la relajación. La metodología utilizada fue identificar a través de palabras claves estudios basados en evidencias dentro del área, en donde se encuentran investigaciones de tipo

cuantitativa, cualitativa, mixta, documental, entre otras. Posterior a la revisión realizada, se encontraron correlatos positivos sobre la utilización de la práctica de la meditación en relación a la sensación de bienestar en diversas áreas del individuo que la practica, sobre todo aquellas que tienen relación con aspectos psicológicos y fisiológicos.

Una última investigación documental realizada en Brasil, recogió estudios relacionados entre 1980 y 2011 que vinculaban las técnicas de meditación con la disminución de los niveles de ansiedad, principalmente tomando en cuenta aquellas técnicas meditativas que se enfocaban en la atención plena, considerando finalmente 10 estudios entre 1992 y 2008; se tomó en cuenta la existencia de la variable ansiedad como factor central del estudio (junto con otras como depresión y pánico) y la medición de sus niveles a través de cuestionarios ampliamente utilizados como las escalas de Hamilton y Beck, entre otras. Encontraron la existencia de múltiples evidencias científicas que relacionan la práctica meditativa con la disminución de los niveles de ansiedad, depresión y pánico, en individuos con diagnóstico de algún trastorno de ansiedad y también en sujetos sanos, permitiendo que además la práctica continua mantenga y estabilice dichas reducciones, llegando a indicarse que la meditación, especialmente aquella basada en la atención plena, puede establecerse como un complemento a la psicoterapia tradicional y a la terapia cognitivo conductual. (Ferreira-Vorkapic, Rangé, Nardi y Rafael; 2013).

Existe evidencia suficiente tanto desde lo experimental, como de revisiones documentales (que a su vez recogen otros estudios empíricos), para sustentar que las distintas prácticas de meditación, entre ellas el Zazen tienden a producir cambios positivos a nivel fisiológico, neurológico y psicológico, influyendo en algunos cuadros, entre los que se cuentan la ansiedad y la depresión. Finalmente, Dos Santos (2015) realizó un estudio que abordó la respuesta emocional a la crisis económica venezolana en una muestra de la clase media, obteniendo que un 75,8 % de los entrevistados mencionaron que la situación les había afectado mucho en su tranquilidad mental. Entre las respuestas emocionales más comunes reportadas se encontraban ansiedad, desánimo, miedo, tristeza, nerviosismo y desesperación. Un 26% del total de entrevistados había comenzado a meditar como una forma de hacer frente a estas dificultades emocionales.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ansiedad puede definirse como una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo, incertidumbre y algunas veces desesperanza (Warren, 1998). Para Sadock y Sadock, (2007) la ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o periférico a la vez que influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. A diferencia del miedo, que es una respuesta acorde a una amenaza conocida, la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva.

Por su parte la depresión se caracteriza como un estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico dependiendo de su intensidad (Warren, 1998). Sadock y Sadock (2009) señalan que las personas con estado de ánimo deprimido experimentan pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida del apetito, e incluso pensamientos de muerte o suicidio. Debe acotarse que la utilización del término se ha generalizado erróneamente, de modo que cuando se le nombra puede referirse desde un cambio relativamente momentáneo del humor, expresado mediante la tristeza, hasta entidades psicopatológicas más permanentes o intensas, objeto de estudio de la clínica psiquiátrica.

En el Budismo Soto Zen, a través de la meditación zen o Zazen (consistente en la respiración abdominal profunda mientras se adopta una postura que implica permanecer sentado, con las piernas cruzadas, la espalda totalmente erguida, los brazos distendidos, las manos colocadas formando un círculo en el vientre y la mirada entrecerrada dirigida al vacío), sus practicantes buscan aliviar el sufrimiento tratando de no aferrarse a los pensamientos, intentando llegar al estado de conciencia “hishiryo”, mediante una mente atenta pero libre, procurando de esta manera alcanzar un estado de mayor paz interior durante varios minutos y permanecer imperturbables. Este ejercicio se repite con frecuencia, dependiendo del practicante, pudiendo darse desde una a dos veces a la semana, hasta varias veces al día en el caso de los monjes budistas.

Diversos estudios han encontrado evidencia empírica desde la década de 1960 hasta nuestros días, sustentando que a través de este tipo de meditación, sus practicantes alcanzan un estado mayor de bienestar evidenciando estilos de vida más sosegados, con mayor tranquilidad y menor cantidad de sentimientos de ansiedad y depresión. Del mismo modo, algunas personas buscan mecanismos alternativos para aliviar el sufrimiento y sus preocupaciones más allá de las herramientas tradicionales como la psicoterapia y medicación, entre estas la meditación (López, 2014; Dos Santos 2015).

Debe considerarse, que aunados a las dificultades emocionales individuales, en nuestro contexto actual, la crisis económica y sociopolítica ha incidido en la salud mental de los habitantes, produciendo un incremento en el reporte de cuadros tanto ansiosos como depresivos (“Aumentan trastornos por ansiedad y depresión en Caracas”, 2013; “Escasez incrementa depresión y ansiedad”, 2015; Soto, 2016). Por ello, partiendo de los antecedentes mencionados y teniendo en cuenta la existencia de grupos que se reúnen con la finalidad de practicar meditación zen o Zazen con frecuencia, este trabajo buscó conocer si estas personas lograban mantener indicadores distintos en cuanto a la presencia o no de ansiedad y depresión si se les comparaba con la población circundante y si las mismas vinculan de forma positiva dicha situación con la práctica meditativa.

En base esto, se planteó como necesario determinar “*¿Qué hallazgos clínicos de ansiedad y depresión estarán presentes en una muestra de practicantes de meditación zen de dos centros de la ciudad de Caracas? ¿Diferirán sus resultados a los de la población circundante no meditadora?*”. En base a los hallazgos clínicos encontrados y su comparación entre meditadores y no meditadores, los resultados permitieron establecer algunas inferencias sobre la pertinencia o no, del uso de la meditación zen como una posible alternativa complementaria para el abordaje de estas entidades clínicas. Además de los datos cuantificables obtenidos, se tomó en cuenta la forma en cómo es vivida la meditación por sus practicantes y las experiencias previas de éstos respecto a tratamientos habituales como la psicoterapia y los psicofármacos. Los resultados encontrados, permitieron discutir el alcance y utilidad de la meditación zen, considerando la relevancia de los datos obtenidos más allá del contexto académico, psicológico o religioso del zen.

## IV. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 4.1 Objetivos Generales

- Pesquisar hallazgos clínicos de ansiedad y depresión en una muestra de meditadores de dos centros zen de la ciudad de Caracas y determinar si los datos encontrados difieren de los de la población general circundante no meditadora.
- Indagar cómo es vivida la meditación zen (Zazen) por sus practicantes, y saber si éstos consideran que mediante su práctica han sentido algún alivio de los síntomas de ansiedad y depresión en caso que estuvieran presentes anteriormente.
- Establecer inferencias sobre la pertinencia o no, del uso de la meditación zen como una alternativa complementaria para el abordaje de estas entidades clínicas.

### 4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la presencia y comportamiento de ambas variables en la muestra de meditadores seleccionada, así como en un grupo contraste de similares características demográficas, mediante los instrumentos: IDARE y CESD-R.
- Cotejar los datos obtenidos en la muestra seleccionada con los obtenidos en un grupo contraste de no meditadores de similares características demográficas.
- Conocer si la meditación zen es vivida por sus practicantes, como un recurso útil para la disminución del malestar psicológico expresado en síntomas de ansiedad y depresión.
- Comparar la percepción de los participantes entre la práctica de la meditación zen y abordajes de uso habitual como la psicoterapia y los psicofármacos.

## V. MARCO METODOLÓGICO

### 5.1 Análisis de variables

#### 5.1.1 Variables a estudiar.

**5.1.1.1 Ansiedad.** La ansiedad puede ser definida como una actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro caracterizada por una mezcla o alternativa desgradable de miedo, incertidumbre y algunas veces desesperanza (Warren, 1998). Para Sadock y Sadock, (2007) la ansiedad es un estado que se acompaña de una sensación intensa de temor y de molestias somáticas, que denotan la hiperactividad del sistema nervioso autónomo o periférico a la vez que influye en la cognición y tiende a distorsionar la percepción. A diferencia del miedo, que es una respuesta acorde a una amenaza conocida, la ansiedad es una respuesta a una amenaza desconocida, vaga o conflictiva. Estos autores señalan que en la clínica actual, los trastornos de ansiedad constituyen el grupo más numeroso dentro de los trastornos psiquiátricos que son atendidos con mayor frecuencia. En este sentido, debe considerarse que la variedad de los trastornos de ansiedad es amplia y cambia dependiendo de la intensidad, cronicidad y forma de presentación de los síntomas, los cuales pueden estar o no, en relación con elementos específicos del entorno. El DSM-5 (APA, 2014) intenta sistematizar el diagnóstico, presentando diversas formas clínicas de mayor o menor intensidad y duración. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que no es necesaria la presencia de un trastorno específico para que se experimente ansiedad, con el malestar clínico significativo que conlleva.

Operacionalmente, la exploración de los síntomas de ansiedad se realizó mediante el uso del Inventory de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE, publicado por Spielberger y Díaz-Guerrero (1975). Estos autores consideraron que la ansiedad podía medirse desde 3 vertientes, donde incidía lo fisiológico, expresado mediante las manifestaciones somáticas, lo cognitivo relativo a las preocupaciones y pensamientos y lo conductual que se centraba en los comportamientos de los sujetos ansiosos. Así mismo, consideraron que

era posible distinguir entre una *ansiedad rasgo*, la cual se encontraba presente de manera sostenida la mayor parte del tiempo como un factor temporal estable y una *ansiedad estado*, que era indicativo de cuán ansiosos o no podían encontrarse en un momento específico, es decir una ansiedad mediada por factores situacionales. En este caso la medición se hizo tomando en cuenta ambas escalas IDARE-R e IDARE-E.

**5.1.1.2 Depresión.** Estado emotivo de actividad psicofísica baja y desagradable que puede ser normal o patológico dependiendo de su intensidad (Warren, 1998). Sadock y Sadock (2009) señalan que algunos individuos con estado de ánimo deprimido experimentan pérdida de la energía y del interés, sentimientos de culpa, dificultades de concentración, pérdida del apetito, y pensamientos de muerte o suicidio. Cabe destacar que aunque se utilice el término de distintas formas, puede implicar desde un cambio relativamente momentáneo del humor hasta entidades psicopatológicas más permanentes, dando origen a una diversidad de eventos que son objeto de atención clínica, como episodios depresivos, trastorno depresivo mayor o distima. La presentación clínica de las diferentes formas de la depresión también varía y al igual que en el caso anterior, puede decirse que el DSM-5 (APA, 2014) sistematiza su diagnóstico dependiendo de la intensidad, cronicidad y forma de presentación de los síntomas. En este caso también es necesario considerar que los signos o características de un estado de ánimo deprimido no necesariamente tienen que estar presentes de la manera literal en la que se indica en el DSM-5 para que una persona viva un malestar importante a consecuencia de los mismos.

Operacionalmente, la exploración de los síntomas de depresión se llevó a cabo mediante la utilización de la Escala de Depresión del Centro Epidemiológico de Estados Unidos en su versión revisada CESD-R (Eaton, Muntaner y Smith, 1998) adaptada al castellano en población mexicana (Reyes-Ortega, Soto-Hernández, Milla-Kegel, García-Ramírez, Hubard-Vignau, Mendoza-Sánchez, Mejía-Garza, García-Peña, Wagner-Echeagaray, 2003), la cual cuenta con un total de 35 ítems.

Se trata de una escala auto administrada ampliamente utilizada en el ámbito clínico desde 1977 que posteriormente fue revisada y adaptada para incluir la sintomatología

considerada por los manuales diagnósticos DSM utilizados actualmente, los cuales no han variado de forma significativa desde la aparición del DSM-IV (APA, 1994) y el DSM-IV TR (APA, 2003). Abarca aspectos como el estado de ánimo deprimido, disminución del placer, cambio drástico de peso, problemas de apetito, problemas de sueño, alteraciones psicomotoras, sensación de fatiga, sentimientos de culpabilidad, pensamiento, ideación suicida y desempeño social.

### **5.1.2 Variables seleccionadas.**

**5.1.2.1 Edad.** Considerando que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como un período de la vida que llega hasta los 19 años de edad y la vejez como aquel que se da a partir de los 75 años (OMS; 2012, 2014) y que a fines de esta investigación se deciden tomar participantes únicamente adultos, se consideraron para el presente estudio sujetos únicamente con edades comprendidas entre los 20 años y los 74 años de edad, sin tomar en cuenta la misma distinción hecha por la OMS de adultos y adultos mayores (60-74 años), ya que muchos de ellos aún cuentan con un ritmo de vida activo y lo suficientemente independiente. Dado el amplio rango de edad que se tomó en cuenta para la investigación (20-74 años) y que en esta variable era probable que la dispersión de los datos fuese muy amplia, al momento del análisis de resultados se consideran rangos de edades, de manera de facilitar el análisis y la discusión de los resultados, tomando grupos con rangos de 20-29 años, de 30 -39 años, de 40 a 49 años, de 50 a 59 años y más de 60 años.

**5.1.2.2 Tiempo de práctica en la meditación zen.** Se tomaron en cuenta únicamente a aquellos participantes que tuviesen al menos un mes continuo en la práctica de la meditación zen, tiempo que se considera como prudencial para que los mismos muestren un interés real en dicha práctica y puedan darse algunos efectos derivados de la misma.

**5.1.2.3 Centros de práctica.** Se consideraron los dos (2) centros de Budismo Soto Zen destinados a la práctica de la meditación que para los años 2017 y 2018 se

encontraban activos en la Ciudad de Caracas, siendo éstos: el Centro Zen Bodaishin y el Centro Zen Dokan.

### **5.1.3 Variables extrañas.**

**5.1.3.1 Controladas.** Se controló la existencia de antecedentes de ansiedad y depresión importantes, así como la asistencia a psicoterapia, o guiaturas motivacionales, la ingesta de psicofármacos, activadores o depresores del S.N.C. (menores o mayores), así como el género de los participantes, el tipo de practicante (si es laico u ordenado) la privacidad del recinto, y la duración del proceso de encuesta y evaluación. El control de estos factores no implicaba automáticamente ser excluido de la muestra, pero si resultaba importante tener en cuenta las estadísticas correspondientes para el análisis y la posterior discusión de los resultados. A continuación se detalla la forma de control de las variables.

**5.1.3.1.1 Antecedentes de ansiedad y depresión importantes.** Se tomó en cuenta la existencia de antecedentes o diagnósticos previos relacionados con ansiedad y depresión ya que aunque por si solos no son indicadores suficientes para excluir de la muestra a personas que hayan sido diagnosticadas o tratadas previamente por estos motivos, si resultaba importante hacer estas consideraciones al momento de realizar el análisis de los resultados y la discusión.

**5.1.3.1.2 Asistencia a psicoterapia.** Se indagó si los participantes asistían de forma activa a psicoterapia en el momento de la encuesta y evaluación, pero en caso que asistieran, esto no resultó limitante para participar en el estudio. No obstante, al momento de realizar el análisis de resultados se tuvo en cuenta esta variable, como un posible factor a incidir en los hallazgos clínicos de ansiedad y depresión que se obtuvieron. También se tuvo en cuenta para que los participantes del grupo de meditadores pudieran comparar los efectos de la meditación con los de la psicoterapia. Aunque no tenga el mismo basamento, incidencia y efectividad, se consideró también la asistencia a guiaturas motivacionales tipo coaching.

*5.1.3.1.3 Ingesta de psicofármacos, activadores o depresores del S.N.C.* La ingesta de psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos o estabilizadores inciden directamente en el control biológico de las variables a estudiar, influyendo en los hallazgos clínicos que se puedan obtener de estas variables, por lo cual al momento del análisis de los resultados, se consideraron únicamente a aquellos sujetos con al menos un mes sin la ingesta de psicofármacos, quedando el resto excluido de la muestra. Tampoco se pudieron considerarse para dicho análisis personas que se encontrasen en consumo de depresores o activadores mayores del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) Las sustancias de efecto activador o depresor mayor están incluidos en la pregunta 42 del cuestionario de auto reporte, en conjunto con otras sustancias de uso común que por ser de efecto menor, no implicaban exclusión de la muestra. Como activadores mayores se consideran bebidas energizantes, anfetaminas o algunos psicofármacos derivados de las mismas y cocaína. Como depresores mayores se considera la marihuana, medicamentos opiáceos, ansiolíticos, hipnóticos o anticonvulsivantes y heroína (Brailowsky, 2008). Se consideró también la frecuencia de consumo, incluso de otras sustancias de efecto menor o intermedio como cafeína, nicotina o alcohol.

*5.1.3.1.4 Género.* Se controló esta variable balanceando la misma cantidad de hombres y mujeres dentro de los participantes, de forma que las diferencias obtenidas no sean atribuibles a diferencias biológicas, neurológicas y hormonales entre géneros.

*5.1.3.1.5 Tipo de practicante.* Los occidentales generalmente no se reconocen en el modelo oriental escindido alrededor de la figuras del laico y del Monje, y la mayoría de los centros de práctica son urbanos, conocidos como <dojo> y no residenciales como en Japón (Rommeluère, 2000). Ambos tipos de practicantes fueron tomados en cuenta para el estudio, sólo que al momento de realizar el análisis de resultados se tuvo en cuenta esta distinción conceptual.

*5.1.3.1.6 Privacidad.* Se requirió un área dentro de cada centro zen que permitiera la administración colectiva del cuestionario y los inventarios, donde los participantes se

encontrasen a gusto y se pudieran enfocar en la tarea a realizar, evitando en lo posible la distractibilidad de parte de factores externos.

*5.1.3.1.7 Duración del proceso de encuesta y evaluación.* Un máximo de 40 minutos para todo el proceso, en el caso del grupo de meditadores, incluyendo la administración del cuestionario y los inventarios, tomando para el cuestionario un tiempo estimado de 20 minutos, teniendo el tiempo restante para la administración de los inventarios (10min. c/u). En el caso de los no meditadores, al tenerse un cuestionario más corto, se estandarizó el proceso en un máximo de 25 minutos.

**5.1.3.2 No controladas.** No se pudo controlar el nivel de ruido, iluminación y otros factores ambientales, como tampoco la disposición frente al proceso de los participantes. Tampoco fue posible controlar la sugerión previa de los participantes a creer que la meditación zen resulta un elemento beneficioso en sus vidas, aunque las preguntas de la escala de auto reporte buscaron indagar este aspecto con la mayor neutralidad posible.

## 5.2 Tipo de Investigación

La investigación tiene lugar bajo un enfoque cuantitativo y no experimental puesto que se pretende estudiar las variables tal como se presentan en su ambiente natural, sin manipulación intencional de las mismas ni otro tipo de intervención, considerándolas tal como se presentan, para su análisis posterior (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

## 5.3 Diseño de Investigación

Se trata de una investigación descriptiva, de campo, de tipo transversal, con dos grupos y una única medición. Se considera descriptiva ya que la intención es abordar, conocer y describir los hechos o fenómenos tal como son observados sin la intención de establecer relaciones de causalidad. Adicionalmente, el propósito es identificar las variables y presentarlas destacando sus atributos fundamentales, partiendo del contexto

seleccionado y sin poder establecer control sobre diversas variables extrañas al darse en un ambiente natural (Hernández, Fernández, Baptista, 2010; Santoro, 2005).

#### **5.4 Participantes**

**5.4.1 Población.** Meditadores zen con edades comprendidas entre 20 a 74 años de edad y con al menos un (1) mes de práctica, que habitan en diferentes zonas de la ciudad de Caracas.

**5.4.2 Muestra.** Treinta (30) meditadores zen con edades entre 20 a 74 años de edad y con al menos un (1) mes de práctica, que habitan en la ciudad de Caracas, y que para el momento eran miembros activos de los centros de meditación Bodaishin y Centro Zen Dokan. Aunque en un primer momento se ideó que estuviesen distribuidos equitativamente a razón de quince (15) practicantes por centro, fue necesario tomar 17 meditadores del Centro Zen Bodaishin y 13 del Centro Zen Dokan, debido a que el primero de éstos resultaba más concurrido y no fue posible obtener la participación de más practicantes del otro centro zen. Estas diferencias en cuanto al número de participantes de cada institución no resultan determinantes, pues se consideraron finalmente ambos centros zen en conjunto como una sola muestra. Para el grupo contraste de no meditadores, se seleccionaron treinta (30) personas con los mismos criterios de edad, sexo, residencia en Caracas que la muestra de meditadores, así como la no pertenencia a grupos de meditación zen. El tipo de muestreo fue no probabilístico, incidental y por llenado de cuotas (Anastasi y Urbina, 1998).

#### **5.5 Materiales**

**5.5.1 Consentimiento informado.** Documento, que se entregó a los participantes a fin de solicitar su consentimiento por escrito, de modo tal que éstos pudieran formar parte del estudio. Esto se hizo por razones legales y de ética profesional (ver Anexo A).

**5.5.2 Cuestionarios de auto reporte.** En su versión dirigida a la muestra de meditadores seleccionada, consta de un total de 43 preguntas, divididas en 4 secciones

que en conjunto van dirigidas a conocer la percepción que tienen los participantes sobre la práctica de la meditación zen y cómo vinculan la presencia o ausencia de indicadores de ansiedad y depresión con dicha práctica. Adicionalmente permite conocer si los sujetos han estado expuestos recientemente a eventos que hayan podido afectar su estado de ánimo y propiciar síntomas de esta índole. Este cuestionario está diseñado para administrarse de manera grupal y el tiempo estimado de administración es de 20 minutos, aunque es posible responderlo en menor tiempo dependiendo del participante.

En la primera sección (A) se busca conocer cómo es entendida la meditación zen por quienes la practican, y explorar la posible presencia de un evento reciente que haya sido emocionalmente perturbador. En las secciones B y C se evalúa la propia percepción de los participantes sobre sus síntomas de ansiedad y depresión y algunas de las preguntas vinculan estas variables con la práctica de la meditación zen, contrastando la experiencia meditativa con la asistencia previa a psicoterapia o la toma de psicofármacos. La sección D está compuesta por preguntas de descarte que permiten determinar si algún participante debe ser excluido de la muestra. Estos criterios de exclusión se especifican en las variables extrañas controladas y fueron considerados por el examinador a posteriori, por lo cual se colocan al final del cuestionario, para evitar que el propio participante de por finalizado el proceso por cuenta propia.

En su versión adaptada para el grupo contraste de no meditadores, diseñada para ser respondida en un tiempo de hasta 10 minutos, se establecieron únicamente 24 ítems, dirigidos a indagar el manejo emocional ante la situación del país y la posibilidad o no de haber considerado la meditación zen como un recurso de utilidad para afrontar la situación. De igual modo, esta versión indaga la percepción sobre la presencia o no de síntomas de ansiedad y depresión y para ambas variables se explora la experiencia previa con psicoterapia y medicación. La sección D permanece sin cambios (ver anexo B).

**5.5.3 Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado IDARE.** Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (Spielberger, Díaz-Guerrero, 1975) el cual consta de dos (2) escalas auto administradas de veinte (20) preguntas cada una, las cuales se responden siguiendo un

continuo de: “no en lo absoluto”, “un poco”, “bastante” y “mucho” para la primera parte, correspondiente a la *ansiedad estado* (20 preguntas), y otro continuo de: “casi nunca”, “algunas veces”, “frecuentemente” y “casi siempre” para la segunda parte que evalúa la *ansiedad rasgo* (otras 20 preguntas) (ver Anexo C). En algunos casos los ítems se corrigen en forma directa mientras que la redacción de otros ítems está enfocada de manera inversa. Una vez corregido el inventario, para ambas escalas los valores mayores o iguales a 45 puntos indican que la persona se ubica en un rango de ansiedad “alto”, los puntajes entre 30 puntos y 44 puntos ubican al individuo en un rango “medio” y los puntajes menores o iguales a 30 puntos lo ubican en un rango “bajo”.

**5.5.4 Escala de Depresión del Centro Epidemiológico de EE.UU. CESD-R.** Se empleó la versión revisada de la escala CESD-R (Eaton y cols., 1998) adaptada al castellano en población mexicana (Reyes-Ortega y cols. 2003) - ver anexo D -. Consta de un total de treinta y cinco (35) preguntas dirigidas a conocer la presencia y frecuencia de aparición de indicadores que conforman la sintomatología de la depresión, abarcando algunas emociones y situaciones específicas. Temporalmente exploran su aparición durante las dos semanas anteriores a la administración y se responden en base a un continuo que mide frecuencia: “escasamente”, “algo”, “la mayoría”, “casi diario”. El algoritmo sugerido para su corrección es el siguiente:

1. Síntomas de episodio depresivo mayor clínicamente relevantes: síntomas en al menos cinco criterios, incluidos los síntomas de anhedonia o disforia durante dos semanas.
2. Episodio depresivo mayor altamente probable, presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas, pero con sólo cuatro síntomas.
3. Episodio depresivo mayor probable, presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con sólo tres síntomas.
4. Episodio depresivo sub clínico, indicado por un resultado de 16 o más puntos en la escala revisada y sin figurar en alguna de las categorías anteriores.
5. Ausencia de síntomas de relevancia clínica, incluidos los individuos que tuvieron un resultado menor a 16 puntos en la escala revisada.

Este algoritmo se diseñó por los autores en base a los síntomas planteados en el DSM-IV, teniendo en cuenta una ponderación para mantener el rango de corte de 16 puntos planteado en la escala CES-D original. En este estudio se tomó en cuenta la frecuencia y presencia de síntomas aunque los sujetos de ambos grupos no entraran en categoría diagnósticas

## 5.6 Procedimiento

Se realizó el contacto institucional con los centros de meditación zen correspondientes, con la intención de plantear la razón y objetivos de la investigación. Una vez se contó con su autorización, en la siguiente jornada de trabajo se procedió a acudir a los mismos en el horario de reunión para la práctica del Zazen con la finalidad de explicarle brevemente al grupo de meditadores en qué consiste el estudio. A aquellos practicantes que aceptaban participar, se les entregó el consentimiento informado y se planificó con ellos un horario dentro del cual pudieran asistir todos, con la intención de realizar el proceso correspondiente a la administración de los instrumentos.

El proceso se realizó de forma colectiva, durante varias sesiones hasta completar el total de participantes estipulados por centro. Estas sesiones de administración grupal tuvieron una duración aproximada de hasta 40 minutos. En primer lugar, se administró el cuestionario de auto reporte, abarcando 20 minutos aproximadamente en este primer paso, seguido del IDARE y luego la escala CESD-R con un tiempo estimado de 10 minutos para cada instrumento. Los resultados generales del estudio se dieron a conocer a cada centro con la finalidad que los mismos fuesen conocidos a nivel institucional y se compartiera esta información con los integrantes de los mismos, hayan o no participado directamente en el proceso. Este procedimiento general, desde el contacto institucional hasta la devolución de los resultados se repitió en ambos centros de meditación zen seleccionados. En el caso del grupo contraste de no meditadores, se realizó la administración del cuestionario de auto reporte y luego de los dos instrumentos, siguiendo el mismo orden, IDARE y CESD-R, tomando todo un tiempo menor, que no superó los 25 minutos.

## 5.7 Análisis de resultados

Una vez obtenidos los resultados de la administración de los instrumentos IDARE y CESD-R, se procedió a su cuantificación y análisis estadístico con el programa SPSS, a fin de obtener indicadores de los hallazgos clínicos de ansiedad y depresión en los participantes tanto de la muestra seleccionada como del grupo de contraste, para posteriormente proceder a su comparación, interpretación y discusión. Las comparaciones entre las distribuciones de puntaje de las muestras se realizaron mediante el estadístico U de Mann Whitney, estadístico no paramétrico que permite comparar muestras pequeñas que no se distribuyen de forma normal, por no ser representativos de toda la población. Los datos obtenidos mediante la administración de la escala de auto reporte se codificaron, cuantificaron y analizaron de manera similar, teniendo en cuenta frecuencias y porcentajes. Todo esto se detalla en los Resultados de la Investigación.

## VI. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En primer lugar, debe mencionarse que se lograron administrar los 60 protocolos previstos, resultando 30 protocolos administrados para el grupo de meditadores y 30 protocolos administrados para el grupo de no meditadores. Se tomó en consideración que ambas muestras se distribuyeran de forma equitativa en cuanto a edad y sexo, de manera que la muestra de no meditadores se levantó de forma similar en cuanto a estas variables en comparación a la muestra de meditadores, es decir, en principio, por cada practicante zen considerado para el estudio, debe haber un no meditador del mismo sexo y del mismo rango de edad.

Originalmente, el grupo de meditadores se distribuyó de la siguiente manera: 17 practicantes del Centro Zen Bodaishin y 13 practicantes del Centro Zen Dokan, no fue posible un muestreo equitativo ya que el Centro Zen Bodaishin tiene mayor concurrencia que el otro centro considerado. Sin embargo, de la muestra administrada se seleccionan únicamente un total de 28 sujetos válidos para el procesamiento de datos ya que dos de los participantes no contestaron la totalidad de los instrumentos, resultando que los no considerados dejaron de responder parcial o totalmente los inventarios de ansiedad y de depresión (IDARE y CESD-R) o al menos uno de ellos, por lo que debieron ser excluidos del estudio. Ninguno de los participantes fue excluido por consumir alguna sustancia o medicamento que hiciera incompatible su participación en la presente investigación (consumo de actual psicofármacos, activadores o depresores mayores del S.N.C.).

De los sujetos válidos considerados para el grupo de meditadores, queda un total de 17 sujetos del Centro Zen Bodaishin y 11 sujetos del Centro Zen Dokan. Del grupo de no meditadores sí se toma un total de 30 sujetos válidos para el procesamiento de la muestra.

### 6.1 Análisis de resultados

**6.1.1 Grupo de meditadores.** A continuación se describen algunos indicadores que resultan llamativos para el grupo de meditadores, considerando ambos centros zen en conjunto.

Participaron 3 sujetos con edades comprendidas entre 20 a 29 años (10, 7%), 6 con

edades entre 30 y 39 años (21,4%), 8 con edades entre 40 y 49 años (28,6%), 6 con edades comprendidas entre 50 a 59 años (21,4%) y 5 sujetos con 60 años o más (17,8%).

**Tabla 1.***Rangos de edades y frecuencias*

Rango	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
20 -29 años	3	10,7 %
30- 39 años	6	21,4 %
40- 49 años	8	28,6 %
50- 59 años	6	21,4 %
60 o más	5	17,8 %

Tabla 1. Rango de edades y frecuencias

Adicionalmente debe considerarse que la totalidad de los practicantes que calificaron como sujetos válidos o son profesionales o se encuentran cursando estudios universitarios actualmente. Hubo una amplia variabilidad de profesiones reportadas, destacando un total de 5 psicólogos (17,8%), 5 ingenieros (17,8%), y 3 médicos (10,7%). El resto de los participantes indicó profesiones diversas.

**Tabla 2.***Profesiones de practicantes de Zazen*

Profesión	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Psicólogos	5	17,8 %
Ingenieros	5	17,8 %
Médicos	3	10,7 %
Otros	15	53,6 %

Tabla 2. Profesiones de practicantes de Zazen

Así mismo, 9 de los participantes manifestaron profesar la religión católica (32,1%), 6 de ellos la religión budista (21,4%), 4 ninguna religión (14,3%), 1 ser agnóstico (3,5%) y 8 de los participantes prefirieron no responder este reactivo (28,6%).

**Tabla 3.***Religiones de practicantes de Zazen*

Religión	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Católica	9	32,1 %
Budista	6	21,4 %
Ninguna	4	14,3 %
Agnósticos	1	3,5 %
No contesta	8	28,6 %

Tabla 3. Religiones de practicantes de Zazen

En cuanto a los resultados de la sección A del cuestionario destinada a explorar la percepción sobre el Zazen, el 75% de los participantes señaló que la práctica de Zazen representaba atención/observación sobre sí mismo, mientras que un 25% la ve como señal de paz, tranquilidad y sosiego. Así mismo un 71,4 % considera al Zazen como una práctica ritual relacionada con el budismo, mientras que un 28,6% la ve como una práctica no necesariamente relacionada a esta religión, indicando además un 85,7 % que lo ve como una forma de fomentar su espiritualidad en contraste con un 14,3% que lo ve como una forma de aliviar sus sufrimientos diarios.

**Tabla 4.***Percepción del Zen*

<b>Representa para ellos</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Atención/observación	21	75 %
Paz, tranquilidad, sosiego	7	25 %
<b>Considera al Zazen</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Relacionado al budismo	20	71,4 %
No necesariamente relacionado	8	28,6 %
<b>El Zazen es una forma de...</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Fomentar espiritualidad	24	85,7 %
Aliviar sufrimientos diarios	4	14,3 %

Tabla 4. Percepción del Zen

En relación al tiempo de práctica del Zazen, 5 participantes (17,9%) mencionaron tener entre 1 y 3 meses de práctica, mientras que 6 de ellos, un 21,4%, refirió tener entre 3 y 12 meses practicando, 6 de ellos (21,4%) entre 1 y 2 años en la práctica y 11 meditadores (39,3%) más de dos años haciendo Zazen. Del total de participantes, 23, un 82,1 % señaló no estar ordenados al Budismo, mientras que 5 de ellos (17,9%) si lo están.

**Tabla 5.***Tiempo de práctica*

<b>Tiempo</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
1 a 3 meses	5	17,9 %
3 a 12 meses	6	21,4 %
1 a 2 años	6	21,4 %
Más de 2 años	11	39,3 %

Tabla 5. Tiempo de práctica

En cuanto a la frecuencia en la cual estos meditadores practican Zazen, 3 de ellos

(10,7 %) reportaron practicar menos de una vez a la semana, mientras que 8 practicantes (28,6%) indicaron que practican una vez a la semana, 8 más 2, 3 o más veces por semana (28,6%) y 9 de ellos diariamente (32,1%).

**Tabla 6.***Frecuencia de práctica*

<b>Frecuencia</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Menos de 1 vez a la semana	3	10,7 %
1 vez a la semana	8	28,6 %
2, 3 o más veces a la semana	8	28,6 %
Diariamente	9	32,1 %

Tabla 6. Frecuencia de práctica

Cabe destacar que del total de sujetos válidos, un 28,6% de ellos practica Zazen exclusivamente en el Dojo durante las horas de práctica, un 35,7% de ellos adicionalmente complementa esta práctica estando a solas, mientras que otro 35,7% reportó que hacía Zazen más veces a solas que en compañía de otros meditadores.

**Tabla 7.***Forma de práctica*

<b>Forma</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Exclusivamente en el Dojo	8	28,6 %
En el Dojo pero complementa	10	35,7 %
Más veces a solas	10	35,7 %

Tabla 7. Forma de práctica

Así mismo, un 64,3 % de la muestra de meditadores indicó haber descubierto la práctica del Zazen por cuenta propia, mientras que un 28,6% supo de ésta a través de la recomendación de un no practicante y solamente un 7,1 % supo de dicha práctica por recomendación de otro meditador.

**Tabla 8.***Aproximación al Zazen*

<b>Lo conoció</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Recomendado por un practicante	2	7,1 %
Recomendado por un no practicante	8	28,6 %
Al descubrirlo por cuenta propia	18	64,3 %

Tabla 8. Aproximación al Zazen

Del mismo modo, un 100% de los participantes afirmó haber notado cambios en su

vida desde que inició la práctica de Zazen

**Tabla 9.**

*Reporta cambios en su vida*

SI /NO	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	28	100 %
No	0	0 %

Tabla 9. Reporta cambios en su vida

De estos, un 25% reportó haber percibido cambios inmediatamente, durante la primera semana de práctica, un 35,7% durante el primer mes, un 14,3% considera que le tomó entre 1 y 3 meses, un 17,9% entre 4 meses y un año y un 7,1% indica que los cambios los percibió al primer año; ninguno de los sujetos reportó que le hubiera tomado más de un año percibir estos cambios.

**Tabla 10.**

*Tiempo en percibir los cambios*

Tiempo transcurrido	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Inmediatamente, 1era sem.	7	25 %
Durante el 1er mes	10	35,7 %
Entre 1mes y 3 meses	4	14,3 %
Entre 4 meses y 1er año	5	17,9 %
Al primer año	2	7,1 %
Le tomó más de un año	0	0 %

Tabla 10. Tiempo en percibir los cambios

Cabe destacar que en relación a los cambios percibidos, 27 participantes, un 96,4% indicó que los cambios habían sido muy positivos, mientras que uno reportó que los cambios habían sido positivos pero sólo un poco (3,6%).

**Tabla 11.**

*Calidad de los cambios percibidos*

Calidad reportada	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Muy positivos	27	96,4 %
Positivos, sólo un poco	1	3,6 %
Negativos, sólo un poco	0	0 %
Muy negativos	0	0 %

Tabla 11. Calidad de los cambios percibidos

Así mismo, un 14,3% no ha comentado los cambios obtenidos con otras personas, un 7,1% los ha comentado pero sin llegar a recomendar su práctica, un 78,6% los ha comentado y ha recomendado su práctica, mientras que ninguno los ha comentado desaconsejando su práctica.

**Tabla 12.***Comentar sobre cambios del Zazen y recomendarlo*

Comentan/ recomiendan	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
No comenta los cambios	4	14,3 %
Los comenta pero sin recomendarlo	2	7,1 %
Los comenta y recomienda Zazen	22	78,6 %
Los comenta y desaconseja Zazen	0	0 %

Tabla 12. Comentar sobre cambios del Zazen y recomendarlo

En cuanto a la práctica del Zazen relacionada con la situación país y la crisis sociopolítica y económica actual, un 17,9% mencionó que sí habían iniciado su práctica intentando buscar algún tipo de ayuda ante la situación, un 67,8% indicó que no, y un 14,3% mencionó que le era indiferente la situación en relación a su decisión de iniciar Zazen. Sin embargo, al consultarle a los participantes si la práctica del Zazen le había resultado útil para el manejo emocional de la crisis actual un 92,9% indicó que sí y sólo un 7,1% se mantuvo indiferente al vincular la práctica meditativa con la situación sociopolítica y económica actual.

**Tabla 13.***Zazen y situación-país*

Inician por crisis actual	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	5	17,9 %
No	19	67,8 %
Indiferente	4	14,3 %
Le ha ayudado en crisis	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	26	92,9 %
No	0	0 %
Indiferente	2	7,1 %

Tabla 13. Zazen y situación-país

En lo relativo a eventos suscitados que hubiesen podido generar síntomas de ansiedad y depresión, 20 participantes (71,4%) indicaron haber sufrido algún evento que pudiese

haber incidido sobre su ansiedad o estado de ánimo. De ellos, 11 manifestaron que estos eventos le habían producido síntomas de ansiedad (55%), 1 síntomas de depresión (5%), 6 tanto de ansiedad como de depresión (30%) y 2 de ellos negaron que estos eventos le hubiesen producido estos síntomas (10%). 19 de estos 20 sujetos de los afirmó haberse mantenido practicando Zazen tras los eventos y todos ellos manifestaron que dicha práctica le ayudó a manejarse emocionalmente ante las situaciones vividas.

**Tabla 14.***Eventos que suscitan ansiedad o depresión*

<b>Sufrieron eventos</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	20	71,4 %
No	8	28,6 %
<b>Eventos suscitan sx.</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Ansiedad	11	55 %
Depresión	1	5 %
Ambos	6	30 %
Ninguno	2	10 %

Tabla 14. Eventos que suscitan ansiedad o depresión

En cuanto a la sección B del cuestionario, destinada a conocer la autopercepción sobre la presencia o no de síntomas de ansiedad, 24 de los 28 participantes (85,7%) manifestó tener síntomas de este tipo antes de iniciar la práctica del Zazen. De ellos, 23 (95,8%) indicó que los cambios obtenidos a través del Zazen habían repercutido en sus síntomas de ansiedad, de los cuales todos manifestaron una disminución.

Sin embargo, de estos 23 participantes, 17, un 73,9% manifestó que realizaban otras actividades a las cuales pudieran atribuirse estos cambios referidos a la disminución de sus síntomas de ansiedad, mientras que únicamente 6 de ellos (26,1%) indicó que no las realizaban.

**Tabla 15.**  
*Síntomas de ansiedad*

Presentaban síntomas antes	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	24	85,7 %
No	4	14,3 %
Zazen repercute en sx.	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	23	95,8 %
No	1	4,2 %
Disminución de síntomas	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	23	100 %
No	0	0 %
Realizan otras actividades	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	17	73,9 %
No	6	26,1 %

Tabla 15. Síntomas de ansiedad

Un 50% de los 24 participantes que habían manifestado síntomas de ansiedad reportó haber tratado de manejar estos síntomas asistiendo a psicoterapia, de los cuales los tipos de terapia más considerados fueron la terapia psicoanalítica (58,3%) y la terapia cognitivo conductual (33,3%). De estas 12 personas, un 16,7 % piensa que el Zazen le ha ayudado igual que la psicoterapia, un 66,7% piensa que le ha complementado los efectos de ésta, mientras que otro 16,7% piensa que le ha ayudado incluso más que la psicoterapia.

**Tabla 16.**  
*Manejo de la ansiedad - psicoterapia*

Asistencia a psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	12	50 %
No	12	50 %
Tipos de psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Cognitivo-conductual	4	33,3 %
Terapia psicoanalítica	7	58,3 %
Otras	1	8,3 %
El Zazen le ha ayudado...	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Igual que la psicoterapia	2	16,7 %
Menos que la psicoterapia	0	0 %

Complementando la psic.	8	66,6 %
Le ha ayudado más que la psic.	2	16,7 %
No le ha ayudado	0	0 %

Tabla 16. Manejo de la ansiedad – psicoterapia

Por su parte un 12,5% de los 24 participantes que habían manifestado síntomas de ansiedad (3 sujetos) reportó haber tratado de manejar estos síntomas tomando medicamentos, tanto ansiolíticos (66,6%) como antidepresivos (33,3%). De estos 3 sujetos, uno piensa que el Zazen le ha ayudado igual que la medicación, otro que le ha complementado los efectos de ésta y otro que le ha ayudado inclusive más que la medicación.

**Tabla 17.***Manejo de la ansiedad - medicación*

<b>Ingesta de medicamentos</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	3	12,5 %
No	21	87,5 %
<b>Tipos de medicación</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Ansiolíticos	2	66,6 %
Antidepresivos	1	33,3 %
<b>El Zazen le ha ayudado...</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Igual que la medicación	1	33,3 %
Complementando la medic.	1	33,3 %
Le ha ayudado más que la medic.	1	33,3 %

Tabla 17. Manejo de la ansiedad – medicación

En referencia a la sección C del cuestionario, destinada a conocer la autopercepción sobre la presencia o no de síntomas de depresión, 11 de los 28 participantes (39,3%) manifestó tener síntomas de este tipo antes de iniciar la práctica del Zazen. Todos ellos indicaron que los cambios obtenidos a través del Zazen habían repercutido en sus síntomas de depresión, manifestando una disminución de la sintomatología.

Cabe destacar que de estos 11 participantes, 8, un 72,7% manifestó que realizaban otras actividades a las cuales pudieran atribuirse estos cambios referidos a la disminución de sus síntomas de depresión, mientras que únicamente 3 de ellos (27,3%) indicó que no las realizaban.

**Tabla 18.***Síntomas de depresión*

Presentaban síntomas antes	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	11	39,3 %
No	17	60,7 %
Zazen repercute en sx.	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	11	100 %
No	0	0 %
Disminución de síntomas	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	11	100 %
No	0	0 %
Realizan otras actividades	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	8	72,7 %
No	3	27,3 %

Tabla 18. Síntomas de depresión

Vale la pena señalar que 7 de los 11 participantes que habían manifestado síntomas de depresión (63,6%) reportó haber tratado de manejar estos síntomas asistiendo a psicoterapia. De estas 7 personas, un 14,3 % piensa que el Zazen le ha ayudado igual que la psicoterapia, un 71,4% piensa que le ha complementado los efectos de la psicoterapia, mientras que otro 14,3% piensa que le ha ayudado incluso más que la psicoterapia.

**Tabla 19.***Manejo sx. depresión - psicoterapia*

Asistencia a psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	7	63,6 %
No	4	36,3 %
El Zazen le ha ayudado...	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Igual que la psicoterapia	1	14,3 %
Menos que la psicoterapia	0	0 %
Complementando la psic.	5	71,4 %
Le ha ayudado más que la psic.	1	14,3 %
No le ha ayudado	0	0 %

Tabla 19. Manejo sx. depresión – psicoterapia

Por su parte un 27,3% de los 11 participantes que habían manifestado síntomas de depresión reportó haber tratado de manejar estos síntomas tomando medicamentos, todos antidepresivos. De estas 3 personas, dos piensan que el Zazen ha complementado los efectos de la medicación y otra que no le ha ayudado comparado con ésta.

**Tabla 20.***Manejo de sx. depresión - medicación*

<b>Ingesta de medicamentos</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	3	27,3 %
No	8	72,7 %
<b>Tipos de medicación</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Antidepresivos	3	100 %
<b>El Zazen le ha ayudado...</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Complementando la medic.	2	66,6 %
No le ha ayudado	1	33,3 %

Tabla 20. Manejo de sx. depresión– medicación

En cuanto a las consideraciones finales, sección D del cuestionario, de los 28 participantes, solamente 4 (14,3%) indicaron tener algún diagnóstico previo relacionado con la ansiedad o el estado de ánimo, a saber: 2 de ellos depresión, otro un trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad y otro, alcoholismo – con tendencia depresiva-.

**Tabla 21.***Diagnósticos previos*

<b>Presentaban diagnóstico</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	4	14,3 %
No	24	85,7 %

Tabla 21. Diagnósticos previos

En general, 25% de ellos se encontraba asistiendo a psicoterapia en el momento de haber respondido el cuestionario, 7,1 % había asistido recientemente, 32,1 % asistió hace mucho tiempo y 35,7% nunca había asistido a tratamiento. De los 18 practicantes que sí habían asistido o asistían en ese momento, un 27,8% asistió durante pocas sesiones, 11,1% entre 3 y 6 meses, 5,6% entre 6 meses y un año, 11,1% entre un año y dos, y 44,4% más de 2 años. 11 de ellos mantuvo o mantenía una frecuencia semanal, uno asistía

3 veces por semana, mientras que otro asistía de forma ocasional, los otros sólo asistieron durante pocas sesiones, insuficientes para considerar una frecuencia de asistencia.

**Tabla 22.**  
*Asistencia a psicoterapia*

<b>Asistencia a psicoterapia</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Asiste actualmente	7	25 %
Ha asistido recientemente	2	7,1 %
Ha asistido hace mucho	9	32,1 %
Nunca ha asistido	10	35,7 %
<b>Tiempo de asistencia</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Pocas sesiones	5	27,8 %
Entre 3 y 6 meses	2	11,1 %
De 6 meses a un año	1	5,6 %
Entre un año y dos	2	11,1 %
Más de dos años	8	44,4 %
<b>Frecuencia de asistencia</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Pocas sesiones	5	27,8 %
Ocasional	1	5,6 %
1 vez por semana	11	61 %
3 veces por semana	1	5,6 %

Tabla 22. Asistencia a psicoterapia

Del total de los 28 participantes, 7 de ellos (25%) habían recibido algún tipo de intervención a través del Coaching recientemente, mientras que 21 (75%) de ellos no.

**Tabla 23.**  
*Coaching*

<b>Había recibido Coaching</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	7	25 %
No	21	75 %

Tabla 23. Coaching

No fue necesario excluir a ningún sujeto de la muestra por consumir algún tipo de sustancia o encontrarse tomando medicación en alguna dosis que pudiera interferir con la data a obtener a través del presente estudio.

**6.1.2 Grupo de no meditadores.** En cuanto a algunos datos relevantes de la muestra de no meditadores, cabe destacar que la misma está compuesta por 30 sujetos cuyo sexo y edad se distribuyó de la misma forma que la muestra de meditadores. En cuanto a su formación académica, 22 de los 30 participantes (73,3%) tenían formación universitaria completa, mientras que 3 sujetos (10%) resultaron ser técnico superior universitario y 4 de ellos (13,3%) bachilleres. 4 participantes no respondieron esta pregunta. En lo referente a las preferencias religiosas de los participantes de esta muestra 76,7% manifestaron profesar la religión católica, mientras que un 6,6 % de ellos manifestaron ser cristianos evangélicos, un 3,3% ser ateos, otro 3,3% no profesar ninguna religión, mientras que un 10% no respondió a esta pregunta. Ninguno manifestó sostener el budismo como religión.

**Tabla 24.***Religiones no meditadores*

<b>Religión</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Católica	23	76,7 %
Evangélicos	2	6,6 %
Ateos	1	3,3 %
Ninguna	1	3,3 %
No contesta	3	10 %

Tabla 24. Religiones no meditadores

29 de los 30 participantes (96,7%) manifestaron que la crisis socioeconómica y política que atraviesa el país ha tenido incidencia en su tranquilidad o estado de ánimo. De estos, un 51,7% manifestó que la situación le había generado síntomas de ansiedad, un 3,4 % síntomas de depresión y un 44,8% tanto síntomas de ansiedad como de depresión

**Tabla 25.***Crisis y estado de ánimo*

<b>Incide en estado de ánimo</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	29	96,7 %
No	1	3,3 %
<b>La crisis le produce</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Síntomas de ansiedad	15	51,7 %
Síntomas de depresión	1	3,4 %
Sintomatología mixta	13	44,8 %

Tabla 25. Crisis y estado de ánimo

De los 30 participantes, un 83,3% manifestó que en los últimos 4 meses había experimentado diversos eventos que le habían podido afectar su tranquilidad o estado de ánimo. De ellos, un 48% indicó que estos hechos le generaron síntomas de ansiedad, un 8% síntomas de depresión, mientras que un 44% indicó que estos eventos pudieron generarle síntomas tanto de ansiedad como de depresión.

**Tabla 26.***Eventos específicos que inciden en estado de ánimo los últimos 4 meses*

<b>Ha experimentado alguno</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	25	83,3 %
No	5	16,7 %
<b>Eventos le producen</b>	<b>Cantidad de sujetos válidos</b>	<b>Porcentaje</b>
Síntomas de ansiedad	12	48 %
Síntomas de depresión	2	8 %
Sintomatología mixta	11	44 %

Tabla 26. Eventos específicos que inciden en estado de ánimo los últimos 4 meses

Entre las actividades más referidas que los participantes realizan con la finalidad de intentar afrontar estos eventos se encuentran: centrarse en actividades laborales (22,9%), ejercicio físico y rezar (13,1% cada uno), leer (11,4%), aumentar la ingesta de alimentos, bebidas alcohólicas o cigarrillos, así como fomentar relaciones sociales y familiares o asistir a psicoterapia (8,1% cada opción), meditar o centrarse en actividades académicas (4,9% cada uno), tomar psicofármacos (3,2%) y otras opciones 2,1 %. Esta opción es de respuestas múltiples por lo que únicamente se toma en cuenta el porcentaje para cada respuesta seleccionada y no la cantidad de sujetos que marcaron las diversas opciones.

**Tabla 27.***Actividades para afrontar eventos negativos*

<b>Actividad</b>	<b>Porcentaje</b>
Actividades laborales	22,9 %
Ejercicio físico	13,1 %
Rezar	13,1 %
Leer	11,4 %
Comer, beber o fumar más	8,1 %
Relaciones sociales/familiares	8,1 %
Asistir a psicoterapia	8,1 %
Meditar	4,9 %

Actividades académicas	4,9 %
Tomar psicofármacos	3,2 %
Otras opciones	2,1 %

Tabla 27. Actividades para afrontar eventos negativos

Cabe destacar que de la muestra de no meditadores, únicamente un 20% (6 sujetos) indicó que si conocía de antemano la meditación zen y de esta porción, 3 sujetos consideraron practicarla para afrontar sus síntomas de ansiedad, mientras que otra persona consideró la posibilidad de hacerlo para manejar tanto sus síntomas de ansiedad como de depresión. Es decir, del total, únicamente un 13,3% de los participantes de esta muestra consideraron la posibilidad de recurrir a la meditación zen para aliviar estos síntomas.

**Tabla 28.***Conocimiento y práctica de la meditación zen*

Conoce la meditación zen	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	6	20,0 %
No	24	80,0 %
Consideró practicarla	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Para afrontar sx ansiedad	3	50 %
Para afrontar sx depresión	0	0 %
Para afrontar ambos	1	16,6 %
No consideró practicarla	2	33,3 %

Tabla 28. Conocimiento y empleo de la meditación zen

Un total de 90% de los participantes (27 sujetos) consideró haber presentado recientemente síntomas de ansiedad.

**Tabla 29.***Síntomas de ansiedad en no meditadores*

Reporta síntomas recientes	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	27	90,0 %
No	3	10,0 %

Tabla 29. Síntomas de ansiedad en no meditadores

De este grupo, un 25,9 % indicó que había asistido a psicoterapia para ayudarse a manejar estos síntomas, contra un 74,1% que indicó lo contrario. Nuevamente la terapia psicoanalítica resultó ser la elección más frecuente con un 57,1%, seguido de la psicoterapia cognitivo conductual con un 28,6%.

**Tabla 30.***Manejo de la ansiedad – psicoterapia en no meditadores (en base a 27 sujetos.)*

Asiste a psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	7	25,9 %
No	20	74,1 %
Tipo de psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Cognitivo conductual	4	57,1 %
Terapia psicoanalítica	2	28,6 %
Desconoce	1	14,3 %

Tabla 30. Manejo de la ansiedad – psicoterapia en no meditadores

Por su parte un 22,2 % reconoció haber tratado de manejar esta ansiedad a través de la ingesta de medicamentos.

**Tabla 31.***Manejo de la ansiedad – medicación en no meditadores (en base a 27 sujetos.)*

Ingesta de medicamentos	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	6	22,2 %
No	21	77,8 %

Tabla 31. Manejo de la ansiedad – medicación en no meditadores

De la misma forma, un 53,3% indicó haber presentado recientemente síntomas de depresión.

**Tabla 32.***Síntomas de depresión en no meditadores*

Reporta síntomas recientes	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	16	53,3 %
No	14	46,7 %

Tabla 32. Síntomas de depresión en no meditadores

De este grupo, un 25% refirió haber considerado asistir a psicoterapia para tratar de manejar estos síntomas. En este caso también el tipo de psicoterapia más elegida es la de corte psicoanalítico con un 50% de los casos.

**Tabla 33***Manejo sx. depresión – psicoterapia en no meditadores (en base a 16 sujetos.)*

Asiste a psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	4	25 %
No	12	75%
Tipo de psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Cognitivo conductual	1	25 %
Terapia psicoanalítica	2	50 %
Desconoce	1	25 %

Tabla 33. Manejo sx. depresión – psicoterapia en no meditadores

Únicamente un 6,3% de los sujetos mencionó haber consumido medicamentos para tratar de manejar esta situación.

**Tabla 34***Manejo sx. depresión – medicación en no meditadores (en base a 16 sujetos.)*

Ingesta de medicamentos	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	1	6,3 %
No	15	93,7 %

Tabla 34. Manejo sx. depresión – medicación en no meditadores

En relación a otras consideraciones de esta muestra, del total de esta muestra, 25 personas, (un 83,3%) negaron haber tenido diagnósticos previos relacionados con la ansiedad o el estado de ánimo, mientras que un 16,7% (5 sujetos) reconoció haber tenido algún diagnóstico previo, a saber: burnout, depresión (2 participantes), TADH de tipo intranquilo, duelo patológico.

**Tabla 35***Diagnósticos previos no meditadores*

Reporta	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	5	16,7 %
No	25	83,3 %

Tabla 35. Diagnósticos previos no meditadores

En cuanto a la asistencia a psicoterapia, un 13,3% afirmó estar asistiendo al momento de responder el cuestionario, un 10% haber asistido recientemente, otro 20% haber asistido hace mucho tiempo y un 56,7% no haber asistido nunca. Del 43% que en algún momento había asistido a psicoterapia o se encontraba asistiendo, el grupo mayoritario fue un 38,4% (de este segmento) que había estado asistiendo entre 1 año y 2. El resto se distribuyó en 4 grupos diferentes de 15,4% cada uno, tal como se especifica en la tabla presentada más adelante.

De quienes habían asistido a psicoterapia, un 46,1% lo hizo de forma semanal, un 23,1% dos veces por semana, un 7,7% 3 veces por semana, otro 7,7 % con frecuencia quincenal y un 15,4% durante pocas sesiones insuficientes para establecer una frecuencia de asistencia.

**Tabla 36.**  
*Asistencia a psicoterapia no meditadores*

Asistencia a psicoterapia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Asiste actualmente	4	13,3 %
Ha asistido recientemente	3	10 %
Ha asistido hace mucho	6	20 %
Nunca ha asistido	17	56,7%
Tiempo de asistencia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Pocas sesiones	2	15,4 %
Entre 3 y 6 meses	2	15,4 %
De 6 meses a un año	2	15,4 %
Entre un año y dos	5	38,4 %
Más de dos años	2	15,4 %
Frecuencia de asistencia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Pocas sesiones	2	15,4 %
Quincenal	1	7,7 %
1 vez por semana	6	46,1 %
2 veces por semana	3	23,1 %
3 veces por semana	1	7,7 %

Tabla 36. Asistencia a psicoterapia no meditadores

Así mismo, de esta muestra de no meditadores, un 13,3% había recibido Coaching de forma reciente, mientras que un 86,7% no.

**Tabla 37.**  
*Coaching no meditadores*

Había recibido Coaching	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Si	4	13,3 %
No	26	86,7 %

Tabla 37. Coaching no meditadores

Es importante mencionar que en esta muestra tampoco fue necesario excluir a ningún participante por encontrarse bajo el consumo de alguna sustancia o medicamento que interfiriera su participación en el presente estudio.

**6.1.3 Contraste entre muestras.** Luego de obtenidos los resultados tanto para la muestra de meditadores como la de no meditadores, se proceden a comparar ambas muestras independientes, empleando el estadístico no paramétrico U de Mann-Withney, prueba estadística para distribuciones no normales, que evalúa si dos grupos difieren entre sí, de manera significativa respecto a la distribución de puntajes de una variable, teniendo en cuenta que por el tamaño de la muestra y el método de muestreo empleado, la misma no es representativa de la población general – tanto de meditadores como no meditadores - y que por lo tanto los datos no se agrupan de manera normal.

En este sentido encontramos los siguientes resultados:

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,003% se rechaza la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba Idare Estado encontrándose diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores, siendo la distribución de puntajes distinta para ambas muestras.

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,222% se retiene la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba Idare Rasgo, no encontrándose diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de

meditadores y no meditadores, por lo cual la distribución de puntajes es equivalente para ambas muestras.

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,272% se retiene la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba CESD-R, no encontrándose diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores por lo cual la distribución de puntajes es equivalente para ambas muestras.

**Tabla 38.**

*Resumen de prueba de hipótesis*

Hipótesis nula	Test	Sig.	Sig. límite	Decisión
La distribución de IDARE Estado es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,003	0,05	Rechazar la hipótesis nula
La distribución de IDARE Rasgo es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,222	0,05	Retener la hipótesis nula
La distribución de CESD-R es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,272	0,05	Retener la hipótesis nula

Tabla 38. Resumen de prueba de hipótesis

En resumen, al comparar ambas muestras independientes (meditadores en contraste con no meditadores) únicamente se encuentran diferencias significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores cuando se analizan los datos de la prueba IDARE Estado, la cual evalúa la ansiedad como un hecho situacional, no estable, no existiendo diferencias significativas entre ambas muestras ni para la prueba de IDARE Rasgo (ansiedad como hecho estable a lo largo del tiempo), ni para la prueba CESD-R que evalúa la presencia de síntomas de depresión.

A raíz de esto, se decidió tomar en cuenta únicamente los practicantes que tuviesen un mayor tiempo de práctica, con la intención de conocer si había algún comportamiento

distinto en el caso de las variables estudiadas. En función de eso, se tomaron en cuenta 17 sujetos distribuidos de la siguiente manera: 6 de ellos (35,3%) con un tiempo de práctica que iba entre uno y dos años y 11 de ellos (64,7%) con un tiempo de práctica superior a los dos años

**Tabla 39.***Tiempo de práctica 17 meditadores*

Tiempo	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
1 a 2 años	6	35,3 %
Más de 2 años	11	64,7 %

Tabla 39. Tiempo de práctica 17 meditadores

Adicionalmente, como dato relevante, la mayoría de estos 17 practicantes tenía una frecuencia de práctica mayor, encontrándose la siguiente distribución: 11,8% meditaba menos de una vez por semana, 17,6 % lo hacía semanalmente, 47% dos, tres o más veces por semana y un 23,5 % diariamente. En total 70,5 % de este subgrupo meditaba con una frecuencia de más de una vez por semana.

**Tabla 40.***Frecuencia de práctica 17 meditadores*

Frecuencia	Cantidad de sujetos válidos	Porcentaje
Menos de 1 vez a la semana	2	11,8 %
1 vez a la semana	3	17,6 %
2, 3 o más veces a la semana	8	47,0 %
Diariamente	4	23,5 %

Tabla 40. Frecuencia de práctica 17 meditadores

Luego de realizar la prueba U de Mann Withney y contrastar estos 17 meditadores con el grupo de 30 no meditadores, se obtienen los siguientes resultados:

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,020% se rechaza la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba Idare Estado encontrándose diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores, siendo la distribución de puntajes distinta para ambas muestras.

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,236% se retiene la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba Idare Rasgo, no encontrándose

diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores, por lo cual la distribución de puntajes es equivalente para ambas muestras.

Con un nivel del 95% de confianza y una significancia del 0,232% se retiene la hipótesis nula, al comparar los resultados de la prueba CESD-R, no encontrándose diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas entre el grupo de meditadores y no meditadores, por lo cual la distribución de puntajes es equivalente para ambas muestras.

**Tabla 41.**

*Resumen de prueba de hipótesis 17 meditadores*

Hipótesis nula	Test	Sig.	Sig. límite	Decisión
La distribución de IDARE Estado es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,020	0,05	Rechazar la hipótesis nula
La distribución de IDARE Rasgo es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,236	0,05	Retener la hipótesis nula
La distribución de CESD-R es la misma entre las categorías de Meditadores / No meditadores	U de Mann Whitney para muestras independientes	0,232	0,05	Retener la hipótesis nula

Tabla 41. Resumen de prueba de hipótesis 17 meditadores

Puede afirmarse entonces que, se obtienen los mismos resultados que en el análisis previo a pesar que se toman en cuenta únicamente sujetos con un año o más de práctica de Zazen y que en su mayoría meditaban con una frecuencia mayor a una vez por semana, pareciendo no existir incidencia del tiempo de práctica en los resultados, aunque éste venga acompañado por una frecuencia de meditación mayor.

## VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la presente investigación, como uno de los objetivos generales se determinó, poder pesquisar hallazgos clínicos de ansiedad y depresión en una muestra de meditadores de dos centros de Budismo Soto Zen de la ciudad de Caracas y una vez obtenidos los datos respectivos determinar si los datos encontrados en este grupo diferían de los de la población general circundante no meditadora. Para ello se administró un cuestionario de auto reporte en 30 practicantes de meditación zen (Zazen), así como el Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE) y la prueba CESD-R y una vez obtenidos los datos respectivos, estos se compararon con los de un grupo contraste de otros 30 participantes no meditadores de igual distribución de edad y sexo que el grupo de meditadores.

De la misma manera, como segundo objetivo general se planteó indagar cómo es vivida la meditación zen por sus practicantes, y saber si éstos consideran que mediante su práctica han sentido algún alivio de los síntomas de ansiedad y depresión en caso que estuvieran presentes anteriormente, lo cual pudo conocerse a través de lo expresado por los practicantes de meditación zen en los respectivos cuestionarios de auto reporte que fueron administrados. Como tercer objetivo general, se buscaba establecer inferencias sobre la pertinencia o no, del uso de la meditación zen como una alternativa complementaria para el abordaje de estas entidades clínicas, para lo cual es necesario considerar los resultados estadísticos que contrastan la muestra de meditadores con la de no meditadores, como también la experiencia descrita por los participantes en los cuestionarios de auto reporte en cuanto a la utilidad o no de la práctica del Zazen como una herramienta que puede permitir un mejor manejo y alivio de los síntomas de ansiedad y depresión, inclusive comparando la percepción sobre su utilidad con la que se tiene de abordajes de uso habitual como la medicación y la psicoterapia.

En función de los objetivos generales y específicos se realizó el procesamiento estadístico de la data (análisis de frecuencias y pruebas no paramétricas), obteniendo resultados que pasarán a explicarse a continuación, estableciendo diferentes consideraciones, tanto numéricas como teórico-clínicas, con la intención de delimitar el alcance de los mismos e ir estableciendo importantes inferencias y conclusiones para la presente investigación.

## 7.1 Contraste entre muestras

Al analizar las distribuciones de puntaje de ambas muestras para las variables: ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión, aunque siempre los resultados del grupo de meditadores fueron más bajos que los del grupo de no meditadores, únicamente se encontraron diferencias lo suficientemente grandes para ser significativas en el caso de la variable ansiedad estado, que considera factores situacionales para medir este constructo. No fue así en el caso de la ansiedad rasgo ni tampoco en el caso de los síntomas de depresión en donde también hubo diferencias pero de menor tamaño como para ser consideradas estadísticamente significativas.

Esto pudiera deberse a que en efecto la práctica meditativa puede producir una mayor distensión emocional y cambios en el nivel de ansiedad de forma situacional, por lo que al contrastar la media de las respuestas obtenidas por los practicantes de Zazen luego de finalizar la meditación esta resulta significativamente más baja que en el caso de los no meditadores. Cabe destacar que los no meditadores fueron abordados para el estudio cuando se encontraban, bien en su vivienda o trabajo, o bien realizando alguna actividad recreativa, por lo que se cuidó que no estuviesen sometidos a niveles de ansiedad situacionales demasiado altos que pudieran condicionar sus resultados de antemano.

Sin embargo, pareciera que los efectos producidos no pueden considerarse lo suficientemente duraderos como para generar cambios estables en el tiempo en cuanto a los síntomas de ansiedad, ni tampoco en cuanto a los síntomas de depresión. Acá pueden intervenir otros factores además de la meditación, como el tiempo que tengan realizando Zazen, o la frecuencia de práctica y si además de éste, las personas realizan otra actividad a la cual pudieran atribuirse cambios de forma duradera en estas variables. Recordemos que por ejemplo, tanto en el grupo de meditadores como el de no meditadores hay sujetos que asisten a psicoterapia o realizan distintas actividades que les ayudan a lidiar con sus síntomas de ansiedad y depresión más allá de la distinción sobre si practican Zazen o no lo hacen, o qué tan seguido lo hacen.

En este sentido, pudiéramos señalar que pueden considerarse únicamente practicantes con mayor tiempo meditando en función de determinar si las variables ansiedad rasgo y

síntomas de depresión tendrían un comportamiento distinto en personas que tienen un año o más practicando Zazen. También pudieran considerarse únicamente las personas que practican con una frecuencia de dos o más veces a la semana, pero resulta difícil atribuir los cambios únicamente a la meditación zen considerando las otras actividades que pueden intervenir, teniendo en cuenta que puede ser difícil realizar un muestreo con personas que únicamente realicen meditación zen y no estén expuestos a ninguna otra situación que pudiera influir en el comportamiento de las variables; esto por ejemplo pudiera lograrse en el caso de monasterios de Budismo Soto Zen, pero es un tipo de muestreo que no sería factible realizar en nuestro contexto pues no existen este tipo de recintos.

Debido a esta interrogante que surgió en el curso de la investigación, se decidió tomar en cuenta únicamente a los practicantes con mayor tiempo haciendo Zazen y se realizaron nuevamente pruebas estadísticas al conjunto de 17 meditadores que refirió tener más de un año de práctica continua. De este subgrupo, además un 70,5% refirió meditar más de una vez por semana, un factor que también pudiese incidir en los resultados al haber una mayor frecuencia de práctica. Tras el análisis estadístico correspondiente, se encontró que no habían diferencias respecto al primer análisis que tomaba en cuenta a todos los meditadores y los contrastaba con todos los no meditadores, existiendo diferencias significativas únicamente en la variable ansiedad estado. Esto permite afirmar que hay influencia demostrable del Zazen en los niveles reportados de ansiedad estado, pero estos efectos no tienden a comportarse de forma estable a lo largo del tiempo aún en personas que tienen un mayor tiempo de práctica continuada, aunque mediten con una frecuencia mayor.

## 7.2 Percepción de los participantes

En su gran mayoría, los practicantes de meditación zen consideran que la misma es un ejercicio de atención y observación sobre sí mismos, relacionado al budismo y que les permite fomentar su espiritualidad. Es una minoría de practicantes quienes lo ven como sinónimo de paz, tranquilidad y sosiego, no necesariamente vinculado al budismo y como una forma de aliviar sus sufrimientos diarios. En base a esto podemos percibir que son pocas las personas que de entrada perciben a la meditación zen o Zazen como una herramienta que puede ser útil para el manejo de la ansiedad o los síntomas de depresión.

No obstante, la totalidad de los practicantes refirió haber notado cambios en su vida desde que practica Zazen, aunque no hay una tendencia clara respecto a cuán rápidos fueron percibidos estos cambios. La mayoría señaló que los mismos se habían dado inmediatamente o dentro del primer mes, aunque algunos participantes refirieron que esta percepción de cambios pudo haberle llevado un poco más de tiempo, inclusive hasta un año luego de iniciar la práctica. Estos cambios fueron percibidos como positivos, e inclusive como muy positivos en su gran mayoría, lo que marca una tendencia clara de al menos tres cuartas partes de los participantes a comentar estos cambios y recomendar el Zazen.

De la misma forma, la mayor cantidad de los participantes reportó haber sufrido eventos que pudieran afectar sus niveles de ansiedad (55%), depresión (5%) e incluso de ambos (30%). De estos, casi todos se mantuvieron en la práctica del Zazen y todos aquellos que lo hicieron indicaron que la práctica meditativa les había resultado útil para manejarse emocionalmente ante las dificultades vividas.

En cuanto a la meditación zen y la situación país, aunque una mayoría negó haber iniciado la práctica de meditación motivado a la situación actual de crisis en el país (únicamente 17,8 % respondió afirmativamente), casi la totalidad (92,9%) refirió que la práctica del Zazen le había ayudado en el manejo de la misma. Este es un resultado importante que debe destacarse, ya que aunque la mayoría de los participantes no acude a meditar originalmente como una forma de lidiar con la crisis política y socio económica, encuentra en la práctica una herramienta útil para ayudarse, algo que pudiera hacer que se mantengan y la recomiendan a otras personas.

En lo concerniente a la percepción de los participantes sobre el Zazen y sus síntomas de ansiedad, una mayoría considerable (85,7%) manifestó tener síntomas de este tipo antes de iniciar la práctica del Zazen. De ellos, casi la totalidad (95,8%) indicó que los cambios obtenidos a través del Zazen habían repercutido en sus síntomas de ansiedad, de los cuales todos manifestaron disminución de la sintomatología. Sin embargo, debe tenerse en consideración que un 73,9% manifestó que realizaban otras actividades a las cuales pudieran atribuirse estos cambios referidos a la disminución de sus síntomas de ansiedad, por lo cual la meditación pudiera ser un factor que contribuiría a la disminución de estos síntomas, más no el único de ellos, debiendo insistirse en que resulta bastante complejo

aislar y tomar únicamente en cuenta a practicantes que no realicen ninguna otra actividad a la que pueda atribuirse una disminución de sus niveles de ansiedad.

La mitad de los participantes que habían manifestado síntomas de ansiedad reportó haber tratado de manejar estos síntomas asistiendo a psicoterapia. De estas personas, un 16,7 % piensa que el Zazen le ha ayudado igual que la psicoterapia, un 66,7% piensa que le ha complementado los efectos de la psicoterapia, mientras que otro 16,7% piensa que le ha ayudado incluso más que la psicoterapia. Es decir, todos piensan que el Zazen le ha ayudado, e incluso un grupo mayoritario piensa que esta práctica puede complementar el tratamiento psicoterapéutico.

En el caso de la medicación, únicamente 3 de las 24 personas que habían manifestado síntomas de ansiedad refirieron haber consumido psicofármacos previamente. Un número tan bajo no permite una tendencia clara, ya que de estas tres personas una reportó que el Zazen le había ayudado igual que la medicación, otra que le había complementado los efectos de ésta y otra que le había ayudado incluso más. Resultaría necesario una mayor cantidad de personas al responder estas preguntas para marcar una tendencia clara al respecto.

En relación a los síntomas de depresión, un 39,3% manifestó tener síntomas de este tipo antes de iniciar la práctica del Zazen. Todos ellos indicaron que los cambios obtenidos a través del Zazen habían repercutido en sus síntomas de depresión, manifestando una disminución de la sintomatología, sin embargo, al igual que en el caso de los síntomas de ansiedad, un 72,7% manifestó que realizaban otras actividades a las cuales pudieran atribuirse estos cambios referidos a la disminución de sus síntomas de depresión, por lo cual el Zazen pudiese ser una actividad más que contribuyera a esta disminución, más no la única causa específica.

De las personas que refirieron síntomas de depresión, 63,6% reportaron haber tratado de manejar estos síntomas asistiendo a psicoterapia. De estas personas, un 14,3 % piensa que el Zazen le ha ayudado igual que la psicoterapia, un 71,4% piensa que le ha complementado los efectos de la psicoterapia, mientras que otro 14,3% piensa que le ha ayudado incluso más que la psicoterapia. Es decir, que al igual que en el caso de la

ansiedad parece haber una tendencia clara a considerar que la meditación zen o Zazen les puede complementar los efectos positivos obtenidos en la psicoterapia. Nuevamente hubo pocas personas de este grupo de participantes que indicaron haber tratado de manejar los síntomas de depresión mediante la toma de medicamentos. De estas tres personas dos piensan que el Zazen le ha complementado los efectos de éstos mientras que otra persona piensa que no le ha resultado de utilidad. Acá vale la pena insistir que sólo tres personas resulta un número muy bajo para establecer una tendencia en relación a estos resultados.

En resumen, a pesar que la mayoría de los practicantes de meditación zen en principio contemplan la misma como una práctica religiosa, vinculado al budismo, la cual puede servir para fomentar su espiritualidad, también consideran que proporciona cambios positivos en relación a la percepción que ellos mismos tienen con respecto a los síntomas de ansiedad y depresión, expresando que dicha práctica puede ayudar al alivio de los mismos o al manejo de ellos, comentándose que incluso puede complementar los efectos de la psicoterapia. Sin embargo, con respecto a la utilización de medicación para el tratamiento de la ansiedad y la depresión y su comparación con la meditación zen, no se cuenta con resultados lo suficientemente sólidos para establecer inferencias, ya que dentro de la muestra seleccionada existen muy pocas personas que responden a dichos ítems como para establecer una tendencia clara. Del mismo modo, debe señalarse que aunque originalmente la mayoría de los practicantes no recurren al Zazen como una forma de lidiar con la situación actual del país, una vez que lo practican, existe una tendencia marcada a reconocer que éste les ha resultado un recurso útil para su manejo emocional dentro de la situación actual de crisis.

### **7.3. Otras consideraciones**

A continuación se presentan otros hallazgos de relevancia que se han podido obtener con el muestreo realizado:

En primer lugar, llama la atención que a pesar que el muestreo fue incidental y por llenado de cuotas, la totalidad de los practicantes de meditación zen resultaron ser universitarios. Esto es un dato que resulta de interés ya que habla que posiblemente el interés por la meditación zen, sobre todo si de entrada no se relaciona con una herramienta

para el manejo de los niveles de ansiedad y depresión, posiblemente pueda estar vinculado a razones de interés cultural y religioso que pudieran estar mediadas por el nivel académico de los participantes.

En cuanto a las preferencias religiosas, destaca el contraste entre las religiones entre el grupo de meditadores y el de no meditadores, ya que en el primero de estos se encontró un 32,1% de participantes católicos y un 21,4% de participantes budistas. En el caso de los no meditadores un 76,7 % de la muestra se autodefinió como católica, mientras que un 6,6% lo hizo como cristiano evangélico (grupo religioso que no aparece en la muestra de meditadores), mientras que en esta muestra no aparece ningún participante profesando la religión budista. En esto debe influir la percepción mayoritaria que hay de considerar al Zazen como una práctica vinculada al budismo, lo que además permite una mayor representación de personas que profesan esta religión en el grupo de meditadores, los cuales fuera de un contexto como ese pueden resultar más difíciles de encontrar.

En relación a algunas características de los practicantes de Zazen, podemos señalar que de la muestra obtenida, todos los participantes tenían al menos un mes de práctica continuada, no obstante, sólo un 17,9% de éstos tenían menos de 3 meses realizando Zazen, mientras que un 21,4 % tenían entre 3 meses y un año. El resto, la mayoría de los practicantes tenía por lo menos un año de práctica continuada. Así mismo, vale la pena señalar que una gran mayoría de los practicantes medita al menos una vez por semana, mientras que no son pocos aquellos que lo hacen con una frecuencia mayor, 2 a 3 veces por semana e inclusive diariamente. Por esto mismo, y considerando que este tipo de grupos actualmente se reúne a meditar únicamente una vez a la semana, la mayoría de los practicantes además de hacer Zazen en el Dojo, complementa a solas o incluso llega a meditar más veces a solas que en grupo.

Un dato que particularmente llama la atención y que tiene que ver con la difusión y conocimiento de la práctica del Zazen destaca cuando vemos que a pesar que una mayoría notable de los practicantes refirió haber sentido cambios positivos a través del Zazen que le llevan a comentar y recomendar su práctica (78, 6%), un grupo mayoritario de 64,3% descubrió el mismo por cuenta propia, e inclusive 28,6% refirió que sí había obtenido la recomendación pero de un no meditador, mientras que un porcentaje bajo de únicamente

7,1% había acudido a meditar tras la recomendación de otra persona que lo hacía previamente. Esto va de la mano con otro indicador obtenido en la muestra de no meditadores que refleja que únicamente 20% de estos participantes conocían o habían escuchado hablar de la meditación zen previamente, y en total sólo un 13% la había tomado en cuenta como alternativa para intentar el manejo de sus síntomas de ansiedad, o de ansiedad y depresión.

Así mismo, debe referirse que un 96,7% de la muestra de no meditadores manifestaron que la crisis socioeconómica y política que atraviesa el país ha tenido incidencia en su tranquilidad o estado de ánimo. De estos, un 51,7% manifestó que la situación le había generado síntomas de ansiedad, un 3,4 % síntomas de depresión y un 44,8% tanto síntomas de ansiedad como de depresión. De hecho, un 83,3% manifestó que en los últimos 4 meses había experimentado diversos eventos que le habían podido afectar su tranquilidad o estado de ánimo. De ellos, un 48% indicó que estos hechos le generaron síntomas de ansiedad, un 8% síntomas de depresión, mientras que un 44% indicó que estos eventos pudieron generarle síntomas tanto de ansiedad como de depresión. Puede verse que al igual que en el caso de la muestra de meditadores, parece predominar la presencia de sintomatología ansiosa en una proporción bastante mayor a la depresiva y que los síntomas depresivos pueden aparecer en combinación con síntomas de ansiedad, pero que como tal en los cuestionarios de auto reporte la presencia de la sintomatología depresiva (sin ansiedad) aparece señalada únicamente por un 5% de los meditadores y un 8% de los no meditadores.

Ante la presencia de estos síntomas, las personas buscan algunos recursos para hacer frente a los mismos, de este modo encontramos que en grupo de no meditadores zen reportaron que suelen realizar diversas actividades en función de ello, entre las cuales encontramos: centrarse en actividades laborales (22,9%), ejercicio físico y rezar (13,1% cada uno), leer (11,4%), aumentar la ingesta de alimentos, bebidas alcohólicas o cigarrillos, así como fomentar relaciones sociales y familiares o asistir a psicoterapia (8,1% cada opción), meditar –cualquier tipo de meditación- o centrarse en actividades académicas (4,9% cada uno) , tomar psicofármacos (3,2%) y otras opciones 2,1 %. Llama la atención el hecho que en la respuesta a una pregunta donde se consideran diferentes opciones y que incluso puede ser de múltiples respuestas la opción de meditar sólo sea considerada por el

4,9% de los casos, algo que posiblemente se vincule con el poco conocimiento y difusión de la práctica que fue señalado previamente.

En el caso de este grupo de no meditadores, un 90% refirió haber tenido síntomas de ansiedad recientemente una cifra similar al 85% del grupo de meditadores antes de iniciar la práctica de Zazen. La cifra de personas que reportaron haber tenido síntomas de depresión fue menor (53,3%) pero esta cifra resulta mayor al reporte del grupo de meditadores antes de iniciar la práctica meditativa (39,3%). Contrastando, en el caso del grupo de meditadores, un 50 % de las personas que reportaron haber tenido síntomas recientes de ansiedad había decidido asistir a psicoterapia para lidiar con esta problemática, mientras que en el caso de los no meditadores solamente un 25,9% había recurrido a esta alternativa. Así mismo, en el caso de los meditadores 63,6 % reportó haber asistido a psicoterapia para tratar de lidiar con sus síntomas de depresión contra un 25% que señaló lo mismo en la muestra de no meditadores. Este dato, partiendo del hecho que se encuentran presentes la misma cantidad de psicólogos en ambas muestras, que por tendencia general suelen acudir más a psicoterapia que el resto de las personas, pudiera asociarse con que posiblemente los meditadores puedan tener una mayor tendencia a pensar sobre sí mismos y lo que les sucede que el grupo de no meditadores, recordemos que una de las definiciones de como perciben al Zazen lo describe como: atención observación sobre sí mismo, lo que de algún modo pudiera estar relacionado con un mayor interés introspectivo en este grupo.

En cuanto al interés por la toma de medicamentos, en el grupo de meditadores, un 12,5% señaló que solía usarlos para intentar manejar sus síntomas de ansiedad, mientras que en el caso de la muestra de no meditadores, este porcentaje se eleva al 22,2 % algo que llama la atención pues resulta cónsono con la idea que si en efecto el Zazen incide disminuyendo la ansiedad estado, al practicarlo puede ser menos necesario recurrir a alternativas farmacológicas para el manejo de la ansiedad. No resulta así en el caso de los síntomas de depresión y el consumo de medicamentos, ya que incluso se encontró un porcentaje mayor en el caso del grupo de meditadores, de un 27,3% contra el 6,3% que los solía tomar (en otros momentos) en la muestra de no meditadores. Este es otro dato que viene a resultar llamativo y no permite establecer mayores inferencias en cuanto a si existe alguna incidencia de la práctica meditativa en la disminución de los síntomas de depresión

o al comportamiento de las personas en cuanto a la práctica meditativa y la toma de medicamentos.

En lo relativo a la existencia o no de diagnósticos previos relacionados con la ansiedad o el estado de ánimo, ambas muestras tuvieron un comportamiento similar, ya que en el caso de la muestra de meditadores un 14,3% refirió que sí existían estos diagnósticos, mientras que en el caso de los no meditadores un 16,7% contestó afirmativamente. El comportamiento similar de ambas muestras en este tópico permite descartar que las diferencias entre el grupo de meditadores y el de no meditadores que se han analizado en relación a las diferentes comparaciones hechas en la presente investigación puedan deberse o estén influidas por una sobre representación de personas con algún diagnóstico de esta índole debido a algún error de muestreo.

En cuanto a la asistencia a psicoterapia, no limitada al hecho de utilizarla como recurso para manejar sus síntomas de ansiedad o de depresión, del grupo de meditadores, 25% del total se encontraba asistiendo al momento de responder el cuestionario y 7,1% había asistido recientemente, mientras que en el grupo de no meditadores un 13,3% se encontraba asistiendo al momento de responder el cuestionario y un 10% había asistido recientemente. Por último en el caso de la muestra de meditadores, del total de participantes, 25% de ellos habían recibido algún tipo de intervención a través del Coaching, mientras que en el caso de los no meditadores el porcentaje fue de 13,3 %.

Esto permite afirmar que hay una mayor tendencia en el grupo de meditadores a buscar alternativas que impliquen mayor introspección o búsqueda de algún tipo de mejora emocional o crecimiento personal que en el grupo de no meditadores. En ese sentido la respuesta ampliamente mayoritaria de considerar el Zazen como un elemento que permite fomentar la espiritualidad y no necesariamente aliviar los sufrimientos diarios iría de la mano con la idea antes planteada; en contraste, podría pensarse que el grupo de no meditadores se encuentra más enfocado en el día a día y la solución rápida de las dificultades que puedan presentarse, quizás sin darse tanto el espacio para revisarse a sí mismos. Sin embargo, aunque nos limitamos a señalarlo pues es un elemento llamativo derivado del muestreo realizado, para establecer afirmaciones con mayor claridad y base, esto pudiera ser objeto de consideración para una futura investigación.

#### **7.4. El presente estudio y antecedentes considerados**

Al relacionar los resultados de este estudio con los antecedentes de otras investigaciones, sobre todo aquellas no documentales, se puede señalar que se encuentra una relación directa con el estudio de Kasamatsu y Hirai (1966) quienes mediante el uso de encefalograma encontraron cambios importantes durante el estado de atención plena que se lleva a cabo en la práctica de la meditación zen. Esto pudiera de algún modo explicar el por qué el efecto de la disminución de los niveles de ansiedad estado, recordando que estos investigadores afirmaron que existía un comportamiento particular de las ondas cerebrales alpha y theta, el cual pudiera compararse con los estados de trance hipnogógicos o de hipnosis. Así mismo, la regulación neurofisiológica a través de la respiración y su efecto sobre el sistema nervioso autónomo, principalmente sobre el sistema nervioso parasimpático, también pudiera tener efectos sobre la ansiedad estado o situacional, algo que pudiera ir de la mano con lo expuesto por el mismo Hirai (1994) en su segundo estudio realizado también mediante electroencefalografía.

Esto iría de la mano con los resultados de la investigación de Peressutti y Cols (2010), quienes encontraron que hay efectos inmediatos positivos sobre el organismo como consecuencia de la meditación, incidiendo en los niveles de estrés y ansiedad, debido a la sincronización cardiorrespiratoria que fomenta la actividad meditativa, la cual genera cambios en el sistema nervioso autónomo, así como por la disminución de la actividad mental y reacciones emocionales que van implícitas en la meditación zen, efecto que señalan es independiente con los años de práctica.

Sin embargo, los resultados de la presente investigación que no muestran diferencias significativas en la ansiedad rasgo, no coinciden con lo obtenido por Holzel y Cols (2010) quienes encontraron efectos a largo plazo y cambios neurofisiológicos medibles mediante neuroimagen, que inclusive implicaban una disminución de la sustancia gris en la amígdala cerebral, la cual está relacionada con los niveles de estrés. Tampoco los resultados son coincidentes con la investigación de Fayed y Cols (2013), quienes a través del uso de cuestionarios y técnica de Resonancia Magnética Nuclear con espectroscopia midieron, entre otros, niveles de ansiedad y depresión en monjes budistas quienes han sido practicantes de Zazen durante muchos años. Estos autores consiguieron cambios en algunos

metabolitos, las interconexiones neuronales y en la actividad cerebral, así como un aumento de la neuroplasticidad, así como una disminución de la actividad metabólica neuronal y un aumento de la inmunidad cerebral, es decir cambios que tienen una incidencia a largo plazo y que además influyen sobre la ansiedad (de modo más estable) y también sobre los niveles de depresión. Tal vez la diferencia principal con esta investigación tiene que ver con el haber tomado 10 monjes budistas, quienes sostienen esta práctica a lo largo del tiempo durante muchos años y meditan inclusive varias veces al día, lo que pudiese dar resultados contrastantes con los obtenidos a través de un muestreo de practicantes de meditación zen, con menor tiempo de práctica (a pesar que hubiesen monjes o laicos practicantes de larga data) y realizado en un entorno urbano como el efectuado en la actual investigación.

Por último, en contraposición con la investigación de Dos Santos (2015) donde señalaba que un 26% de los entrevistados había comenzado a meditar como una forma de hacer frente a la crisis actual del país, los resultados obtenidos en el actual estudio fueron menores, ya que aunque ciertamente los participantes en su gran mayoría refieren que la situación les afecta, de la muestra de meditadores únicamente un 17,8 % consideró iniciar la práctica del Zazen por este motivo, mientras que de la muestra de no meditadores únicamente un 8,1% la consideró como alternativa (meditación de cualquier tipo), para intentar hacer frente a los efectos emocionales de la crisis. Esta diferencia, podría deberse a las particularidades de los muestreos realizados en ambos estudios, influyendo incluso el momento en el cual ambos fueron realizados, así como el tamaño y tipo de muestra seleccionada, entre otros factores. Debe destacarse que en ambos casos las muestras son pequeñas y no son consideradas representativas de la población, por lo que sus resultados no pueden extrapolarse linealmente, siendo posible que existan estas discrepancias.

### VIII. CONCLUSIONES

Luego de la revisión bibliográfica pertinente, la revisión de antecedentes, y la realización de un estudio con un enfoque cuantitativo y no experimental, que incluyó un muestreo no probabilístico, incidental y por llenado de cuotas, así como una medición transversal con dos grupos y una única medición, se puede concluir que los hallazgos clínicos encontrados al comparar las muestras de meditadores zen y no meditadores, evidencian diferencias lo suficientemente grandes para ser estadísticamente significativas en la variable ansiedad, particularmente en lo referente a la ansiedad estado, que toma en cuenta factores situacionales para la medición de este constructo. No sucedió así al considerar la variable ansiedad rasgo, que toma en cuenta factores más estables sostenidos en el tiempo, ni tampoco en la variable depresión, ya que los hallazgos clínicos encontrados en la muestra de meditadores no difirieron significativamente del grupo de no meditadores.

Cabe acotar que al tener en cuenta únicamente meditadores con un año o más de práctica y que además sostenían en su mayoría una frecuencia mayor, ya que muchos de ellos meditaban más de una vez por semana, los resultados fueron los mismos, y nuevamente se encontraron diferencias significativas únicamente para la variable ansiedad estado, no siendo el tiempo de práctica un factor determinante en su incidencia sobre la ansiedad rasgo, aunque suelan meditar con una frecuencia mayor a una vez por semana.

Considerando que los cuestionarios y los inventarios clínicos fueron administrados luego de la práctica meditativa, esto permite afirmar que ciertamente sí hay un efecto de la meditación zen o Zazen que se ve reflejado en la disminución de los niveles de ansiedad estado de sus practicantes y que este efecto parece ser únicamente situacional más allá del tiempo por el cual mantengan la práctica los sujetos, es decir, no parecen haber modificaciones por su mantenimiento a largo plazo.

Así mismo, puede concluirse que la mayoría de los practicantes de meditación zen la describen como un ejercicio de atención, observación sobre sí mismos, una práctica ritual vinculada al budismo y una manera de fomentar su espiritualidad, y aunque no acuden a los centros zen en busca de herramientas que le permitan lidiar mejor con síntomas de ansiedad o depresión, en efecto sí manifiestan haber sentido cambios positivos desde que inician la

práctica meditativa, considerándolos en su mayoría positivos o muy positivos, existiendo una tendencia clara a poder recomendar la práctica por sus efectos positivos. Del mismo modo, una mayoría de aquellos sujetos que además de meditar asisten a psicoterapia, consideran que inclusive los beneficios obtenidos mediante la meditación podrían complementar los efectos de la misma.

Adicionalmente, un factor a tomar en cuenta y que toca la pertinencia y relevancia social de la presente investigación, se relaciona con la utilidad del Zazen como un recurso que pudiera ayudar en el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión frente a la crisis socio económica y política que atraviesa el país. En ese sentido, aunque la gran mayoría de los participantes respondió que no habían acudido a realizar meditación buscando una alternativa para lidiar con los efectos emocionales de esta situación, un porcentaje muy alto de éstos refirió que el Zazen y los efectos positivos que habían percibido a través de su práctica le habían resultado de utilidad para su manejo emocional en medio de la situación de crisis.

Siendo así, y tomando en cuenta tanto los resultados estadísticos al comparar el comportamiento de ambas muestras, como la percepción que tienen los practicantes de meditación zen sobre los efectos positivos de ésta, pudiera señalarse que se puede pasar a considerar la meditación zen o Zazen como una herramienta alternativa de utilidad para el manejo de la ansiedad situacional, que además puede ser de bajo costo, fácil acceso y un aprendizaje inicial sencillo que puede perfeccionarse mediante la práctica continuada. Debido a sus efectos positivos pudiera considerarse como un recurso complementario a los tratamientos psicoterapéuticos y pudiese indagarse con mayor profundidad en un futuro si también como alternativa o complemento a los tratamientos farmacológicos, pues es posible que también pueda ser así. Del mismo modo, también puede ser considerado como una alternativa que pueda ayudar emocionalmente a las personas en el manejo de sus niveles y síntomas de ansiedad en medio de la compleja crisis que enfrenta el país en estos momentos.

Un hallazgo importante a tener en cuenta y que pudiese afectar el alcance del Zazen como un recurso alternativo para el manejo de la ansiedad, tiene que ver con el poco conocimiento que parece tener la población sobre la práctica meditativa, e inclusive sobre

la posibilidad que a través de ésta puedan ayudarse al manejo de su ansiedad, incluso teniendo en cuenta que aunque una mayoría significativa de los practicantes señala que comentarían los cambios positivos que han percibido y recomendarían su práctica, a su vez, resulta paradójico que muy pocos de ellos se iniciaron en la meditación por recomendación o invitación de otro meditador. Así mismo, aunque existen centros zen donde se practica la meditación en Caracas y otras ciudades importantes del país, su extensión en todo el territorio no es masiva ni tan común o frecuente como pueden serlo las herramientas de abordaje terapéutico tradicional.

Por último, y tomando en consideración los resultados obtenidos y la forma en cómo pudieran aplicarse, así como su utilidad para la psicología clínica, puede señalarse que teniendo en cuenta su efecto en la ansiedad estado, así como el reporte de los practicantes, la meditación zen pudiera ser utilizada como un complemento de la psicoterapia, ya que si bien mediante ésta es posible trabajar factores más estables que pudieran incidir en la ansiedad rasgo e inclusive factores de personalidad, apuntando a trabajar el trasfondo de las situaciones que generen ansiedad, por otra parte, a través de la práctica meditativa las personas, aún asistiendo a psicoterapia, pueden ayudarse a disminuir momentáneamente sus niveles de ansiedad al tratar de poner la mente en blanco, dejar pasar los pensamientos y enfocarse en su propia respiración, algo que pudiera resultar de mucha utilidad en personas con altos niveles de ansiedad que necesitaran algo que les tranneilice en lo inmediato, o inclusive les pueda ayudar a evitar crisis muy fuertes, teniendo en cuenta que no siempre podrán contar con la figura del terapeuta para hacer frente a estos eventos, teniendo presente que pudieran obtener una mejoría sintomática sin tener la necesidad de recurrir a medicamentos que de igual manera brindarían un efecto transitorio sin apuntar a los orígenes de la problemática. Estas conclusiones también se apoyan en los antecedentes revisados, donde al menos tres de los estudios consultados respaldan la presencia de efectos neurofisiológicos inmediatos en el organismo como consecuencia de la meditación zen, con sus correspondientes cambios en el estado emocional de la persona debido, entre otros factores, a la disminución de los niveles de estrés y ansiedad producto de la adaptación del sistema nervioso autónomo debido a la regulación cardiorrespiratoria implícita en la práctica meditativa, quedando pendiente para futuros estudios una mayor profundización respecto a los factores neurofisiológicos que influyen en la disminución de la ansiedad estado.

## IX. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez realizada la discusión de resultados y tomando en consideración las conclusiones de la presente investigación, se deben tener en cuenta algunas limitaciones presentes a lo largo de todo el proceso investigativo que han podido intervenir en el desarrollo de la misma, así como presentar algunas recomendaciones para futuras investigaciones que puedan ir en la misma línea que el presente estudio.

En primer lugar, debe mencionarse el muestreo realizado, ya que por las características de la población en estudio (practicantes de meditación zen de la ciudad de Caracas) se hace muy difícil determinar cuál es la población general, cómo se distribuye, así como cuántos sujetos conformarían una muestra representativa. Se accedió a los dos centros de Budismo Soto Zen existentes en la ciudad y se tomó una muestra de cada uno de forma incidental, pero a pesar que tal vez muchos meditadores quedaron por fuera resultaba de suma dificultad hacer otro tipo de muestreo, considerando que aún así el acceso a la muestra fue complicado y tomó mucho más tiempo del originalmente previsto poder culminar con esta fase del estudio. En el mismo orden de ideas, resultaba fuera del alcance de la presente investigación hacer un muestreo diferente (representativo) de la población no meditadora, pero se procuró que la muestra obtenida fuese lo más parecida posible a la de meditadores en cuanto a las variables demográficas sexo y edad.

En segundo lugar, debe señalarse que dentro del muestreo realizado no se pudo encontrar suficiente cantidad de personas que hubieran consumido medicamentos para el manejo de su ansiedad y depresión y que a la vez practicaran meditación actualmente, por lo que no fue posible establecer una tendencia clara sobre la opinión que estos tenían en cuanto a los efectos positivos y cambios obtenidos a través del Zazen y su comparación a los derivados de los psicofármacos.

Así mismo, debe señalarse que debido al contexto y la inexistencia de monasterios budistas donde existan personas que residan allí y únicamente se dediquen al estudio del Zen y a la práctica meditativa, no fue posible aislar una suficiente cantidad de practicantes que no realizaran algunas otras actividades que pudiesen incidir en la disminución de sus síntomas y niveles de ansiedad, por lo que se debe considerar a la meditación zen como una

actividad que al igual que otras puede contribuir al manejo de la ansiedad, pero no puede atribuirse como la única en el caso de la muestra seleccionada.

Finalmente, en cuanto a las recomendaciones de cara a futuras estudios que puedan compartir la misma línea investigativa, se sugiere:

- De replicar la presente investigación, intentar realizar un muestreo más amplio, que posiblemente permita obtener una tendencia más clara en cuanto a la opinión de los practicantes de meditación zen que hubiesen consumido en un pasado medicamentos para el manejo de su ansiedad y depresión, en lo relativo a los efectos y beneficios del Zazen en comparación a la ingesta de psicofármacos.
- En el caso de estudios futuros que busquen profundizar en los resultados acá obtenidos, se sugiere enfocarse únicamente en la variable ansiedad, descartando la variable depresión, pudiendo mantener la distinción entre ansiedad estado y ansiedad rasgo. Así mismo podría plantearse como una pregunta de investigación para futuras oportunidades, intentar precisar por qué el Zazen puede lograr cambios de forma situacional en los síntomas y niveles de ansiedad (ansiedad estado), más no tiene mayor incidencia de forma estable en el tiempo (ansiedad rasgo), aún en meditadores que practican continuamente y mediante un período de tiempo mayor.
- Otra posible interrogante a investigar, desde el área de la neuropsicología podría ser cuáles son en sí los factores implicados en la meditación zen o Zazen que repercuten en una disminución de los niveles de ansiedad situacionales de sus practicantes.
- Así mismo, pudiera continuar indagándose en la percepción que los meditadores tienen sobre el Zazen, realizando nuevas investigaciones que desde un enfoque cualitativo y mediante entrevistas a profundidad puedan buscar conocer de forma más específica y detallada algunas concepciones que pueden tener sobre la meditación zen aquellas personas que la practican.

## X. REFERENCIAS

American Psychiatric Association – APA. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV.* (4ta Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association – APA. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - versión revisada. DSM-IV-TR.* (4ta Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association – APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5.* (5ta Ed.). Washington: American Psychiatric Association.

Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test psicológicos.* México, D.F.: Prentice Hall.

Asociación Budista Zen de Europa. (s.f). *Las Cuatro Nobles Verdades.* Extraído el 18 de Mayo de 2014 desde: <http://www.abzen.eu/es/enseignement/16-enseignements/19-les-quatre-nobles-verites>.

Asociación Religiosa Escuela Soto Zen (s.f.). Historia de la Escuela Soto Zen. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://global.sotozen-net.or.jp/spa/what/history/index.html>

Aumentan trastornos por ansiedad y depresión en Caracas. (6 de octubre de 2013). Confirmado. Recuperado de: <http://confirmado.com.ve/han-aumentado-trastornos-por-ansiedad-y-depresion-en-caracas/>

Booeree, G. (2007). *Historia del Budismo.* Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://webspace.ship.edu/cgboer/historiadelbudismo.pdf>

- Brailowsky. (2008). *Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología*. España, Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Campagne, D. (2004). Teoría y fisiología de la meditación. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 69/70, 15-30.
- Coderch, J. (1987). *Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica*. Barcelona, Esp.: Herder.
- Cohen, B. (2006). *Psiquiatría: teoría y práctica*. Madrid: McGraw Hill Interamericana.
- Crépon, P. (2011). *El maestro Taisen Deshimaru y la llegada del Zen a Europa*. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://www.zen-azi.org/es/node/1345>
- Domingo, C. (2007). *Domo Arigato, Inspiraciones de Japón*. Barcelona: Editorial Océano.
- Dos Santos, F. (2015). *Afrontamiento de la crisis económica 2015*. Material no publicado.
- Eaton, W., Muntaner, C. y Smith, C. (1998). *Revision of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale*. Baltimore: Johns Hopkins University Prevention Center.
- Escasez incrementa la depresión y la ansiedad entre venezolanos (16 de agosto de 2015). El Nacional. Recuperado de: [http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/escasez-incrementa-depresion-ansiedad-entre-venezolanos\\_51752](http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/escasez-incrementa-depresion-ansiedad-entre-venezolanos_51752)
- Faure, J. (2011). *Origen del Budismo Zen*. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://www.zen-azi.org/es/node/1342>
- Fayed, N.; López del Hoyo, Y.; Andrés, E.; Serrano-Blanco, A.; Bellón, J.; Aguilar, K.; Cebolla A.; y García-Campayo, J. (2013). Brain changes in long-term zen

- meditators using proton magnetic resonance spectroscopy and diffusion tensor imaging: a controlled study. *Plos One*, 8 (3), 1-14.
- Ferreira, C.; Range, B.; Egídio, A. y Neri, J. (2013). Domando la mente: discusión de los resultados de la investigación sobre meditación y trastornos de ansiedad. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22, 101-110.
- Gómez, H. (2011). Neurofisiología, clínica y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. Caracas: Singularidad
- González, J y Monterrey, A (1995). Psicobiología de la Depresión. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología Vol 2*. Madrid: Mc. Graw Hill Interamericana.
- Goodale, E. (2007). El papel de la norepinefrina y la dopamina en la depresión. *RET revista de toxicomanías*, 50, 19-22.
- Guadarrama, L. Escobar, A. y Zhang, L. (2008). *Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión*. Extraído el 18 de Junio de 2014 desde: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-2/RFM49208.pdf>
- Hall, V. (2003). *Depresión, fisiopatología y tratamiento*. San José de Costa Rica: Centro Nacional de Información de Medicamentos. Facultad de Farmacia. Universidad de Costa Rica
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L. (2010). *Metodología de la Investigación*. (5ta ed.). México, D.F.: Mc Graw Hill.
- Hirai, T. (1994). *La meditación zen como terapia: evidencias científicas de los efectos del zazen en la mente y en el cuerpo*. Barcelona, Esp.: Ibis

- Holzel, B.; Carmody, J.; Vangel, M.; Congleton, C.; Yerramsetti, S.; Gard, T. y Lazar, S. (2010). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research*, 191 (1), 36-43.
- Horigian, V. (2006). [Nota del traductor] en G. Gabbard (Ed.). *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. (3era ed.). (p. 249). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Kasamatsu, A. y Hirai, T. (1966). An electroencephalographic study on the Zen Meditation. *Folia Psychiatrica et Neurologica Japonica*, 20 (4), 315-336.
- López, R. (Mayo de 2014). Psicoanálisis y Zen Budismo. Conversatorio llevado a cabo en la Asociación Venezolana de Psicoanálisis ASOVEP. Caracas, Venezuela.
- Luetchford, E. (2000). *Introducción al Budismo y a la práctica del Zazen*. Londres: Windbell Publications Ltd.
- Malgor, L. y Valsecia, M. (s.f.) *Farmacología Médica. Vol. 5*. [Libro en línea]. Extraído el 20 de Junio de 2014, desde: [http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas\\_farma/volumen5/6\\_depresiv.pdf](http://med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen5/6_depresiv.pdf)
- Menegazzo, R. (2008). Japón – los Diccionarios de las Civilizaciones. Barcelona: Electa.
- Organización Mundial de la Salud. (2012, 7 de Abril). *Envejecimiento y ciclo de vida*. Extraído el 02 de Junio de 2014 desde: <http://www.who.int/ageing/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. *Salud del adolescente*. Extraído el 02 de Junio de 2014 desde: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/).
- Peressutti, C.; Martín-González, J.; García-Manso, J. y Mesa, D. (2010). Heart rate dynamics in different levels of Zen meditation. *International Journal of Cardiology*, 145 (1), 142-6.

- Reigen, O. (2011). *El Budismo Chan en China*. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://www.zen-azi.org/es/node/1343>.
- Reyes-Ortega, M.; Soto-Hernández, A.; Milla-Kegel, J.; García-Ramírez, A.; Hubard-Vignau, L.; Mendoza-Sánchez, H.; Mejía-Garza, L. García-Peña, M. y Wagner-Echeagaray, F. (2003). Actualización de la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. *Salud Mental*, 26 (1), 59-68.
- Rodríguez, T. y Sacristán, R (2002). Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 26 (1), 1-8.
- Rommeluère, E. (2000). *¿Es posible un Zen a la Occidental?*. Extraído el 02 de Junio de 2014 desde: <http://www.zen-occidental.net/articles2/possible.html#1>.
- Ruiza, M; Fernández, T. y Tamaro, E. (s.f.). *Biografía de Buda*. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/b/buda.htm>
- Sadock, B. y Sadock, V. (2007). *Kaplan & Sadock Manual de bolsillo de Psiquiatría Clínica*. (5ta ed.). Nueva York, EE.UU.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sadock, B. y Sadock, V. (2009). *Kaplan & Sadock Sinopsis de psiquiatría*. (10ma ed.). Nueva York, EE.UU.: Lippincott Williams & Wilkins.
- Santoro, E. (2005). *El Método en Psicología*. Material no publicado, Escuela de Psicología, Caracas: Universidad Central de Venezuela.
- Sanchez, G. (2011). Meditación, mindfulness y sus efectos biopsicosociales. Revisión de literatura. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (2), 223-254.
- Soto, S. (13 de agosto de 2016). Crisis humanitaria en Venezuela aumenta casos de depresión y ansiedad. El Correo del Orinoco.com Recuperado de:

- <http://www.elcorreodelorinoco.com/crisis-en-venezuela-aumenta-depresion-ansiedad/>
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE: inventario de Ansiedad Rasgo-Estado*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Strim, L. (2011). *El Zen en Japón*. Extraído el 24 de Junio de 2014 desde: <http://www.zen-azi.org/es/node/1344>
- Taborda, R., Burgos, C., Tellez, J. y Vasquez, R. (1991). *Principios de Semiología Psiquiátrica*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Tamayo, J. (2010). Capítulo: trastornos de ansiedad: neurotransmisores, receptores estructuras cerebrales en la modulación de los estados ansiosos: En: J. Tamayo (Ed): *Psicofarmacología online*. Extraído el 04 de Junio de 2014 desde: <http://psicofarmacologia.info/curso/trastornosansiedad/Fig15.html>
- Warren, H. (1998). *Diccionario de Psicología*. (3era ed.). México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Yaya, I. (2005) *Efectos psicológicos de la meditación oriental*. Trabajo de grado de la escuela de Psicología, Universidad de Belgrano, Buenos Aires.
- Zen Buddhism. *Mushin*. (s.f.). Extraído el 18 de Mayo de 2014 desde: <http://zen-buddhism.net/zen-concepts/mushin.html?headerbar=2>.

**Anexo A:** Consentimiento informado.

**Anexo B:** Cuestionarios de auto reporte.

**Anexo C:** Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

**Anexo D:** Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos versión revisada (CESD-R).

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Caracas, \_\_\_\_\_.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente, Yo \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, practicante de Zazen en el centro \_\_\_\_\_ ubicado en la Urb. \_\_\_\_\_, notifico y doy constancia de mi deseo de participar voluntariamente, colaborando con la investigación del **Lic. Daniel A. Castillo S.** denominada **“HALLAZGOS CLÍNICOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE PRACTICANTES DE MEDITACIÓN ZEN DE LA CIUDAD DE CARACAS”**.

De la misma manera, hago constar que previamente he sido informado(a) sobre dicha investigación, estando de acuerdo con los planteamientos realizados.

---

Firma del participante

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
ESPECIALIZACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Caracas, \_\_\_\_\_.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Por medio de la presente, Yo \_\_\_\_\_, cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, notifico y doy constancia de mi deseo de participar voluntariamente, colaborando con la investigación del **Lic. Daniel A. Castillo S.** denominada **“HALLAZGOS CLÍNICOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UNA MUESTRA DE PRACTICANTES DE MEDITACIÓN ZEN DE LA CIUDAD DE CARACAS”**, formando parte del grupo contraste de no meditadores.

De la misma manera, hago constar que previamente he sido informado(a) sobre dicha investigación, estando de acuerdo con los planteamientos realizados.

---

Firma del participante

**Cuestionario de auto reporte: ansiedad y depresión en practicantes de Zazen.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Bodaishin 1 Dokan 2

Profesión/ ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Nivel Instrucción: \_\_\_\_\_

*A continuación se realizarán algunas preguntas dirigidas a conocer su percepción sobre el Zazen y su posible utilidad como recurso alternativo para el manejo de la ansiedad y la depresión, así como sus experiencias previas con psicoterapia y/o medicación. Por favor, encierre en círculos una de las opciones disponibles y en el caso que se trate de una pregunta abierta responda de la manera más precisa posible. La información obtenida será absolutamente confidencial.*

**Sección A. Zazen**

1.- Para Ud. Zazen representa principalmente (Elija una sola opción por cada par de respuestas):

Atención / observación sobre si mismo	1
Paz, tranquilidad, sosiego	2

Una práctica ritual relacionada con el Budismo Zen	1
Una práctica ritual no necesariamente religiosa	2

Una forma de fomentar su espiritualidad	1
Una forma de aliviar sus sufrimientos diarios	2

2.- Practica Zazen desde hace:

1 a 3 meses	1	Entre 1 y 2 años	3
3 meses a 1 año	2	Más de 2 años	4

3.- ¿Qué tipo de practicante de Zazen es?

Practicante laico	1
Practicante ordenado al Budismo	2

4.- Actualmente practica Zazen con frecuencia de:

Menos de 1 vez por semana	1	2 a 3 veces por semana	4
1 vez por semana	2	Más de una vez al día	5
Diariamente	3		

5.- Cuando practica Zazen, lo hace:

Exclusivamente en grupo durante las horas de práctica en el Dojo	1
En grupo durante las prácticas en el Dojo, pero también por cuenta propia	2
Más veces a solas, pero complementa con las prácticas grupales en el Dojo	3

6.- Conoció la práctica del Zazen porque:

Fue recomendado por alguien que lo conocía pero no lo practicaba	1
Fue recomendado por alguien que lo practicaba desde antes	2
Lo descubrió por su propia cuenta y le llamó la atención	3

7.- ¿Ha notado algún cambio en su vida desde que inició la práctica del Zazen?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

**De haber respondido SI a la pregunta 7, por favor continúe, sino, vaya directamente a la Sección A.1**

8.- Notó cambios en su vida, luego de iniciar la práctica del Zazen:

Inmediatamente, desde la primera semana	1	Entre los primeros 4 meses y el año	4
Durante el primer mes de práctica	2	Al primer año	5
Dentro de los tres primeros meses	3	Tomó más de un año	6

9.- Considera que los cambios que ha notado a raíz de la práctica del Zazen son:

Muy positivos	1	Negativos, pero sólo un poco	3
Positivos, pero solo un poco	2	Muy negativos	4

10.- En relación a los cambios que ha notado, puede decir que:

No ha comentado estos cambios con ninguna persona	1
Los ha comentado a otras personas pero sin recomendar su práctica	2
Los ha comentado a otras personas, recomendando su práctica	3
Los ha comentado a otras personas, desaconsejando su práctica	4

#### **Sección A.1. Zazen y situación - país**

11.- ¿Su motivación para iniciar Zazen se relaciona con la crisis económica y sociopolítica actual?

SI	1	INDIFERENTE	3
NO	2		

12. - ¿La práctica del Zazen ha resultado un recurso útil para su manejo emocional en medio de la misma?

SI	1	INDIFERENTE	3
NO	2		

13.-¿En los últimos 4 meses ha experimentado algún acontecimiento que considere que ha afectado su tranquilidad y/o estado de ánimo? (si su respuesta es NO, vaya directamente a la Sección B).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

14.-En caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes:

Pérdida de familiar o ser querido	1	Robo	6
Desempleo	2	Secuestro	7
Jubilación	3	Víctima de otro tipo de violencia	8
Problemas económicos	4	Escasez de productos básicos	9
Migración de un familiar o amigo cercano	5	Ruptura amorosa / separación / divorcio	10

Otro: \_\_\_\_\_

15.-Considera que el (los) evento (s) antes reportado(s) ha(n) podido generarle síntomas de:

Ansiedad	1	Ambos	3
Depresión	2	Ninguno	4

16.- ¿Se mantuvo practicando Zazen luego de estos eventos?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

17.- ¿Al respecto piensa que el Zazen le ayudó a manejarse emocionalmente? (Si respondió NO a la pregunta 16 omitir)

Si	1
No	2
Indiferente	3
Recurrió a otra alternativa	4

Diga cuál: \_\_\_\_\_

**Sección B. Síntomas de ansiedad y Zazen** (pueden relacionarse o no con situación - país).

18.- ¿Antes de iniciar la práctica del Zazen, presentaba algunos síntomas de ansiedad?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

**Si no tenía ningún síntoma de ansiedad y tampoco ha notado ningún cambio al respecto, vaya directamente a la sección C. De lo contrario, continúe.**

19.- ¿Los cambios que ha notado desde que practica Zazen, se han traducido en una variación de la cantidad e intensidad de sus síntomas de ansiedad?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

Si contesto NO, a la pregunta anterior (p.19), vaya directamente a la pregunta 22:

20.- En todo caso, estos cambios ¿han implicado un aumento o disminución de la sintomatología?

Aumento	1
Disminución	2

21.- ¿Además de practicar Zazen, realiza otra actividad a la cual puedan atribuirse estos cambios?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

 Indicar cuál: \_\_\_\_\_

22.- ¿Ha tratado de manejar su ansiedad asistiendo a psicoterapia?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

23.- Indique el tipo de psicoterapia (si la respuesta anterior es NO, ir a pregunta 25):

Terapia cognitivo conductual	1	Terapia Gestalt	3	Otra	5
Terapia psicoanalítica	2	Desconoce	4	Indicar cuál: _____	

24.- Contrastando sus experiencias previas con tratamiento de psicoterapia piensa que el Zazen:

Le ha ayudado igual que la psicoterapia	1	Le ha ayudado más que la psicoterapia	4
Le ha ayudado menos que la psicoterapia	2	No le ha ayudado	5
Le complementado los efectos de la psicoterapia	3		

25.- ¿Ha tratado de manejar su ansiedad tomando medicamentos?

Si	1
No	2
Los tomo actualmente	3

26.- Indique el tipo de medicamento (si la respuesta anterior es NO, ir a la sección C):

Para la ansiedad	1	Para dormir mejor	3	Otro	5
Antidepresivos	2	Desconozco	4	Indicar cuál: _____	

27.- Contrastando sus experiencias previas con la medicación piensa que el Zazen:

Le ha ayudado igual que la medicación	1	No le ha ayudado	5
Le ha ayudado menos que la medicación	2	Le ha ayudado más que la medicación	4
Ha complementado los efectos de la medicación	3		

**Sección C. Síntomas de depresión y Zazen** (pueden relacionarse o no con situación – país).

28.- ¿Antes de iniciar la práctica del Zazen, presentaba síntomas de depresión?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

**Si no tenía ningún síntoma de depresión y tampoco ha notado ningún cambio al respecto, vaya directamente a la sección D. De lo contrario, continúe.**

29.- ¿Los cambios que ha notado desde que practica Zazen, se han traducido en una variación de la cantidad e intensidad de sus síntomas de depresión?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

Si contesto NO, a la pregunta anterior (p.29), vaya directamente a la pregunta 32:

30.- En todo caso, estos cambios ¿han implicado un aumento o disminución de la sintomatología?

Aumento	1
Disminución	2

31.- ¿Además de practicar Zazen, realiza otra actividad a la cual puedan atribuirse estos cambios?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

 Indicar cuál: \_\_\_\_\_

32.- ¿Ha tratado de manejar su estado de ánimo deprimido asistiendo a psicoterapia?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

33.- Indique el tipo de psicoterapia (si la respuesta anterior es NO, ir a pregunta 35):

Terapia cognitivo conductual	1	Terapia Gestalt	3	Otra	5
Terapia psicoanalítica	2	Desconoce	4	Indicar cuál: _____	

34.- Contrastando sus experiencias previas con tratamiento de psicoterapia piensa que el Zazen:

Le ha ayudado igual que la psicoterapia	1	Le ha ayudado más que la psicoterapia	4
Le ha ayudado menos que la psicoterapia	2	No le ha ayudado	5
Le complementado los efectos de la psicoterapia	3		

35.- ¿Ha tratado de manejar su estado de ánimo deprimido tomando medicamentos?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

36.- Indique el tipo de medicamento (si la respuesta anterior es NO, ir a la Sección D):

Antidepresivos	1	Para dormir mejor	3	Otro	5
Estabilizador	2	Desconoce	4	Indicar cuál: _____	

37.- Contrastando sus experiencias previas con la medicación piensa que el Zazen:

Le ha ayudado igual que la medicación	1	No le ha ayudado	5
Le ha ayudado menos que la medicación	2	Le ha ayudado más que la medicación	4
Ha complementado los efectos de la medicación	3		

#### **Sección D. Consideraciones finales.**

38.- ¿Presenta o ha presentado en un pasado algún diagnóstico psicológico o psiquiátrico relacionado con la presencia de ansiedad o con el estado de ánimo?

En caso afirmativo, explicar diagnóstico y su fecha aproximada:

---

39.- Sobre su asistencia a psicoterapia:

Asiste actualmente	1	Asistió hace mucho tiempo	3
Ha asistido, recientemente	2	Nunca ha asistido	4

En caso de responder "Nuca ha asistido, vaya directo a la pregunta 41.

40.- Indique por cuánto tiempo y con qué frecuencia asiste o asistía a las sesiones, sino es el caso, omita la pregunta:

Pocas sesiones	1	Entre un año a dos años	4
Entre 3 a 6 meses	2	Más de dos años.	5
De 6 meses a un año	3		

Frecuencia: \_\_\_\_\_

41.- ¿Recibe o ha recibido recientemente asesoramiento, coaching o guiatura motivacional, de modo individual o grupal?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

42.- ¿Consumo en la actualidad alguno de estos productos o sustancias de manera frecuente?

Use la siguiente guía para numerar la frecuencia de consumo en la casilla vacía correspondiente:

**0. Nunca 1. Eventual. 2. Una a dos veces por semana 3. Diariamente 4. Más de una vez al día**

**5. De dos a tres veces al día. 6. Más de tres veces al día. 7. Más de cuatro veces al día.**

<b>Lista 1</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Lista 2</b>	<b>Frecuencia</b>
Chocolate	1	Gotas de Flores de Bach o similares	1
Té	2	Valeriana, Melissa, Passiflora o similares	2
Mate o Té de Coca	3	Alcohol	3
Café o gaseosas	4	Marihuana	4
Nicotina	5	Medicamentos ansiolíticos o para dormir	5
Bebidas energizantes	6	Medicamentos anticonvulsivantes	6
Anfetaminas (incluye éxtasis)	7	Medicamentos opiáceos: morfina, codeína, oxicodona, metadona, tramadol	7
Cocaína	8	Heroína	8

43.- ¿Toma actualmente, o ha dejado de tomar hace menos de un mes algún medicamento, como: ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, medicamentos para mejorar la concentración u otros psicofármacos?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

En caso afirmativo, indicar cuál, su dosis y por cuánto tiempo se ha tomado:

---

**¡Muchas Gracias!**

**Cuestionario de auto reporte: ansiedad y depresión en no meditadores.**

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Participante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Profesión/ ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_ Nivel Instrucción: \_\_\_\_\_

*A continuación encontrará preguntas dirigidas a conocer su percepción sobre su ansiedad y su estado de ánimo, así como sus experiencias previas con psicoterapia y/o medicación. Por favor, encierre una de las opciones disponibles y si es una pregunta abierta responda de la manera más precisa posible. La información obtenida será absolutamente confidencial.*

**Sección A. Manejo emocional**

1.- ¿Considera que la situación económica y sociopolítica actual ha podido influir en su tranquilidad y/o estado de ánimo? (Si responde NO, vaya a la pregunta 3).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

2. - Esta misma situación ha podido generarle síntomas de:

Ansiedad	1	Ambos	3
Depresión	2	Ninguno	4

3.- ¿En los últimos 4 meses ha experimentado algún acontecimiento que considere que ha afectado su tranquilidad y/o estado de ánimo? (si su respuesta es NO, vaya directamente a la pregunta 7).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

4.-En caso afirmativo, indique cuáles de los siguientes:

Pérdida de familiar o ser querido	1	Robo	6
Desempleo	2	Secuestro	7
Jubilación	3	Víctima de otro tipo de violencia	8
Problemas económicos	4	Escasez de productos básicos	9
Migración de un familiar o amigo cercano	5	Ruptura amorosa / separación / divorcio	10

Otro (no limitativo a situación – país): \_\_\_\_\_

5.-Considera que el (los) evento (s) antes reportado(s) ha(n) podido generarle síntomas de:

Ansiedad	1	Ambos	3
Depresión	2	Ninguno	4

6. – Diga si ha realizado alguna de las siguientes actividades para tratar de afrontar este (estos) u otros eventos similares:

Ejercicio físico	1	Fomentar relaciones sociales/familiares	6
Leer	2	Asistir a psicoterapia	7
Centrarme en actividades laborales	3	Tomar psicofármacos	8
Centrarme en actividades académicas	4	Rezar	9
Fumar / comer más / tomar alcohol	5	Meditar	10

Otra: Indicar cuál: \_\_\_\_\_

7.- ¿Conoce usted la meditación zen? (si su respuesta es no, vaya directamente a la Sección B).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

8.- ¿Consideró practicar meditación zen para afrontar problemas relacionados con ansiedad y/o depresión?

Ansiedad	1	Ambos	3
Depresión	2	Ninguno	4

**Sección B. Síntomas de ansiedad** (pueden relacionarse o no con situación – país).

9.- ¿Considera haber presentado recientemente síntomas de ansiedad? (**si su respuesta es NO, vaya a la Sección C**).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

10.- ¿Ha tratado de manejar su ansiedad asistiendo a psicoterapia?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

11.- Indique el tipo de psicoterapia (si la respuesta anterior es NO, ir a pregunta 12):

Terapia cognitivo conductual	1	Terapia Gestalt	3	Otra	5	Indicar cuál:
Terapia psicoanalítica	2	Desconoce	4			

12.- ¿Ha tratado de manejar su ansiedad tomando medicamentos?

Si	1
No	2
Los tomo actualmente	3

13.- Indique el tipo de medicamento (si la respuesta anterior es NO, omitir):

Para la ansiedad	1	Para dormir mejor	3	Otro	5	Indicar cuál:
Antidepresivos	2	Desconozco	4			

**Sección C. Síntomas de depresión** (pueden relacionarse o no con situación – país).

14.- ¿Considera haber presentado recientemente síntomas depresión? (**si su respuesta es NO, vaya a la Sección D**).

SI	1	NO	2
----	---	----	---

15.- ¿Ha tratado de manejar su estado de ánimo deprimido asistiendo a psicoterapia?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

16.- Indique el tipo de psicoterapia (si la respuesta anterior es NO, ir a pregunta 17):

Terapia cognitivo conductual	1	Terapia Gestalt	3	Otra	5	Indicar cuál:
Terapia psicoanalítica	2	Desconoce	4			

17.- ¿Ha tratado de manejar su estado de ánimo deprimido tomando medicamentos?

Si	1
No	2
En tratamiento actualmente	3

18.- Indique el tipo de medicamento (si la respuesta anterior es NO, omitir):

Antidepresivos	1	Para dormir mejor	3	Otro	5	Indicar cuál:
Estabilizador	2	Desconoce	4			

#### **Sección D. Consideraciones finales.**

19.- ¿Presenta o ha presentado en un pasado algún diagnóstico psicológico o psiquiátrico relacionado con la presencia de ansiedad o con el estado de ánimo?

En caso afirmativo, explicar diagnóstico y su fecha aproximada:

---

20.- Sobre su asistencia a psicoterapia:

Asiste actualmente	1	Asistió hace mucho tiempo	3
Ha asistido, recientemente	2	Nunca ha asistido	4

En caso de responder “Nuca ha asistido”, vaya directo a la pregunta 22.

21.- Indique por cuánto tiempo y con qué frecuencia asiste o asistía a las sesiones, sino es el caso, omita la pregunta:

Pocas sesiones	1	Entre un año a dos años	4
Entre 3 a 6 meses	2	Más de dos años.	5
De 6 meses a un año	3		

Frecuencia: \_\_\_\_\_

22.- ¿Recibe o ha recibido recientemente asesoramiento, coaching o guiatura motivacional, de modo individual o grupal?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

23.- ¿Consumo en la actualidad alguno de estos productos o sustancias de manera frecuente?

Use la siguiente guía para numerar la frecuencia de consumo en la casilla vacía correspondiente:

**1. Eventual. 2. Una a dos veces por semana 3. Diariamente 4. Más de una vez al día**

**5. De dos a tres veces al día. 6. Más de tres veces al día. 7. Más de cuatro veces al día.**

<b>Lista 1</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Lista 2</b>	<b>Frecuencia</b>
Chocolate	1	Gotas de Flores de Bach o similares	1
Té	2	Valeriana, Melissa, Passiflora o similares	2
Mate o Té de Coca	3	Alcohol	3
Café o gaseosas	4	Marihuana	4
Nicotina	5	Medicamentos ansiolíticos o para dormir	5
Bebidas energizantes	6	Medicamentos anticonvulsivantes	6
Anfetaminas (incluye éxtasis)	7	Medicamentos opiáceos: morfina, codeína, oxicodona, metadona, tramadol	7
Cocaína	8	Heroína	8

24.- ¿Toma actualmente, o ha dejado de tomar hace menos de un mes algún medicamento, como: ansiolíticos, antidepresivos, antipsicóticos, estabilizadores del estado de ánimo, medicamentos para mejorar la concentración u otros psicofármacos?

SI	1	NO	2
----	---	----	---

En caso afirmativo, indicar cuál, su dosis y por cuánto tiempo se ha tomado:

---

**¡Muchas Gracias!**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado(a) .....	①	②	③	④
2. Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso(a) .....	①	②	③	④
4. Estoy contrariado(a) .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado(a) .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso(a) .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo(a) .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso(a) .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado(a) .....	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado(a) .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado(a) .....	①	②	③	④
18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

## IDARE

## Inventario de Autoevaluación

SXR

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

		CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21.	Me siento bien .....	①	②	③	④
22.	Me canso rápidamente .....	①	②	③	④
23.	Siento ganas de llorar .....	①	②	③	④
24.	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	①	②	③	④
25.	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	①	②	③	④
26.	Me siento descansado(a) .....	①	②	③	④
27.	Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" .....	①	②	③	④
28.	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas .....	①	②	③	④
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia .....	①	②	③	④
30.	Soy feliz .....	①	②	③	④
31.	Tomo las cosas muy a pecho .....	①	②	③	④
32.	Me falta confianza en mí mismo(a) .....	①	②	③	④
33.	Me siento seguro(a) .....	①	②	③	④
34.	Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades .....	①	②	③	④
35.	Me siento melancólico(a) .....	①	②	③	④
36.	Me siento satisfecho(a) .....	①	②	③	④
37.	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan .....	①	②	③	④
38.	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza .....	①	②	③	④
39.	Soy una persona estable .....	①	②	③	④
40.	Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) .....	①	②	③	④

**Anexo**  
**VERSIÓN REVISADA DE LA CES-D-R**

A continuación hay una lista de emociones y situaciones que probablemente hayas sentido o tenido. Por favor escribe durante cuántos días en la semana pasada te sentiste así, o si te ocurrió casi diario en las últimas dos semanas

Durante cuántos días...	En la semana pasada					Últimas dos semanas
	Escasamente (0 a 1 días)	Algo (1 a 2 días)	Ocasionalmente (3 a 4 días)	La mayoría (5 a 7 días)	Casi diario (10 a 14 días)	
1. Tenía poco apetito	0	1	2	3	4	
2. No podía quitarme la tristeza	0	1	2	3	4	
3. Tenía dificultad para mantener mi mente en lo que estaba haciendo	0	1	2	3	4	
4. Me sentía deprimido(a)	0	1	2	3	4	
5. Dormía sin descansar	0	1	2	3	4	
6. Me sentía triste	0	1	2	3	4	
7. No podía seguir adelante	0	1	2	3	4	
8. Nada me hacía feliz	0	1	2	3	4	
9. Sentía que era una mala persona	0	1	2	3	4	
10. Había perdido interés en mis actividades diarias	0	1	2	3	4	
11. Dormía más de lo habitual	0	1	2	3	4	
12. Sentía que me movía muy lento	0	1	2	3	4	
13. Me sentía agitado(a)	0	1	2	3	4	
14. Sentía deseos de estar muerto(a)	0	1	2	3	4	
15. Quería hacerme daño	0	1	2	3	4	
16. Me sentía cansado(a) todo el tiempo	0	1	2	3	4	
17. Estaba a disgusto conmigo mismo(a)	0	1	2	3	4	
18. Perdí peso sin intentarlo	0	1	2	3	4	
19. Me costaba mucho trabajo dormir	0	1	2	3	4	
20. Era difícil concentrarme en las cosas importantes	0	1	2	3	4	
21. Me molesté por cosas que usualmente no me molestan	0	1	2	3	4	
22. Sentía que era tan bueno(a) como otra gente	0	1	2	3	4	
23. Sentí que todo lo que hacía era con esfuerzo	0	1	2	3	4	
24. Me sentía esperanzado(a) hacia el futuro	0	1	2	3	4	
25. Pensé que mi vida ha sido un fracaso	0	1	2	3	4	
26. Me sentía temeroso(a)	0	1	2	3	4	
27. Me sentía feliz	0	1	2	3	4	
28. Hablé menos de lo usual	0	1	2	3	4	
29. Me sentía solo(a)	0	1	2	3	4	
30. Las personas eran poco amigables	0	1	2	3	4	
31. Disfruté de la vida	0	1	2	3	4	
32. Tenía ataques de llanto	0	1	2	3	4	
33. Me divertí mucho	0	1	2	3	4	
34. Sentía que iba a darme por vencido(a)	0	1	2	3	4	
35. Sentía que le desagradaba a la gente	0	1	2	3	4	