



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 19 No. 2

Junio de 2016

EFFECTIVIDAD DEL METAMODELO MEDITATIVO EN EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS.

Rafael Segundo Bestard Bizet¹, José Carlos Escobar De La Torre² y Dalia del Carmen Bestard Silva³

Casa de Salud Mental N°2:

“Jael Nieves” de la Ciudad de Holguín, Cuba

RESUMEN

El presente trabajo está enfocado a resolver una de las problemáticas principales de nuestro país: ¿Cómo paliar los nefastos efectos de los trastornos neuróticos en la salud mental de las personas aquejadas por ellos y en la economía? El objetivo de esta investigación está centrado en validar la efectividad de un metamodelo creado sobre las bases de la meditación oriental en la lucha contra la neurosis aplicada como terapia complementaria. En nuestro país hay carencia de investigaciones en la rama de la MNT que comprendan a la meditación oriental como una herramienta para el tratamiento de este tipo de padecimiento mental. Por eso esta investigación constituye el primer intento para satisfacer esta necesidad. La metodología aplicada, así como la probada eficiencia de los métodos científicos utilizados, prueban la efectividad de este metamodelo y abre el camino para futuras investigaciones en la utilización de la meditación oriental y sus muchas variantes en la rehabilitación de la salud mental. El metamodelo meditativo se encuentra elaborado en forma de folleto que puede ser utilizado de manera autodidacta por las personas interesadas en lograr el tan ansiado equilibrio mente-cuerpo.

Palabras clave: Desordenes neuróticos, Metamodelo, Meditación Oriental, Metamodelo Meditativo

¹ Máster en Ciencias Pedagógicas, Bioética y Bionergética, Profesor Auxiliar y Psicoterapeuta. Centro para la Investigación y Rehabilitación de las Ataxias Hereditarias. Correo electrónico: oshobestard@gmail.com

² Licenciado en Cultura Física y Deportes. Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya”. Correo electrónico: jescobar@ict.uho.edu.cu

³ Licenciada en Psicología de la Salud. Hospital Pediátrico de Holguín “Lucía Iñiguez. Correo electrónico: carmenmaria@cristal.hlg.sld.cu

THE EFFECTIVENESS OF THE MEDITATIVE METAMODEL FOR THE TREATMENT OF NEUROTIC DISORDERS.

ABSTRACT

This research focuses on the solution to one of the main problematic issues in our country: how to palliate the effects of neurotic disorders on the people suffering from them as well as on economy. The objective of this research resides on the validation of the effectiveness of a metamodel based on oriental meditation as a complementing therapy against neurosis. Our country lacks of any traditional medicine-based research that comprises meditation as a tool for the treatment of this particular mental disorder. Thus, this research could be the first attempt on fulfilling such need. The applied methodology, as well as the undisputed efficiency of the scientific methods used, prove the effectiveness of this metamodel and open a road for the future use of oriental meditation and its many variants for the purposes of mental rehabilitation. The aforementioned meditative metamodel has the format of a brochure, which can be used by the people interested in achieving the body-mind balance in a self-learned way.

Key words: Neurotic Disorders, Metamodel, Oriental Meditation, Meditative Metamodel

LA SALUD MENTAL COMO UN PROBLEMA ACTUAL.

¿Constituye la salud mental un problema en la actualidad?

Los datos aportados por prestigiosas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo demuestran que la humanidad tiene carencia de salud mental y que la pregunta anterior se puede contestar afirmativamente.

El problema de la salud mental y su connotación en el bienestar psicológico de las personas se ha convertido no solo en un problema de salud, sino en un problema de las propias ciencias sociales pues la búsqueda de la felicidad, que está muy relacionada con el hecho de tener salud mental, incide en todos los ámbitos del quehacer social del individuo (Castro, 2004).

Los muchos y variados intentos que se han hecho en el campo de la salud mental en la última década, por tan solo mencionar un período reciente, la creciente

producción de literatura de autoayuda dirigida a las personas que sufren de diferentes enfermedades mentales y el aumento exponencial del consumo de psicofármacos son muestras de que todavía falta mucho por avanzar en el terreno de la psicoterapia y la rehabilitación mental.

La tragedia de la enfermedad mental adopta muchas formas. Se le puede asemejar a un actor que usa diversos atavíos o disfraces, dependiendo del personaje que representa.

Existe tanta incertidumbre acerca de esta condición que algunos psiquiatras famosos han llegado a afirmar que no hay tal cosa como la “enfermedad” mental. Piensan que meramente es un asunto de “comportamiento errático”. Los psiquiatras se basan con frecuencia en el "Manual de diagnósticos y estadísticas de desórdenes mentales" (su sigla en inglés es DSM-IV o ICD-10), así como en las siempre actualizadas guías como el "Proyecto de medicación Algorithm de Texas" (TMAP) para diagnosticar y descubrir enfermedades y desórdenes mentales. Por lo tanto, la mayoría de los servicios prestados a la salud mental en general se encuentran normalmente asociados a la Psiquiatría y no existen otras alternativas, lo que conlleva a un cierto límite, puesto que se asocia la salud mental con problemas psiquiátricos y se reduce con ello el concepto de las condiciones de salud mental (DSM-IV, 1995).

Es una práctica general dividir a todas las enfermedades mentales en dos clases, “orgánicas” y “funcionales.” Entre las muchas caras de la enfermedad orgánica están las que se presentan en el nacimiento o poco tiempo después, tales como parálisis cerebral, mongolismo, cretinismo y otras formas de retardo mental.

Otras enfermedades orgánicas se hacen sentir más tarde en la vida, como la senilidad con sus diversas aberraciones mentales, caracterizadas a menudo por puerilidad. En contraste con las enfermedades mentales orgánicas, hay enfermedades mentales funcionales, de las cuales una forma común y leve son los trastornos neuróticos. A los que sufren de esto se les llama “neuróticos,” por lo general implicando equivocadamente que poco si es que algo realmente anda mal con la persona.

Una persona neurótica está en contacto con la realidad pero está impedida por una falta de confianza, o por sospecha y/o tensión. Una persona que sufre de neurosis puede sentirse excesivamente ansiosa acerca de su trabajo, su familia o su salud. Puede tener temores exagerados acerca de la gente o de los lugares, como por ejemplo temer usar un ascensor. Entre sus síntomas puede estar el comer compulsivamente, estar ansioso todo el tiempo, o tener violentos estallidos de mal genio ante las más leves provocaciones. Por lo general el individuo está consciente de su problema pero no de su causa, y no puede controlarlo.

Uno quizás crea que los trastornos neuróticos son fáciles de reconocer. Pero quizás no, porque las neurosis tienen un modo de disfrazarse. ¿Cómo es eso? Es que frecuentemente causan enfermedades físicas, debido al principio psicosomático envuelto. El enfermo quizás se concentre en los males físicos en vez de llegar a la causa verdadera. Las neurosis quizás se manifiesten de diferentes modos, entre éstos los malestares digestivos, problemas cardíacos, dificultad en respirar y erupciones de la piel.

En contraste con la persona neurótica, el psicópata (o la persona verdaderamente desequilibrada), tiene un problema más grave. Éste realmente pierde contacto con la realidad y reacciona y responde de modos crasamente anormales. Así es que hay un dicho común: “El neurótico hace castillos en las nubes, el psicópata vive en estos castillos, y el psiquiatra cobra el alquiler.”

Independientemente de que existen muchas clasificaciones y definiciones de los trastornos mentales y en específico de los trastornos neuróticos por parte de los especialistas lo que sí es innegable es que la inmensa mayoría de ellos define que la raíz de todas las neurosis y las psicosis como exponentes de la falta de salud mental radica en la ansiedad (González, 2003)

La ansiedad (del Lat. *anxietas* = angustia, aflicción) es un estado que se caracteriza por un incremento de las facultades perceptivas ante la necesidad fisiológica del organismo de incrementar el nivel de algún elemento que en esos momentos se encuentra por debajo del nivel 'adecuado'; o por el contrario, ante el temor de perder un bien preciado.

Para la psicología cognitiva la ansiedad que enferma (ansiedad patológica), está directamente relacionada con el miedo al futuro y está basada en pensamientos relacionados con frases que empiezan con "¿y si...?" ("¿y si me mareo?", "¿y si tengo alguna enfermedad?", "¿y si pierdo el control?" etc.) (Santandreu, 2011). Así concebida, el tratamiento de la ansiedad se tiene que basar en una recodificación de este tipo de pensamientos que permita a la persona vivir en el presente. La persona que tiene ansiedad, dice y siente el futuro como si fuera real, cuando la realidad es que en el presente, que es lo único que existe, no hay ningún motivo para que se genere ansiedad. Cuando la persona vuelve a recuperar su contacto con el presente, la ansiedad desaparece.

Sin embargo, en las sociedades avanzadas modernas, esta característica innata del hombre se ha desarrollado de forma patológica conformando, en algunos casos, cuadros sintomáticos que constituyen los Trastornos Neuróticos, que tienen consecuencias negativas y muy desagradables para las personas que los padecen. Entre los Trastornos Neuróticos se encuentran las Fobias, el Trastorno obsesivo-compulsivo, el Trastorno de pánico, la Agorafobia, el Trastorno por estrés post-traumático, el Trastorno de ansiedad generalizada, etc.

Hay que matizar, como se decía más arriba, que la ansiedad en sí no es algo patológico, lo que genera problemas es la respuesta incorrecta de dicha emoción de manera crónica o ante determinadas situaciones o estímulos que resulta desadaptativa para el individuo.

Existen varios tipos de tratamientos y terapias que tienen cierta efectividad para las personas que padecen de ansiedad y pánico. Ellos incluyen:

- 1- Fármacos ansiolíticos.
- 2- Psicoterapia Cognitivo-Conductual (cognitive-behavioral therapy). Esta debería ser dirigida por un psicólogo competente y experimentado. La terapia incluye técnicas de exposición graduada, confrontación y modificación de creencias negativas o incorrectas; modificación de pensamientos negativos; técnicas para entablar auto-charlas positivas; técnicas específicas para tratar con el pánico; etc.

- 3- Reducción de Estrés, lo que puede incluir técnicas de relajación y respiración, mejor manejo del tiempo, ejercicio físico, Yoga, etc.
- 4- Cambios en la Alimentación; por ejemplo, eliminación gradual del café, estimulantes, chocolate, azúcar, tabaco, alcohol, refrescos que contengan cafeína y analgésicos o drogas que contengan esta. Algunos pacientes informan reducciones considerables en su ansiedad sólo tomando estas medidas.

En casos muy graves tal vez sea necesario utilizar fármacos durante el transcurso de la terapia psicológica, pero siempre bajo la supervisión de un profesional calificado. Si la terapia psicológica da los resultados esperados, los fármacos se podrían suspender.

En general se considera que la ansiedad es una condición que existe de por vida en cierto grado. No todos los pacientes responden a los tratamientos, pero un porcentaje importante de ellos pueden lograr una recuperación parcial o casi completa a largo plazo con la ayuda de la terapia psicológica. Se cree que la prognosis de la ansiedad se ve afectada por la creencia común (posiblemente una creencia negativa e incorrecta) por parte de los pacientes de que su condición es especialmente grave, más grave que la de cualquier otra persona que se haya recuperado.

Por eso, en la vida cotidiana, la ansiedad viene a ser punto de partida y de llegada clave para evaluar la salud mental y, para los efectos de esta investigación, una dosis exacta de ansiedad que le permita al individuo un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual sea capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana viene a ser el indicador fundamental del equilibrio cuerpo-mente y de una buena salud mental.

LA REHABILITACIÓN MENTAL Y LA MEDITACIÓN ORIENTAL EN EL TRATAMIENTO DE LAS NEUROSIS.

¿Qué es la rehabilitación de la salud mental?

La rehabilitación de la salud mental es el conjunto de intervenciones y apoyos cuyo objetivo esencial es ayudar al enfermo mental a recuperar o adquirir las capacidades y habilidades necesarias para el desarrollo de una vida cotidiana en comunidad de la manera más autónoma y digna, así como en el desempeño y manejo de las diferentes funciones sociales y demandas que supone vivir, trabajar y relacionarse.

Entendida así, la rehabilitación de la salud mental no es un centro ni una unidad, sino una determinada forma de entender la atención a las personas afectadas de una enfermedad mental e implica tanto un conjunto de procedimientos específicos como una red de recursos orientados a proporcionar una mayor calidad de vida en las condiciones más normales e independientes posibles.

Rehabilitar no significa mejorar algo desde el exterior. Rehabilitar significa que la persona extraiga de sí lo mejor, todas sus potencialidades y su estado de perfección interna para paliar los efectos negativos que las ondas de la enfermedad han creado. Rehabilitar significa, ante todo, crecimiento interno.

Para entender qué es el crecimiento interno simplemente hay que mirar a un árbol. A medida que el árbol crece hacia arriba sus raíces crecen más profundamente hacia abajo, más hondo. Hay un equilibrio: cuanto más se eleva el árbol, más profundas son sus raíces. No puede existir un árbol de cincuenta metros de altura que tenga raíces pequeñas; no podrían sostener a un árbol tan grande. En la vida, crecer significa profundizar en uno mismo: es ahí donde están las raíces. La falta de esas raíces profundas son las causas fundamentales del sufrimiento, de los miedos, de las preocupaciones humanas y de los sentimientos de culpabilidad, de remordimientos y de incapacidad de autoaceptación, en fin, son las causas de los trastornos neuróticos.

La ciencia no duda ya de la realidad de la interacción mente-cuerpo y conoce el efecto que los estados emocionales (depresión, amor, cólera, odio, amor, generosidad, alegría, optimismo...), producen en el organismo. Sin embargo,

queda aún mucho camino por recorrer hasta que se produzca un encuentro entre la Medicina tradicional y la Medicina Holística o Integral.

Precisamente, uno de los objetivos fundamentales de la meditación oriental, en todas sus variantes, es iniciar a la persona en ese viaje interior que le permite “echar raíces profundas” y poder propulsarse a alturas superiores. Y eso, precisamente, es rehabilitación mental.

Por esta razón son muchos los defensores de la meditación oriental como un método de rehabilitación de la salud mental (Aftanas, et al., 2010, Bonadonna, 2003, Groves, 1999, Murata, et al., 2004, Oramas, 2005, Snaith, 2005, Tacón, et al., 2003, Travis, et al., 2006, Wachholtz, et al., 2005).

Lo anteriormente analizado conduce a la obvia conclusión de que la meditación oriental brinda excepcionales potencialidades de usarse como terapia en el tratamiento de los trastornos neuróticos, aunque, al estar basada en paradigmas diferentes a los que predominan en la vida occidental se topa con la acuciante necesidad de contextualizar su aplicación para que sea en realidad efectiva.

EL METAMODELO MEDITATIVO. SU ESENCIA Y ESTRUCTURA.

¿Qué es un metamodelo?

La construcción de metamodelos ha evidenciado un creciente auge en casi todas las esferas del saber humano. Impregnadas de los avances de la Programación Neurolingüística (PNL) las esferas del comercio, la comunicación, la pedagogía y la psicología educativas, por mencionar solo algunas de ellas, han buscado la elaboración de estos metamodelos con el objetivo de ser más eficientes y eficaces. De esta manera, actualmente y con gran éxito, se utilizan los metamodelos en casi todos los campos de la actividad humana. El modelado es la herramienta básica y fundamental de la PNL. Todas las técnicas de PNL han sido el resultado de modelar procesos conscientes e inconscientes (llamados estrategias) de personas de carne y hueso.

Para la confección de estos metamodelos se analizan no solo las acciones que componen la actividad en cuestión que se quiere programar, sino también los paradigmas que enarbolan las personas que han obtenido mayores éxitos en

dicha actividad. Todo esto se lleva a una modelación sistémica que permite al interesado en usar el metamodelo apropiarse de la esencia misma de la actividad a un nivel de metacognición garantizando, en un alto porcentaje, el éxito (Niño, 2003, Chaves, 2003, Cobos, et al., 2001).

Los metamodelos son, en cierta forma, similares a las hipótesis de investigación. Son posibles respuestas a problemas de la realidad, pero también tienen el mismo inconveniente de las hipótesis y es que hay que probarlos o, por lo menos, adicionar a la misma evidencia empírica sobre su funcionamiento y empatía con la realidad que modela. Hay un elemento importante en los metamodelos que hace la gran diferencia de ellos con las hipótesis, y es su capacidad para redefinirlo constantemente a través de comparaciones sucesivas con la realidad. Esto permite que el metamodelo madure con el tiempo, pero este proceso debe estar bien definido y evaluado, de tal forma que permita encontrar el metamodelo que más se ajuste al problema que resuelva y que, por el contrario, no contribuya a la complejidad del mismo.

Por lo tanto, se puede decir, aunque sin intención de ofrecer una definición acabada sobre el particular, que un metamodelo es: una especie de cuasialgoritmo construido a un nivel metacognitivo cuya puesta en práctica garantiza el éxito de la actividad para lo cual fue creado.

Partiendo de estas premisas uno de los autores de la presente investigación confeccionó un metamodelo basado en la meditación oriental que sirviera para atenuar los efectos de la ansiedad.

Estructura del metamodelo meditativo.

El metamodelo confeccionado tiene las siguientes características:

- 1- Contiene en apretada síntesis las bases filosóficas y de ejercicios de las principales corrientes de la meditación oriental que van dirigidas fundamentalmente a la erradicación de la ansiedad.
- 2- Está concebido didácticamente para que la persona que lo utilice se apropie de estos fundamentos teórico-prácticos de una manera acelerada transitando por niveles de profundidad y asimilación.

- 3- Está elaborado en forma de folleto didáctico para que las personas lo puedan utilizar de manera relativamente independiente.

El folleto elaborado sobre la base del metamodelo tiene como título: “Puedes lograr el equilibrio interior: 12 charlas para disciplinar la mente” y presenta la siguiente estructura (Bestard, 2012):

- 1- Consta de 12 charlas. Todas ellas contienen un sistema de ejercicios (tomados de la meditación oriental), y dispuestos en orden de complejidad creciente. Los ejercicios que aparecen en cada charla tienen relación estrecha con el tema de meditación que se trata en la misma y con una orientación de cómo practicarlos, así de cómo retroalimentarse de la efectividad de su aplicación.
- 2- Las seis primeras charlas versan sobre los principios (impermanencia y desapego), y las técnicas fundamentales (ser el observador y hacerse consciente), que son imprescindibles aceptar como paradigmas para poder meditar, disciplinar la mente y desestresarse.
- 3- En las subsiguientes charlas (7-12), se ofrecen los llamados conductos para meditar. Estos sencillamente son las puertas o vías a través de las cuales la persona puede aplicar las técnicas y los principios fundamentales de la meditación.
- 4- Como en la meditación oriental, en sentido general, queda claro que estos conductos o puertas son: el cuerpo, la mente, el aquí y el ahora y el silencio, las charlas 7 y 8 tratan de cómo utilizar al cuerpo para meditar y desembarazarse de la ansiedad negativa. En la charla 9 se toca el tema de cómo meditar a través del presente. En las charlas 10 y 11 se analiza cómo utilizar a la mente en la meditación; señalando la vía rápida y lenta en su utilización. Y, por último, en la charla 12 se trata al silencio no solo como la cúspide de la meditación, sino también como una vía o conducto a través del cual se puede meditar.
- 5- El folleto cuenta con un total de 19 ejercicios repartidos en las charlas y que guardan relación directa con los postulados que se presentan en cada una de ellas. De esta manera la persona puede, a la

vez que va asimilando el contenido de cada charla, experimentar la veracidad de lo que en ella se plantea y puede vivenciar cómo el nivel de ansiedad va disminuyendo con la propia práctica.

6- Las charlas están estructuradas por preguntas y respuestas que recogen las principales inquietudes que pueden surgir al tratar de aplicar este tipo de estrategia psicoterapéutica recogidas, en parte, por la experiencia de los propios investigadores en la aplicación de la misma.

Este método de preguntas y respuestas hace que el lector pueda asimilar mejor el contenido de los paradigmas que se enarbolan como las bases para la aplicación exitosa de la meditación oriental. Otra función de esta forma de estructurar el contenido es que la persona puede tener una constante retroalimentación de la efectividad de la práctica que está realizando.

Para amplificar los efectos positivos de la aplicación de este Metamodelo el psicoterapeuta, al aplicarlo debe tener en cuenta los siguientes requisitos:

- 1- Hablar lo menos posible de problemas y enfermedades.
- 2- No criticar lo que se está aprendiendo. Lo más importante es practicar los ejercicios por muy simples o absurdos que parezcan.
- 3- Estimular al paciente a no imitar a nadie ni esperar las mismas sensaciones y reacciones ante la práctica de los ejercicios. Confiar en su propia sabiduría.
- 4- Motivar al paciente a no darse por vencido ante las recaídas, ni criticarse ni censurarse cuando aparentemente no se vean resultados.
- 5- Incitar al paciente a no quedarse con dudas acerca de la esencia de los ejercicios.
- 6- No hablar de cosas pasadas o futuras.
- 7- Imbuir al paciente en la actitud de no estar interesado ni esperar ningún resultado, solamente disfrutar plenamente de lo que se hace.
- 8- Aceptar el hecho de que la propia mente humana es adictiva (la presencia inevitable de procesos automáticos mentales en toda actividad humana habla elocuentemente de este hecho), y desde la plena aceptación de este hecho se trata de que el sujeto no se identifique con la

esencia de la mente adictiva y cambie esta esencia a partir de la llamada atención plena. Por lo tanto, en las sesiones de psicoterapia, el psicoterapeuta (aplicando esta estrategia), no se desgasta en la búsqueda de los por qué, los cuándo o los dónde. Esto hace que tampoco se energice ni se refuercen los caminos neuronales de los traumas y adicciones mentales.

9- En las sesiones psicoterapéuticas el foco de atención no debe estar en la transformación de los factores externos (laborales, familiares, etc.), sino en el viaje hacia el interior. Esta concepción parte de la esencia de que todo crecimiento es de adentro hacia afuera.

Los autores de esta investigación consideran que dentro de las diferentes corrientes psicoterapéuticas existentes en la actualidad y estructuradas en el modelo de las cuatro fuerzas de la psicología contemporánea (La psicología conductista, la psicología psicoanalista, la psicología humanista y la psicología transpersonal), el Metamodelo Meditativo confeccionado se afilia cuantitativa y cualitativamente mejor, a la Psicología Transpersonal (Oblitas, 2007). A continuación y en apretada síntesis se exponen las razones de tal afirmación.

La psicología transpersonal le concede una gran importancia al estudio y la expansión del campo de la investigación-empírica y científica-de los estados de salud y bienestar psicológico, así como una profunda pesquisa dirigida a promover el desarrollo integral de la conciencia en sus dimensiones bio-psico-social-espiritual o transpersonal. Parte del hecho de que el ser humano es capaz de vivenciar estados de conciencia que trascienden las fronteras de la dimensión bio-psico-social, alcanzando una fase de profunda relajación y quietud de la actividad cerebral promoviendo niveles de salud mental no reconocidos por la tradición médica. En opinión de los autores de esta investigación, la meditación oriental no niega en ningún momento el paradigma (bio-psico-social), solo que lo trasciende y que puede encontrar un lugar como enfoque psicoterapéutico en el campo de la psicología transpersonal.

Aunque el enfoque transpersonal no forma en sí una escuela psicológica específica pues en su estructura se puede encontrar una diversa gama de

diferentes disciplinas que tributan sus propias teorías y métodos, al dirigir su accionar a diferentes aristas de la dimensión espiritual o existencial, todas ellas de una u otra manera coinciden en que el concepto de ser humano de manera holística no solo abarca las dimensiones biológica, psicológica y social.

Estas dimensiones, desde el punto de vista del enfoque sistémico, solo constituyen elementos o formas en las que la existencia (conciencia suprema, vida, espíritu, energía, etc.), se define como realidad tangible. Por lo tanto, el ser, en la forma humana, puede convertirse en el observador acrítico del acontecer de las formas impermanentes (el cuerpo y la mente), trascendiéndolas y desapegándose de la causa esencial del sufrimiento mental.

Una vez logrado esto el próximo paso en esta trascendencia consiste en lograr la comunión profunda del ser unitario independientemente de las formas que pueda adoptar. De ahí que se entiende por esta corriente la necesidad de alcanzar la dimensión transpersonal y la trascendente, como objetivos supremos para poder saborear la vida en toda su plenitud y extensión, sin los eclipses propios del quehacer mental.

El enfoque transpersonal sostiene que aunque el ser humano en su búsqueda de la felicidad tiende hacia la realización de estas dimensiones como un proceso natural, este proceso puede verse truncado en la vida del individuo por los factores sociales y medio-ambientales. De esta manera el ser humano se encuentra entre dos fuerzas o dimensiones: por una parte la experiencia interna del ser o llamada sabiduría orgánica, y por la otra, la influencia del medio ambiente o la llamada valoración externa.

Esta concepción de la naturaleza última del individuo ha beneficiado a la psicología y a la psicoterapia en gran medida porque permiten una apertura más amplia en la comprensión de un fenómeno tan complejo como la psiquis y tiende un puente entre la ciencia y la erróneamente llamada mística en la búsqueda de un arsenal más rico de técnicas y herramientas para lograr el bienestar psicológico y la felicidad.

Desde luego también presenta desventajas pues esta interrelación trae consigo la introducción en la práctica profesional y científica terapéutica de tradiciones

espirituales de dudosa efectividad. Además, se corre el peligro de introducir en el ámbito de la psicoterapia prácticas espirituales indiscriminadas incluyendo la tendencia tentadora de que el psicoterapeuta deje de cumplir su rol profesional para convertirse en una especie de maestro o guía espiritual, abandonando así su cuota de responsabilidad en el proceso de la rehabilitación psicológica del individuo aquejado mentalmente.

Otro peligro recurrente de este enfoque es el de pretender ser la panacea universal en la solución de todas las disfunciones, alteraciones y patologías, sin tomar en cuenta su etiología y el nivel de conciencia en el que éstas se generan y se desarrollan, ignorando que las distintas manifestaciones patológicas requieren de enfoques psicológicos y de modelos de intervención psicoterapéutica diferentes.

Por último se puede señalar que el enfoque transpersonal no es una tradición espiritual, ni un camino contemplativo, sino una corriente psicológica fundamentada en un enfoque comprehensivo de los alcances remotos de la naturaleza humana, que devela los problemas, dificultades y las crisis de transformación espiritual y facilita los procesos de identificación-integración-consolidación-desidentificación, que permiten la expansión de la conciencia.

La terapia transpersonal también tiene sus limitaciones. No debe abocarse a la atención y el tratamiento de condiciones de naturaleza claramente psicótica. Esto significa que individuos con un largo historial de tratamiento institucional y farmacológico, así como aquellos que presentan padecimientos crónicos relacionados con las psicosis autistas, las psicosis simbióticas infantiles, las esquizofrenias adultas, las psicosis depresivas, los trastornos narcisistas primarios, los trastornos bordelinde de la personalidad, las neurosis bordelinde de alto nivel o las psiconeurosis -cuya etiología más perturbadora tiene sus raíces en las etapas pre-personales del desarrollo-, no encajan dentro del campo de la psicoterapia transpersonal debido a que requieren de una intervención médico-psiquiátrica.

La psicoterapia transpersonal combina diversas técnicas con el objeto de provocar un efecto más amplio. Al conjunto de técnicas que se estructuran con base en los

objetivos que se pretende, se le conoce como ejercicios. Éstos por lo general incluyen técnicas de respiración, de relajación, de visualización, de concentración mental, de imaginación creativa y las distintas formas y corrientes de la meditación oriental, entre otras. El término “método” corresponde al conjunto de técnicas y ejercicios que se emplean en la práctica psicoterapéutica.

Las razones expuestas en este acápite hicieron que los autores de la investigación consideren al Modelo Meditativo como un instrumento psicoterapéutico dentro de la corriente transpersonal de la Psicología y un candidato competente para ser utilizado en el tratamiento de la ansiedad a partir de su modelación contextualizando la meditación oriental a “nuestra realidad”.

Todo lo anteriormente expuesto permite no solo definir el problema de la investigación, sino también su objetivo y la hipótesis de partida.

Problema: ¿Qué efectos tendrá la aplicación del Metamodelo Meditativo como una opción de estrategia psicoterapéutica complementaria en el tratamiento de la ansiedad en pacientes neuróticos?

Objetivo: Evaluar la efectividad del Metamodelo Meditativo como estrategia psicoterapéutica complementaria en el tratamiento de la ansiedad en pacientes neuróticos.

Hipótesis: La aplicación del Metamodelo Meditativo como estrategia psicoterapéutica complementaria logrará cambios significativos en los niveles de ansiedad (estado y rasgo) en los pacientes neuróticos.

MÉTODO.

Participantes

El diseño de esta investigación es un experimento desde el paradigma cuantitativo con un muestreo probabilístico.

La muestra de la investigación se tomó de la población que ingresó en la Casa de Salud Mental N°2 “Jael Nieves” de la ciudad de Holguín en el período de enero a marzo del 2013 (es necesario aclarar que los pacientes que ingresan en este centro son sometidos durante dos meses al mismo tratamiento convencional que

consta de diferentes formas de terapia (ocupacional, cognitivo-conductual, etc.) y de psicofármacos.

A esta muestra se le dividió en dos grupos: uno experimental y uno de control de manera aleatoria siguiendo el dictamen del grupo de especialistas de esta institución después de haberse efectuado el examen psiquiátrico. A esta muestra se le aplicó el inventario IDARE y se constató que el 100% de la misma padecía de un alto nivel de ansiedad como estado y como rasgo. (Los resultados del inventario coincidieron con el examen psiquiátrico de los expertos que laboran en este centro y que sirven de base para el ingreso de los pacientes en esta institución).

La muestra estuvo constituida por 9 pacientes de los cuales 5 pacientes constituyeron el grupo experimental de la investigación y los 4 restantes constituyeron el grupo control.

Instrumentos

Se utilizó la entrevista a profundidad para conocer el estado de opinión de los sujetos de la investigación en cuanto a la ocurrencia de mejoría en el tratamiento recibido comparando un antes y un después. Se utilizó el Inventario de ansiedad IDARE para conocer los niveles de ansiedad (como estado y como rasgo) de los sujetos de la investigación (este instrumento no fue aplicado por los investigadores, sino por el equipo multidisciplinario que tiene a su cargo la atención a estos pacientes que ingresan de forma ambulatoria a la institución) y se realizó el estudio de la documentación de la historia clínica para encontrar evidencias de mejoría en opinión del equipo multidisciplinario.

Estos indicadores fueron tomados como variables para medir el grado de evolución que experimentaron los sujetos de la muestra. Estas variables se operacionalizaron de la siguiente forma:

Se considera:

Mala evolución (1 punto)- Si tanto la opinión del paciente (a través de la entrevista a profundidad), como los resultados del examen psiquiátrico, así como los resultados arrojados por el Inventario IDARE (alto grado de ansiedad como rasgo

y como estado) indican que no se ha producido mejoría alguna en el desempeño social, laboral o familiar por el cual el paciente acude a consulta o es remitido.

Regular (2 puntos)-Si tanto la opinión del paciente, como los resultados del examen psiquiátrico, así como los resultados arrojados por el Inventario IDARE (grado medio de ansiedad como rasgo y como estado) indican que se ha producido alguna mejoría en el desempeño social, laboral o familiar por el cual el paciente acude a consulta o es remitido y se han obtenido éxitos discretos en estos desempeños.

Buena (3 puntos)-Si tanto la opinión del paciente, como los resultados del examen psiquiátrico, así como los resultados arrojados por el Inventario IDARE (grado bajo de ansiedad como rasgo y como estado) indican que se ha producido una notable mejoría en el desempeño social, laboral o familiar por el cual el paciente acude a consulta o es remitido y obtiene éxitos considerables en estos desempeños y no requiere ayudas ulteriores.

Además, los testimonios de los pacientes fueron filmados como evidencia de los resultados obtenidos.

Procedimiento

Durante el período que duró la investigación a ambos grupos se les sometió al mismo tratamiento convencional que se recibe en este centro, solo que al grupo experimental se le introdujo la estrategia terapéutica basada en el Metamodelo Meditativo.

Esta terapia consistió en sesiones basadas en las charlas que aparecen en el folleto sobre el Metamodelo Meditativo con una frecuencia de dos veces semanales con una duración de una hora, una hora y media. En estas sesiones a los pacientes, además que se les instruía en las bases paradigmáticas de la meditación oriental, de manera conjunta se practicaban con ellos los ejercicios. Además a todos se les ofreció un CD con la información grabada del folleto para su reforzamiento en los horarios no establecidos por el centro.

Al término de dos meses se volvieron a aplicar los mismos instrumentos de investigación para determinar el grado de evolución experimentado.

Análisis estadístico

Obedeciendo al tamaño de la muestra se aplicó la media porcentual.

RESULTADOS.

En la Tabla N°1 aparecen los resultados arrojados por los distintos instrumentos aplicados pero valorados según la operacionalización de las variables y determinados por grados de evolución.

Tabla N°1: Comportamiento del grado de la evolución de la muestra de la investigación antes y después de la aplicación del Metamodelo Meditativo expresados en porciento.

	Evolución antes del experimento			Evolución después del experimento		
	Mala	Regular	Buena	Mala	Regular	Buena
Grupo Control (4)	100%	0%	0%	50%	25%	25%
Grupo Experimental (5)	100%	0%	0%	0%	20%	80%

Es necesario aclarar que para una mayor confiabilidad del análisis de las variables y la determinación del grado de evolución de cada uno de los sujetos de la muestra se compararon los resultados arrojados y determinados por los investigadores con los criterios del equipo multidisciplinario del centro, existiendo un consenso casi generalizado de estos resultados.

Aplicando la media porcentual en ambos grupos antes del experimento se puede constatar que el puntaje es el mismo.

Puntaje de ambos grupos antes del experimento=1

Sin embargo después del experimento el puntaje se comportó de la siguiente manera:

Puntaje del grupo control=1,75.

Puntaje del grupo experimental=2,8.

Resulta obvio las ventajas que resultaron de la aplicación del Metamodelo Meditativo como terapia complementaria en el tratamiento de estos pacientes neuróticos.

DISCUSIÓN

Aunque el grupo de investigadores es consciente de las limitaciones de la presente investigación por el tamaño de la muestra y la imposibilidad de poder monitorear de manera contundente algunas variables de confusión como la ingesta de psicofármacos, es de la opinión que sobre la base de los resultados arrojados y por las opiniones de los sujetos del grupo experimental y del personal especializado del centro, el Metamodelo Meditativo resultó ser efectivo como terapia complementaria en el tratamiento de la ansiedad en los pacientes neuróticos del grupo experimental y en la forma novedosa de relacionarse estos con el sufrimiento. Los investigadores consideran que el Metamodelo Meditativo puede constituir una herramienta muy útil en el ámbito de la práctica psicoterapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Aftanas L y Golosheykin S. (2010) "*Impact of regular meditation practice on EEG activity at rest and during evoked negative emotions*". The International Journal of Neuroscience [serial on the Internet]. (2005, June), [cited January 19, 2010]; 115(6): 893-909. Available from: MEDLINE.
- Bestard B R. (2012) "*Puedes alcanzar el equilibrio interior: 12 charlas para disciplinar a la mente*" Editorial Académica Española, ISBN: 978-3-659-02111-4.
- Bonadonna R. (2003). "*Meditation's impact on chronic illness*". Holist Nurs Pract. 2003 Nov-Dec; 17(6):309-19.Related Articles, Links
- Castro, Díaz–Balart Fidel. (2004). "*Ciencia, Tecnología y Sociedad*". Editorial Científico -Técnica La Habana 2004.
- Cobos L, CA y Mendoza B ME y Niño Z, MA. (2001) "*Diseño y conceptualización del metamodelo*", Unicauca Virtual Fase I, Artículo 1 en ASCUN-CIVE2002, Popayán, Oct. 2001.
- Chaves H, WA. (2003). "*Metamodelo de evaluación para la educación en línea*". Tesis de Maestría, Facultad de Ingeniería Electrónica y Telecomunicaciones, Universidad del Cauca, Popayán, Cauca, Colombia, 2003.
- DSM-IV (1995) "*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*". (1995). Barcelona. Masson
- González R—"Clínica Psiquiátrica; básica actual", Editorial Félix Valera, La Habana, 2003.
- Groves P. (1999) "*Meditation and anxiety*". Br J Psychiatry. 1999 Jan; 174:79.Related Articles, Links Comment on: Br J Psychiatry. 1998 Sep.; 173:193-5.
- Murata T y Takahashi T y Hamada T y Omori M, Kosaka H y Yoshida H, Wada Y. (2004) "*Individual trait anxiety levels characterizing the properties of Zen meditation*". Neuropsychobiology. 2004; 50(2):189-94.Related Articles, Links
- Niño Z, MA. (2003) "*Modelo de especificación de conocimientos para Educación en Línea a través de estilos de aprendizaje*", Tesis de Maestría, Escuela de Ingeniería de Sistemas, Universidad Industrial de Santander, 17 de junio, 2003.

- Oblitas G. L. A. (2007): *“Cómo hacer psicoterapia exitosa”*. (Autor y Compilador) PSICOM Editores Bogotá D.C. Colombia Cubierta: Taller Creativo Psicom editores Impresión Digital: Psicología Científica.com E
Mail:edicion@psicomeditores.com www.PsicomEditores.com ISBN: 958-33-5829-0.
- Oramas J. (2005) *“Milenarios secretos de la meditación”*
<http://granmai.cubaweb.com/> La Habana, 15 de Diciembre de 2005
- Santandreu R. (2011) *“El arte de no amargarse la vida: Las claves del cambio psicológico y la transformación personal”* España. Editorial Oniro (sello editorial de Espasa Libros S.L.U.)
- Snaith P. (2005) *“Meditation and psychotherapy”*. Br J Psychiatry. 1998 Sep;173:193-5.Related Articles, Links. Comment in: Br J Psychiatry. 1999 Jan;174:79. Br J Psychiatry. 2000 Sep;177:280. Comment in: Arch Neurol. 2005 Jan;62(1):164; author reply 164.
- Tacón AM y McComb J y Caldera Y y Randolph P. (2003) *“Mindfulness meditation, anxiety reduction, and heart disease: a pilot study”*. Fam Community Health. 2003 Jan-Mar;26(1):25-33.Related Articles, Links.
- Travis F y Arenander A. (2006) *“Cross-sectional and longitudinal study of effects of transcendental meditation practice on interhemispheric frontal asymmetry and frontal coherence”*. Int J Neurosci. 2006 Dec;116(12):1519-38.Related Articles, Links.
- Wachholtz AB y Pargament KI. (2005) *“¿Is spirituality a critical ingredient of meditation? Comparing the effects of spiritual meditation, secular meditation, and relaxation on spiritual, psychological, cardiac, and pain outcomes”*. J Behav Med. 2005 Aug; 28(4):369-84.Related Articles, Links