

INTRODUCCIÓN

1. PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Una gran cantidad de investigaciones ha detectado un incremento en los problemas de la salud mental en profesionales del área de salud, reflejándose en mayores indicadores y niveles de estrés, ansiedad, depresión, disfunción social, generando posibles afectaciones emocionales en los dominios de su vida. (Villegas et al. 2021), (Urpeque-Garcia y Cortez-Vidal, 2022)

El mindfulness, ha sido utilizado en este trabajo como un conjunto de técnicas para lograr una reducción de estrés percibido y un incremento en la salud general y puede conceptualizarse de acuerdo a la definición de Baer et al. (2003) como *“la observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen”*.

La salud mental, se conceptualiza según Goldberg citado por (Godoy-Izquierdo, Godoy, López & Sánchez; 2002), como *“la capacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas sin la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto.”* (p.50)

El estrés percibido es definido como *“Una relación particular entre el individuo y el ambiente, que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).

A continuación se describe la problemática a nivel internacional, nacional y departamental:

Perspectiva Internacional

Señalamos aquí 3 trabajos fundamentales y de magnitud internacional en la temática, que nos brindaron orientación y guía para una intervención basada en el Mindfulness en una población con adicciones y sintomatología depresiva, ansiosa con estrés. En primer lugar, el trabajo de Segal et. al, acerca del abordaje a la depresión mediante el mindfulness, llamado “Terapia cognitiva basada en el Mindfulness” para prevenir la recurrencia de la depresión, y por último el trabajo de Kabat-Zinn, acerca de la “Reducción de estrés basada en el Mindfulness” (Segal et al., 2017, Kabat-Zinn, 2013)

Considerando la magnitud de sus beneficios del mindfulness a nivel bio-psico-social y los resultados, de los miles de investigaciones que se llevaron a cabo en distintos países desde 1970 que lo respaldan, (Goleman, 2018) se observa un desconocimiento del mismo término, sus traducciones del habla hispana como de su contexto e implicaciones. Por tal ausencia de conocimiento no se pueden registrar investigaciones previas en el departamento de Tarija, y muy pocas en Bolivia, que podrían reportar sus aportaciones clínicas en nuestro país.

Durante la pandemia COVID-19 se realizó la investigación internacional “HEROES” con el propósito de evaluar el impacto de la pandemia en la salud mental, mediante la realización de aproximadamente 15.000 entrevistas a trabajadores sanitarios de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay. El informe señala que entre 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas para sospechar de un episodio depresivo, mientras que entre un 5% y 15% del personal dijo que pensó en suicidarse. La investigación, a su vez señala que en algunos países la atención psicológica sólo fue garantizada para un tercio de quienes dijeron necesitarla. (OPS, 2022)

Li Y, Scherer N, Felix L, Kuper H (2021) realizaron una revisión sistemática y un meta análisis de 65 investigaciones sobre la prevalencia de

depresión moderada, ansiedad y trastorno por estrés postraumático de aproximadamente 97,333 trabajadores del sector sanitario de 21 países. Un 21,7% puntuó para depresión, un 22,1 % para ansiedad, y 21,5% para el trastorno por estrés post traumático.

Alonso et al. 2022 refieren que en España casi la mitad de los profesionales sanitarios se encuentra con un alto riesgo de padecer un trastorno mental después de la primera ola de la pandemia. Un 3,5% presentó ideación suicida activa, un 28,1% depresión, un 22,5% trastorno por ansiedad, casi 1 de cada 4 pánico, un 22,2% estrés postraumático y aproximadamente un 6%, abuso de sustancias.

Un estudio de Aly HM, Nemr NA, Kishk RM, et al.2021, encontró que un 98,5% de los trabajadores del sector de salud en Egipto tuvieron un nivel de estrés percibido entre moderado hasta severo, un 32,2 % ansiedad moderada y un 18,5% ansiedad severa.

Perspectiva Nacional

Con respecto a salud mental, los equipos de salud de los 11 países participantes en la investigación HEROES reportaron la presencia de ideación suicida en las últimas dos semanas previas a la encuesta. Chile y el Estado Plurinacional de Bolivia tuvieron la mayor proporción de personal de salud con ideación suicida. (OPS 2022)

Asimismo, Villegas et al. 2021, señala una disminución en la salud mental de profesionales del área de Salud en Bolivia mediante un incremento ansiedad, depresión, nerviosismo, agotamiento, etc. siendo estos síntomas resultados del estrés, turnos extendidos, excesiva carga de trabajo, capacitación inadecuada y equipo de protección personal escaso, dejándolos propensos a desarrollar trastornos tales como el Síndrome de Burnout o Síndrome de estrés postraumático.

Del Carpio Calderón, 2021, refiere una depresión moderada, una ansiedad extremadamente severa y un estrés severo en el personal médico del

Hospital de Clínicas de la Paz Bolivia frente al COVID 19 en la pandemia del 2020-2021.

Flores-Ticona, Muñoz-Bravo & Rita-Ré, 2022 señalaron la importancia de un autocuidado del personal de enfermería dentro del Hospital Municipal Los Andes en La Paz y el gozo de buena salud, y que para esto se requiere apoyo de las autoridades.

En relación a la utilización del Mindfulness como método o técnica terapéutica se desconocen investigaciones en Bolivia. Existen pocos centros o terpeutas con una formación basada en Mindfulness. En Santa Cruz existe el centro privado “Mindfulness Bolivia“ dirigido por Mariana Sanchez que ofrece distintos programas a la población general.

Perspectiva Departamental

Peralta Tárraga, jefe de la Unidad de Promoción de Salud del Servicio Departamental del rubro (SEDES), indicó que el personal del hospital H.R.S.J.D.D. se encuentra expuesto a muchos riesgos, desde los físicos, químicos, biológicos, estrés y otros condicionantes que influyen en su trabajo. (Patino, 2018)

Puerta-Carranza y Hoegen et al. 2021, investigaron la presencia del síndrome de Burnout en el Instituto Nacional en Prevención, Tratamiento, Rehabilitación e Investigación en Drogodependencias y Salud Mental – INTRAID en Tarija, los resultados indicaron un 13,4% en el nivel alto de Cansancio Emocional. En la subescala Despersonalización se registró un 26,7 %, en alto riesgo, y un 33,3 % para el nivel medio y con respecto a la realización personal un 40 % puntuó bajo.

El mismo autor refiere que dentro del Hospital Regional San Juan de Dios, existe una proporción importante del 31%, en la cual se hallaron indicios de estrés laboral, manifestándose en los rasgos de despersonalización en la relación con el paciente. (Puerta-Carranza et al. 2020)

Los niveles de estrés y la estabilidad de la salud mental de los empleados de distintas instituciones del área de salud en la ciudad de Tarija se ven amenazados por las propias

características que su trabajo implica, como fue señalado por Puerta-Carranza y Hoegen et al. 2021

Considerando los anteriores hechos nos planteamos la pregunta:

¿Una intervención basada en Mindfulness reduciría los niveles de estrés e incrementaría la salud mental en empleados del área de Salud en la ciudad de Tarija?

1.2 Justificación

Considerando las anteriores observaciones acerca del elevado nivel de estrés percibido y de una salud mental comprometida de trabajadores del área sanitario a nivel internacional, nacional y departamental se justifica a continuación a nivel práctico, teórico y metodológico la importancia de una intervención basada en mindfulness para la reducción de estrés percibido y el incremento de la salud mental en trabajadores del área de salud.

Justificación teórica

El presente estudio constituye un aporte teórico ya que a partir de la aplicación del método se podrá determinar la eficiencia del mindfulness para la reducción de estrés percibido y el incremento de la salud mental y la conciencia plena en personal del área de la salud.

Justificación práctica

A partir de la aplicación del mindfulness se podrá reducir el estrés, e incrementar la salud mental y la conciencia plena en personal del de área salud, en la ciudad de Tarija.

Justificación metodológica

El presente trabajo constituye un aporte metodológico ya que incluye la elaboración de un manual de prácticas basadas en el mindfulness, como un propio instrumento que tiene como objetivo cuantificar la percepción de distintas variables asociadas al estrés percibido y la salud mental.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN
DEL PROBLEMA

2. DISEÑO TEÓRICO

2.1. Pregunta problema

¿Una intervención basada en Mindfulness reduce significativamente estrés percibido e incrementa significativamente la salud mental en trabajadores del área de Salud en la ciudad de Tarija?

2.2. Objetivos

2.2.1 Objetivo general

- Determinar si una intervención basada en mindfulness reduce significativamente estrés percibido, e incrementa significativamente salud mental en trabajadores del área de Salud en la ciudad de Tarija.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1) Evaluar el nivel de estrés percibido, salud mental y mindfulness.
- 2) Implementar un programa basado en el mindfulness para reducir el estrés percibido, aumentar la salud mental.
- 3) Evaluar si la implementación del programa basada en el mindfulness ha logrado reducir el estrés percibido, e incrementar el nivel de salud mental y mindfulness.

2.4 Hipótesis

Hipótesis Nula (H0)

Una intervención basada en mindfulness no disminuye significativamente el estrés percibido y no incrementa significativamente la salud mental en trabajadores del área de Salud en la ciudad Tarija.

Hipótesis alterna (H1)

Una intervención basada en mindfulness reduce significativamente estrés percibido, e incrementa significativamente salud mental en trabajadores del área de Salud en la ciudad de Tarija.

2.5 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Mindfulness	<p>“La observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen” Baer, 2003</p>	<p>Observar</p> <p>Describir</p> <p>Actuar con conciencia</p> <p>No juzgar la experiencia</p>	<p>Prestar atención a estímulos internos y externos como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos, visiones.</p> <p>Etiquetar las experiencias observadas con palabras.</p> <p>Prestar atención a las actividades del momento.</p> <p>Postura no evaluadora</p>	<p>Cuestionario de 5 Factores del Mindfulness Baer et al. 2003</p> <p>Bajo <=13,5 Medio > 13,5 & <=18,75 Alto >18,75</p> <p>Bajo <= 13,25 Medio > 13,25 & <= 18 Alto >18</p> <p>Bajo <= 12 Medio > 12 & <= 19 Alto >19</p> <p>Bajo <= 12,25 Medio > 12,25</p>

		interior	hacia los pensamientos y emociones.	& <= 18,75 Alto >18,75
		No reactividad	Permitir los pensamientos y emociones ir y venir sin dejarse llevar ni atrapar por ellos.	Bajo <= 9 Medio > 9 & <= 14 Alto >14 Global Bajo <= 63 Medio > 63 & <= 82.75 Alto > 82.75
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estrés percibido	Una relación particular entre el individuo y el ambiente, que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1986, p. 43).	Tensión, iritabilidad y Fatiga Aceptación Social de los conflictos	Malhumor, Cansancio, Intranquilidad, Tensión, Sensación de prisa, Dificultad de relajación, Sensación de presión Aislamiento, situaciones conflictivas, frustración, presión de otras personas. otras personas,	Cuestionario de Estrés Percibido (CEP) Sanz-Carrillo et al. (2002) Bajo <=0,62 Medio >0,62 & <= 0,80 Alto>0,80 Bajo <=12 Medio >12 & <=16,75 Alto >16,75

			sensación de críticas	
		Energía y Diversión	sentirse descansado, energía, miedo al futuro, alegría	Bajo $\leq 10,25$ Medio $> 10,25$ & ≤ 15 Alto > 15
		Sobrecarga	demasiadas cosas que hacer y decisiones que tomar, preocupaciones.	Bajo $\leq 8,25$ Medio $> 8,25$ & ≤ 12 Alto > 12
		Satisfacción por autorealización	hacer cosas que realmente le gustan, Temor de no alcanzar todas sus metas, sensación de obligación	Bajo ≤ 6 Medio > 6 & $\leq 7,75$ Alto $> 7,75$
		Miedo y Ansiedad	Temor al futuro, agobio por la responsabilidad	Bajo $\leq 3,25$ Medio $> 3,25$ & ≤ 6 Alto > 6
				Escala global Bajo $\leq 0,62$ Medio $> 0,62$ & $\leq 0,80$ Alto $> 0,80$
Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
Salud Mental	“La capacidad para realizar las actividades diarias normales o	Unidimensional	Habilidades para superar y afrontar	Cuestionario de Salud General

	<p>adaptativas sin la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto” (Goldberg, 1988 citado por Godoy-Izquierdo, Godoy, López & Sánchez; 2002)</p>		<p>problemas, disfrutar actividades cotidianas, ausencia de depresión, agobio y tensión.</p>	<p>(GHQ-12) Ruiz et al. 2017 0-4 puntos, ausencia de psicopatología 5-6 puntos, sospecha psicopatología subumbral 7-12 puntos, indicativo presencia de psicopatología</p>
--	--	--	--	---

CAPÍTULO III
MARCO TEÓRICO

3. MARCO TEÓRICO

El presente Marco teórico permite describir conceptualmente cada una de las variables incluidas en la investigación. A continuación, se definen el Mindfulness, el estrés percibido y la salud mental.

3.1 Intervención psicológica

De acuerdo a Bados Lopez, (2008), la intervención psicológica implica el empleo de principios y técnicas psicológicos por parte de un profesional acreditado con el proposito de auxiliar a otras personas y facilitar la comprensión de sus problemas, a disminuir o vencer estos, a prevenir la aparición de los mismos y/o a optimizar las habilidades personales o relaciones de las personas en ausencia de dificultades.

3.2 Mindfulness

3.2.1 Conceptualización del Mindfulness

Hervas, Cebolla y Soler, 2016, aclaran varias maneras de conceptualizar y entender el mindfulness, ya que, Mindfulness se puede comprender como un estado, una tendencia disposicional, un rasgo estable, un proceso relacionado con la autorregulación de la atención, una capacidad entrenable o como una práctica.

Al abordar el campo del mindfulness podemos encontrar distintas definiciones, como la de Marlatt y Kristeller (1999), citado por Didonna 2011, que describen el mindfulness poniendo toda la atención en la experiencia presente en cada momento o la de Bishop et al. (2004) que describen el mindfulness como un proceso de atención reguladora que tiene como proposito agregar una calidad de consciencia no elaborativa a la experiencia del momento presente y de relacionarse con las experiencias propias con un sentido de curiosidad, apertura experiencial y aceptación.

La definición más citada y aceptada, fue formulada por Jon Kabat-Zinn, (1994) el mismo padre del Mindfulness en el mundo occidental que lo define como *“Prestar atención de una manera determinada: de forma deliberada, en el momento presente y sin juzgar”*. (p.4)

Baer, 2003 propone una conceptualización del mindfulness a partir de 5 factores medibles, los cinco factores son Observar, describir, actuar con consciencia, no juzgar y no

reactividad. En este trabajo investigativo utilizaremos la definición de Baer et al. 2003, que define el Mindfulness como “*La observación no enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen*”. (p.125)

Practicar ser mindful implica por lo tanto la cultivación de una forma de atención específica. Para Hanson se trata de la capacidad de poder controlar la atención, siendo capaz de focalizarla en un objeto determinado o cambiarla hacia otro. (Hanson y Mendius, 2009)

El mindfulness representa un aspecto en la meditación que surge como una cualidad, representa una forma de prestar atención o puede ser definido como un estilo de vida. La meditación del mindfulness implica concentrar su atención en la sensación de la respiración y después expandir su atención hacia el campo de las sensaciones fisiológicas del cuerpo, pensamientos, memorias y emociones como surgen. (Kingsland, 2016)

3.2.2 Los 5 Factores Mindfulness

Baer et al. (2006) diseñó un instrumento psicométrico que evalúa la presencia del mindfulness en base a 5 subdimensiones llamándoles factores. Estos cinco factores son: observar, describir, actuar con consciencia, no juzgar y no reactividad y se definen a continuación:

Observar: implica darse cuenta o prestar atención a estímulos internos y externos como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones.

Describir: se refiere a etiquetar las experiencias observadas con palabras.

Actuar con consciencia: incluye prestar atención a las actividades del momento y puede contrastarse con el piloto automático, o con comportarse mecánicamente, sin consciencia de nuestras propias acciones.

No juzgar: es la experiencia interior que se refiere a adoptar una postura no evaluadora hacia los pensamientos y las emociones.

No reactividad: refiere una no-reatividad a la experiencia interior es la tendencia de permitir a los pensamientos y a los sentimientos ir y venir, sin dejarse llevar ni atrapar por ellos.

Tabla 1

Los 5 Factores del Mindfulness



3.2.3 El origen del mindfulness

En la India, Gautma Siddartha creció como príncipe en una gran familia en Kapilavatthu, la capital de la república alrededor de 230 millas de distancia de Uruvela cerca de la frontera que hoy en día correspondía al sur de Nepal y el estado Uttar Pradesh de la India. Después de una vida en decadencia se vio confrontado a ver el inevitable sufrimiento que la vida implica que no distingue entre rico y pobre. En busca de aliviar su sufrimiento y para responder sus preguntas existenciales abandonó su vida real y empezó una vida como vagabundo y aspirante espiritual sin hogar, experimentando diferentes disciplinas y caminos bajo diferentes maestros con el propósito de superar el sufrimiento. (Kingsland, 2016)

El mismo autor refiere que el objetivo de su búsqueda espiritual era llegar al atman, el dios que vive en el interior, siendo un estado alterado de conciencia inafectado del sufrimiento mundano. A pesar de su excelente formación bajo diversos maestros durante 6 años no encontró una liberación superior por lo que se distanció de los demás sabios y buscó respuestas en su propia reflexión. Al final de su búsqueda Siddartha abogaba para una especie de auto-observación, recibiendo continua comprensión de sus propios pensamientos, emociones y motivaciones. Según algunos históricos fue Siddartha Gautama quien implementó el componente del mindfulness en la meditación contemporánea de su época.

Siddartha alcanzó un estado de conciencia que reflejaba una mente libre de sufrimiento por lo que se le transfirió el título buda y dejó una enseñanza basada en virtudes, sabiduría que incluía un método para equilibrar y dominar nuestra mente hoy en día en la cultura occidental llamado el mindfulness. Esta enseñanza representa los pilares de la práctica budista que lleva al bienestar, al desarrollo psicológico y a la realización espiritual. (Hanson y Mendius, 2009) Su método explicado en el Sattipatana Sutra, el texto sagrado original transmitido durante tradiciones por los monjes budistas representa la base de referencia del mindfulness por lo que la traducción del texto antiguo ha adquirido el nombre de Los 4 fundamentos del mindfulness.

El mindfulness forma el núcleo de la práctica budista que *implica “un esfuerzo consciente para vivir de una manera sin juzgar en el momento presente afirmando sus pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando surgen y aceptándolas tal como son. Una práctica que es comprendida para ayudar a manejar retos psicológicos de una manera más objetiva en vez de responder automáticamente en base a emociones, miedos y preconcepciones”* como nos indica Kingsland, 2016, (p.29)

En el contexto budista las técnicas de meditación como el mindfulness que forma parte de ellos no son contemplados como una especie de entrenamiento para la salud sino como una herramienta para facilitar alcanzar la meta de la liberación existencial del sufrimiento que esta entendido por diferentes niveles de negatividad como ignorancia, orgullo, envidia, enojo o apego insano. La ausencia de un entendimiento fundamental de su propia mente y la naturaleza de la realidad son consideradas como las raíces de todo este sufrimiento. Esa liberación o realización existencial puede ser descrito como un estado mental de balance, un equilibrio psicológico que surge desde la capacidad de poder reconocer y sostener un estado de conciencia en el cual todos los demás estados mentales aparecen. Este estado es descrito como un estado no-conceptual en el cual surge de manera natural la concentración, la paz, la alegría, la compasión, el entendimiento y la claridad. (Dorjee, 2018)

3.2.4 Secularización y evolución del mindfulness

La concepción de la meditación cambio con el avance de las nuevas tecnologías del escaneo cerebral como el fMRI que permitió investigar el cerebro por las imágenes por resonancia magnética funcional adquiriendo nuevos conocimientos y ofreciendo credibilidad y respaldo a la meditación después de haber demostrado en incontables estudios científicos que

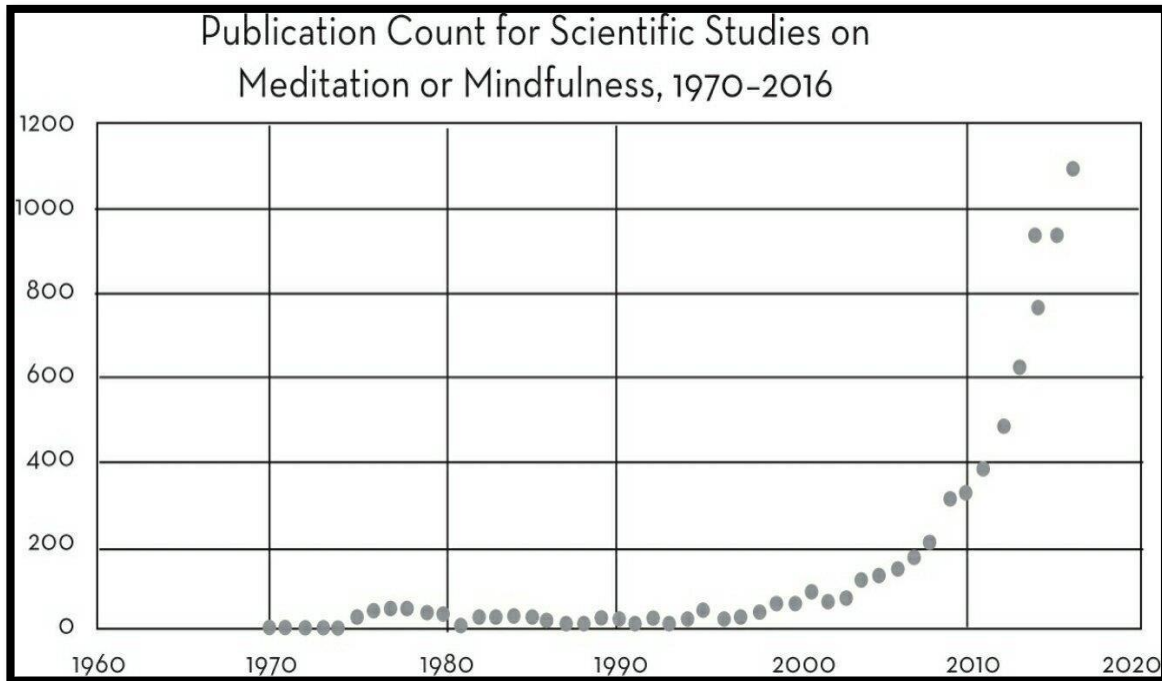
la meditación produce alteraciones significativas en la actividad cerebral. Un desarrollo notable ha sido la reciente investigación de Richard J. Davidson de la universidad de Wisconsin sobre los cerebros de monjes expertos de la meditación de diferentes tradiciones budistas. Un estudio que ha llegado a comprender el valor potencial de la tradición budista de cultivar hábitos mentales más saludables y que fue inspirado por un acercamiento entre científicos occidentales y el Dalai Lama, el líder budista espiritual y político del Tíbet. (Kingsland, 2016)

Jon Kabat Zinn médico estadounidense creó un programa llamado Mindfulness-based stress reduction, abreviado usualmente como MBSR convirtiendo un método antiguo ancestral de la cultura budista en un método secular para el mundo occidental sin rasgos y terminología cultural propia budista. El mindfulness en sí puede ser contemplado como un método universal de entrenamiento en la propia atención con muchos beneficios, sin necesidad de una afiliación religiosa. El éxito de su programa secular se basa en presentar la práctica de la meditación en una forma y un formato accesible para personas del occidente y de todas las demás culturas. Es accesibilidad para audiencias grandes en contextos como la educación o el área laboral necesitaban un programa de naturaleza no-religioso. (Dorjee, 2018,)

La anterior autora refiere que en el contexto secular enfoques basados en el mindfulness demostraron una eficaz intervención en la depresión, los trastornos de ansiedad, el dolor crónico y la reducción de estrés. El mindfulness está entrando cada vez más en el centro de atención y los estudios científicos para investigar su funcionamiento y eficiencia para diferentes ámbitos en la salud aumenta enormemente. El mindfulness entró en escuelas, Organizaciones de diferentes sectores, en las clínicas, hospitales y contextos terapéuticos e incluso en las cárceles. Este incremento en interés en la meditación puede marcar un nuevo paradigma en el pensamiento occidental y en la exploración de la mente humana. El desarrollo de una psicología contemplativa y una psicoterapia contemplativa parece ser el paso más natural en el progreso de este paradigma.

Como Goleman y Davidson (2018), indican, que en los años' 70 apenas existían unos cuantos artículos científicos acerca del mindfulness. En 2014 el número anual era 925, en 2015 se publicó un total de 1098 y en 2016 una cantidad de artículos de 1113 meramente en la literatura científica del habla inglés.

Tabla 2
Publicaciones científicas sobre Meditación o Mindfulness, 1970 – 2016



Tomada de Goleman Davidson, 2018

3.2.5 *Los fundamentos actitudinales del Mindfulness*

Kabat-Zinn, 2013, deja 7 actitudes fundamentales para el desarrollo de la práctica del mindfulness siendo, no juzgar, paciencia, la mente de principiante, la confianza, el no esfuerzo, la aceptación y el dejar ir. A continuación, se detallarán cada una de ellas y su relación con el mindfulness.

Tabla 3

Actitudes fundamentales del Mindfulness



De acuerdo a Kabat-Zinn, 2013, No juzgar refiere la actitud del no juicio que nos permite ver ideas y opiniones cuales generalmente son inconscientes. La paciencia, se encuentra muy relacionado con la práctica del mindfulness ya que la actividad misma implica salir del tiempo. Mente de principiante hace referencia a una actitud desde la cual podemos dejar ir ideas preconcebidas y ver la unicidad del momento presente, por primera vez como un principiante. La confianza, es entregada hacia los propios sentidos, y el mismo cuerpo estableciendo contacto. El no esfuerzo refleja una actitud que no está en busca de un mejor momento, no hay ningún lugar a donde ir y nada que obtener en la práctica del mindfulness y a veces partimos desde un esfuerzo a medias desapegado de resultados. La aceptación no es resignación pasiva, sino el modo más sabio de relacionarse con las cosas. Dejar ir se traduce en dejar ser, permitir que las cosas sean como son. Cultivar la actitud de dejar ir contrasta con el apego hacia las cosas a las cuales nos aferramos.

3.2.6 Mecanismos de acción y práctica asociada

Salazar Segura, (2016) señala en su investigación sobre los efectos de la práctica de la benevolencia modificaciones positivas en la cohesión, la flexibilidad y la comunicación en la familia.

Los autores Hervás, Cebolla & Soler, 2016 señalan 3 mecanismos de cambio básicos que dan lugar a una amplia gama de beneficios: la mejora del control atencional, una mayor capacidad de regulación emocional, una transformación de la autoconsciencia.

Por otra parte, Hölzel et al. 2011 ofrece una perspectiva sobre los mecanismos de acción relacionado con el tipo de práctica.

Tabla 4

Mindfulness: Mecanismos de acción y práctica asociada

<i>Mindfulness: Mecanismo de acción y práctica asociada</i>	
<i>Mecanismo de acción</i>	Instrucción de práctica
<i>Regulación de atención</i>	Sostener la atención en determinados puntos.
<i>Conciencia corporal</i>	Sostener la atención en las sensaciones corporales: respiración cuerpo, emociones, etcétera.
<i>Regulación emocional: Revalorización</i>	Generar nuevas formas de reaccionar a las emociones: no juzgar, aceptar.
<i>Regulación emocional: Exposición, Extinción y Reconsolidación</i>	Exponerse a aquello que sucede en la conciencia: tomar distancia, no reaccionar a la experiencia interna.
<i>Cambios en la perspectiva del self</i>	Desapego a una imagen fija de uno mismo.

Adaptado de Holzel et al. 2011

3.3 Estrés

3.3.1 Concepto del estrés

Existen distintas definiciones del estrés, muchos autores concuerdan en varios puntos y en otros difieren. Mencionamos brevemente los conceptos más importantes.

De acuerdo a Capezzuto-Castro et al., 2017 el término estrés aparece en el siglo xiv derivado del griego *stringere*, que significa, provocar tensión.

De acuerdo a la OMS, 2004, el estrés laboral es *“la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades y que ponen a prueba su capacidad para enfrentar la situación”* (p. 3).

Para la OIT, 2016 el estrés es *„la respuesta física y emocional a un daño causado por un desequilibrio entre las exigencias percibidas y los recursos y capacidades percibidos de un individuo para hacer frente a esas exigencias“*. (p.62)

El estrés de acuerdo a los autores más relevantes puede ser definido como un estímulo, (Cannon, 1932; Holmes y Rahe, 1967) una respuesta del organismo (Seyle) o una interacción (Lazarus y Folkman). A continuación profundizaremos en los modelos explicativos más relevantes.

3.3.2 Estrés percibido

3.3.2.1 Conceptualización del estrés percibido

En este trabajo investigamos el estrés percibido y adoptamos la conceptualización de Lazarus y Folkman, (1986, p. 43) del estrés percibido como *“Una relación particular entre el individuo y el ambiente, que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar“*, en la cual se basa Levenstein para desarrollar el instrumento del cuestionario de estrés percibido (PSQ).

3.3.2.2 Teoría interaccional del estrés percibido

En su teoría del modelo basado en la respuesta, Seyle se basa en las respuestas fisiológicas, sin la consideración de un factor psicológico mediador. Insuficiente para Lazarus y Folkman (1986), quienes hablan del impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del sujeto y agregan las variables de la evaluación cognitiva, valores como estilos de pensamiento y de percepción. Los mismos proponen una conceptualización del estrés describiéndolo como *“una relación particular entre el entorno y el individuo que es evaluada por aquel como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”* .

El estrés percibido se define como un proceso que implica tanto los estresores como las respuestas a los mismos y además añade la interacción entre la persona y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986).

De igual manera, Lazarus y Folkman (1986, p. 164) definen el afrontamiento como *“aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas tanto internas como externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* .

Lazarus (1993), en su teoría sobre el estrés, introduce el concepto de valoración o autoevaluación, para designar el proceso de evaluación cognitiva que los individuos llevan a cabo, en las situaciones de estrés. Refiere la estimación de las implicaciones sobre el propio bienestar personal de los distintos hechos y circunstancias de la vida diaria. En esta evaluación hay dos características personales que influyen: los compromisos y las creencias (Lazarus y Folkman 1986).

3.3.2.3 Dimensiones del estrés percibido

A continuación se definen las 6 dimensiones del estrés percibido según Sans Carillo et al. 2002, **Tensión, Iritabilidad y Fatiga:** se refiere a malhumor, cansancio, tensión, sensación de prisa, dificultad de relajación y sensación de presión que la persona puede experimentar.

Aceptación social de conflictos: se relaciona con el aislamiento, la conflictividad y lo seguro o desanimado que una persona pueda percibirse.

Energía y diversión: se agrupa de sensaciones como descansado, energía o alegría que se puede llegar a sentir.

Sobrecarga: se compone de excesivas peticiones o excesiva carga que tiene la personas en su lugar de trabajo.

Satisfacción por la autorrealización: se relaciona con las cosas que realmente le gustan, sobre sus miedos u obligaciones.

Miedo y ansiedad: hace referencia al miedo o el agobio hacía el futuro.

Tabla 5

Dimensiones del estrés percibido



3.3.3 Otros modelos explicativos del estrés

A continuación, se detallan el modelo centrado en el estímulo y el modelo centrado en la respuesta.

3.3.3.1 Modelo centrado en el estímulo

Cannon, 1932; Holmes y Rahe, 1967, definen el estrés como un conjunto de estímulos donde existen ciertas condiciones ambientales que nos producen sentimientos de tensión y/o se perciben como amenazantes o peligrosas. Se denominan estresores. Así pues, el estrés se

define como una característica del ambiente (estímulo), hablándose de estrés laboral, estrés de los estudios. Esta idea de estrés como estimulación nociva que recibe un organismo se relaciona fácilmente con la enfermedad, la salud y el bienestar. Tiene la ventaja de la medida objetiva de ese estrés y en este caso el estrés se considera variable independientes.

3.3.3.2 Modelo centrado en la respuesta

En el contexto del área de salud el término fue introducido primera vez por Seyle, quien elaboró un modelo de estrés múltiple que integra la activación fisiológica producida por el organismo y sus efectos perjudiciales durante la activación prolongada. Selye hace hincapié a la cantidad total de cambios generales o inespecíficos que ocurren dentro de los organismos como respuesta a situaciones (estímulos físicos) sean internos o externos (Roales-Nieto, 2004).

Según Ápuđ Acosta, 2002 citado por Capezzuto-Castro et al., 2017, la teoría de Seyle contempla estímulos nocivos, que son los estresores, y el estrés, considerado como un conjunto coordinado de respuestas fisiológicas, reacción que llama síndrome general de adaptación. Este síndrome señala la misma autora, comprende la reacción de alarma, la fase resistencia, y de agotamiento.

1.Fase: La reacción de alarma

La reacción de alarma implica la activación del sistema nervioso, con la aparición de síntomas como sudoración, sequedad de boca, taquicardia y tensión muscular y un incremento de adrenalina y nor adrenalina, pero también una elevación de los niveles de atención y concentración.

2. Fase: La resistencia

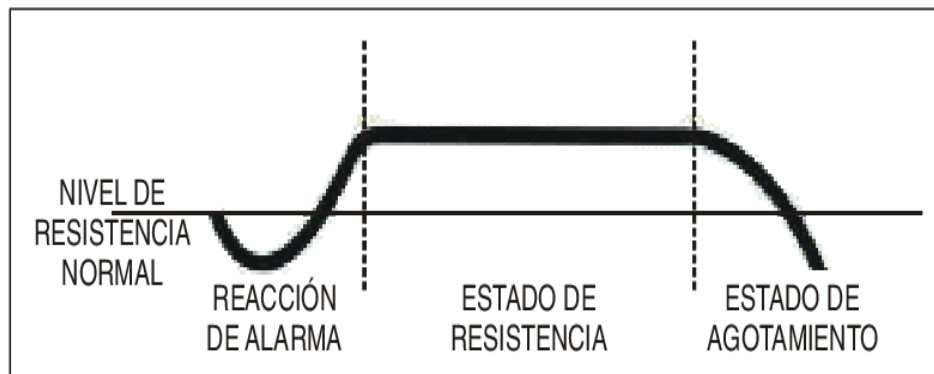
Durante la fase de resistencia se constituye la homeostasis, entre el medio externo y el interno del sujeto cuya duración depende de la capacidad del sujeto de resistir y si este continúa reaccionando para hacer frente a la situación, pasará a la siguiente fase.

3. Fase: Agotamiento

Los mecanismos de afrontamiento en la fase previa no alcanzan y se extienden, se generan alteraciones psicósomáticas. El cese de esta fase, da lugar de vuelta a la normalidad o a la muerte.

Melgosa (1999), se refiere al estrés como una reacción del organismo frente a cualquier demanda, como un estado de mayor tensión psicológica, que prepara el cuerpo para la lucha o huida. Y señala dos características: los estresores, como circunstancias del entorno que lo producen y las respuestas al estrés, que son las reacciones del individuo ante los mencionados estresores.

Tabla 6
Fases del Estrés de Hans Seyle



Tomado de Campos Roldán, 2007

3.3.4 Manifestaciones del estrés

Melgosa (1995) citado por Naranjo Pereira señala la respuesta al estrés en base al área cognitiva, emotiva y conductual. A continuación, se indican las manifestaciones del estrés en cada área:

3.3.4.1 Área cognitiva

- Dificultad para permanecer concentrado en una actividad
- Pérdida de atención

- Disminución de la retención memorística a corto y largo plazo
- Soluciones con un número elevado de errores
- Sensación de incapacidad de evaluar acertadamente una situación presente
- Sensación de incapacidad de proyectar una situación en el futuro.
- Pensamiento desorganizado sin patrones lógicos y coherentes ordenados

3.3.4.2 Área emotiva

- Dificultad de relajarse
- Sospecha de enfermedades (hipocondría)
- Rasgos de impaciencia
- Intolerancia
- Autoritarismo
- Falta de consideración de otras personas
- Relajación de principios morales
- Menor dominio propio
- Aumento en el desánimo
- Descenso en el deseo de vivir
- Afección de la autoestima
- Pensamientos de incapacidad e inferioridad

3.3.4.3 Área conductual

- Dificultad de dirigir el lenguaje
- Tartamudez y un descenso de fluidez verbal
- Falta de entusiasmo por las aficiones preferidas
- Frecuente ausentismo laboral y escolar
- Aumento del consumo de alcohol, tabaco, café u otras drogas
- El nivel de energía disponible fluctúa de un día para otro
- Los patrones de sueño se alteran.

- Insomnio y extremada necesidad de dormir
- En las relaciones interpersonales, aumenta la tendencia a la sospecha, y la atribución de culpa a otras personas de responsabilidades propias.
- Reacciones extrañas y la aparición de tics
- Ideas suicidas e intentos de llevarlas a cabo
- Dificultades en las capacidades cognitivas, como concentración y memoria.
- La capacidad de razonar, de resolver problemas o de emitir juicios se ve menoscabada por la presencia del estrés.
- Frustración
- Asimismo, con mucha frecuencia la persona estresada presenta síntomas de ansiedad, tales como la aprehensión, la preocupación, la tensión y el temor por el futuro.

3.4 Salud General y Salud Mental

David Goldberg diseñó un cuestionario de nombre salud general. El General Health Questionnaire es un instrumento que fue elaborado para identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, razón por la que se considera que, *“en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física”*. (García Viniegras, 1999, p. 89) El cuestionario de Salud General de Goldberg es uno de los instrumentos más utilizados para la medición de la Salud Mental. (Ruiz et al. 2017) y es utilizado por las instituciones de mayor importancia como la Organización Mundial de la Salud para la medición de la salud mental. (OPS, 2022)

3.4.1 Concepto de salud mental

La salud mental puede ser definido de manera negativa, positiva o por el criterio de normalidad. En este trabajo de investigación adoptaremos la conceptualización de Godoy quien define la salud mental de acuerdo a Goldberg como *“la capacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas sin la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto”* como citado por (Godoy-Izquierdo et al., 2002, p. 50).

Para Goldberg, la salud mental implica la presencia de habilidades que permiten al individuo superar y afrontar sus problemas, disfrutar las actividades cotidianas, tomar decisiones y percibir un desempeño de un papel útil en la propia vida y a su vez la ausencia de depresión, agobio y tensión.

3.4.1.1 La salud mental desde la perspectiva negativa

Como señala Lluch Canut, (1999) la perspectiva negativa define la salud mental tomando como punto de partida la enfermedad. La perspectiva es que salud mental equivale a la ausencia de enfermedad y su objetivo fundamental es la curación o eliminación de síntomas. Esta perspectiva refleja el modelo clínico tradicional, respondiendo a la necesidad de tratar los trastornos mentales y refleja la realidad asistencial actual basada en la curación de las personas enfermas. Sin embargo, es un enfoque reduccionista que omite los aspectos positivos inherentes al concepto de salud mental.

3.4.1.2 La salud mental desde una perspectiva positiva

La perspectiva positiva intenta definir la salud mental a través de la salud. Su perspectiva es que la salud equivale a algo más que ausencia de la enfermedad y permite trabajar en la curación, la prevención y la promoción. (Lluch Canut, 1999)

3.4.1.3 La salud mental desde una perspectiva de normalidad

La perspectiva de la normalidad define la salud mental a partir de un dualismo de normal y sano y, formando criterios para determinar un estándar de la palabra normalidad. La Normalidad puede basarse en el promedio en base al criterio estadístico que presupone que lo normal es lo más frecuente, o en el criterio sociocultural implica que lo normal viene determinado por las pautas sociales; el comportamiento sano se adecua al contexto sociocultural y depende, por tanto, del momento y del lugar. (Lluch Canut, 1999)

3.4.2 Magnitud de problemas de la salud mental en el sector sanitario

En una revisión sistemática de Batalla-Martín, Campoverde-Espinosa & Broncano-Bolzoni, 2020 hallaron ansiedad, estrés, depresión e insomnio como uno de los principales impactos psicológicos posteriormente a la pandemia COVID-19 en profesionales sanitarios.

La investigación internacional “HEROES” de la OPS indica que en varios países de la Región latinoamericana existen elevadas tasas de síntomas depresivos, ideación suicida y malestar psicológico en el personal sanitario. En el caso de los síntomas depresivos, en la mayoría de los países entre 14,7% y 22,0% del personal de salud presentaba síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, (OPS, 2022)

Dada la prevalencia del estrés entre los médicos, el psiquiatra Okinoura (1988) citado en García-Moran 2016 se planteó la definición del “*síndrome médico*” como un trastorno con entidad independiente. Su aparición es frecuente al terminar los estudios y comenzar el ejercicio profesional. Los médicos creen que su profesión los hace invulnerables y están protegidos del estrés que amenaza a otras personas, aunque se trate de una percepción sesgada de la realidad. El agotamiento ocurre principalmente en los centros de salud. Los oncólogos, neumólogos y médicos encargados de la salud ocupacional se encuentran sometidos a las presiones de quienes los contratan y de los trabajadores a los que asisten.

El análisis sobre la situación actual de Aguado-Martin, 2013 indica que la mayor parte de los estudios coinciden en que los niveles de estrés a los que se encuentran sometidos los trabajadores sanitarios del ámbito hospitalario son elevados y repercuten negativamente sobre su salud. Los principales síntomas que se presentan asociados a situaciones de estrés son los trastornos músculo-esqueléticos, depresivos y alteraciones psicosomáticas y el Burnout.

En Bolivia no existe una política específica de salud mental ni leyes particulares referentes a salud mental; se estima que solo alrededor del 0,2 % del presupuesto de Salud se destina en el país a la salud mental. (OMS, 2008)

3.5 Mindfulness, Estrés y Salud mental

Alan Wallace and Paul Ekman crearon un programa para profesores basado en entrenamiento psicológico y meditación, y lo pusieron a prueba mediante el Test de estrés

social de Tréveris (TSST). Los resultados indicaron que cuantas más horas los profesores practicaron meditación más rápidamente su presión sanguínea se recuperó después del TSST. En un experimento similar en los laboratorios de Davidson, se trabajó con personas con 9.000 horas de práctica meditativa frente a un grupo control con el TSST y los investigadores concluyeron que las personas experimentadas en meditación registraron un menor aumento de cortisol y calificaron el evento como menos estresante que el grupo control. (Goleman y Davidson, 2018)

Goleman y Davidson, (2018) continúan señalando que la amígdala tiene un rol importante, en el cerebro siendo el radar para detectar amenazas y de esa forma estimula la respuesta de huida y lucha en nosotros, movilizandó la hormona de estrés cortisol y adrenalina para impulsarnos a la acción. Sintetizando, la amígdala atrae nuestra atención sobre lo que nos preocupa, de manera que nuestra mente divaga una y otra vez hacia nuestra preocupación hasta el grado de una fijación.

El correlato mental de este proceso equivale a un estado de ansiedad y cuanto más sensibilizada se vuelve la amígdala por sobre activación, más miedo se genera hasta que nuestro estado mental equivale a uno de ansiedad prolongada sin importar la situación. (Hanson y Mendius, 2009)

Philippe Goldin y James Gross realizaron una investigación acerca del impacto del mindfulness sobre la reactividad de estrés en un grupo de pacientes con ansiedad social después de un programa de 8 semanas de MBSR. Antes y después del tratamiento se realizaron estudios con un escáner de resonancia magnética funcional mientras fueron confrontados con estresores. Los pacientes debieron utilizar la técnica del mindfulness sobre su respiración o distraerse realizando aritmética mental. Los resultados indicaron que solo la práctica del mindfulness de su respiración podía disminuir la actividad en la amígdala. El resultado se mantuvo al comparar estos pacientes con otro grupo que realizó ejercicios aeróbicos. (Goleman y Davidson, 2018)

En una publicación oficial de la American Medical Association, mencionado por Goleman y Davidson (2017) los investigadores americanos concluyeron que la meditación de tipo mindfulness puede disminuir la ansiedad la depresión y el dolor. El grado de mejoramiento fue a la misma altura como con la aplicación de medicamentos, pero sin efectos

secundarios, considerando por lo tanto el mindfulness como una terapia alternativa viable para tratar condiciones como la ansiedad, la depresión y el dolor.

En personas con depresión la actividad en el córtex prefrontal dorso lateral es deteriorado, cual juega un papel importante en la meta-cognición, memoria de trabajo, la toma de decisiones mientras que el córtex prefrontal ventromedial, que representa la red de modo por defecto registra demasiada actividad. Esto sugiere que el cerebro se quedó atascado en la ruta de cognición del modo autorreferencial, con historias y continua reflexión sobre uno mismo. La rumia es una forma repetitiva de pensar de manera autorreferencial y se considera un potencial factor de riesgo para la depresión clínica. En personas más vulnerables a la depresión y bajo mucho estrés momentos pasajeros de desgano o mal humor pueden alargarse debido a la rumia y desencadenar un episodio de depresivo. (Kingsland, 2016)

Kingsland sigue explicando que la meta-cognición que implica cambiar de manera eficiente entre las dos rutas de cognición parece ser un factor de protección ante la recaída a un episodio depresivo y como el mindfulness representa un entrenamiento eficaz para incrementar la meta-cognición aumentando la actividad en el córtex prefrontal dorso lateral. Estos cambios subyacentes en el cerebro pueden explicar el éxito que el programa del mindfulness en su versión como terapia cognitiva basada en el mindfulness (MBCT) tiene en los pacientes.

Al fomentar nuestro poder de la concentración y regulación emocional mediante la práctica del mindfulness se puede restringir el tiempo que se pasa en la red de modo por defecto como en autopiloto con pensamientos autorreferenciales que puede llevar a pensamientos negativos, dando lugar a una depresión. Al volvernos consciente de que estábamos “en modo avión” podemos decidir salir de esa ruta de cognición volviendo a un modo más experimental en el cual la meta-cognición nos permite reconocer nuestros pensamientos como tales, siendo eventos mentales transitorios. (Kingsland, 2016)

3.5.1 MBI - Intervenciones basadas en Mindfulness

Tabla 7

Programas psicoterapéuticos basados en el Mindfulness

Programa	Autor y año	Área
MBSR - Reducción de estrés basada en el Mindfulness	Jon Kabat Zinn 1979	Reducción de estrés, dolor y enfermedades crónicas
MBCT - Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness	2002 Segal, Teasdale y Williams	Prevención y tratamiento de la depresión
MBRP - Prevención de recaídas basada en el Mindfulness	Bowen, Chawla, Marlatt	Prevención de recaídas para adicciones
DBT - Terapia dialéctica comportamental	1993 Linehan	Trastorno límite de personalidad
ACT - Terapia de aceptación y compromiso	1999 Hayes, Stroschal y Wilson	Trastorno de evitación experiencial

Adaptado de Tovar García, 2018

3.5.1.1 Reducción de estrés basada en el Mindfulness (MBSR)

En 1979, el médico estadounidense Jon Kabat-Zinn, fundó el programa MBSR, (Mindfulness based stress reduction) traducido al español como REBAP, Reducción de estrés basada en la atención plena. (Kabat-Zinn, 1990)

Baer, (2003) indica que el MBSR fue desarrollado en un entorno de medicina del comportamiento para poblaciones con una amplia gama de trastornos relacionados con el estrés y el dolor crónico. El programa se lleva a cabo como un curso de 8 a 10 semanas para grupos de hasta 30 participantes que se reúnen semanalmente para 2 a 2,5 horas para instrucción y práctica en habilidades de meditación de atención plena, junto con una discusión sobre el estrés, afrontamiento y asignaciones de tarea. Un intensivo de todo el día (7-8 horas) La sesión de atención plena generalmente se lleva a cabo alrededor de la sexta semana.

La misma autora aclara los ejercicios en el programa MBSR como el escáner corporal que consiste en un ejercicio de 45 minutos durante cual la atención es secuencialmente

dirigida hacia varias partes del cuerpo. En la meditación sedente los participantes concentran su atención sobre las sensaciones de la respiración. Las posturas del Hatha Yoga se aplican para cultivar la atención plena durante movimientos y estiramientos corporales.

Kabat-Zinn, 1990 refiere que las sesiones integran la práctica de del escáner corporal durante la semana 1 y 2, dedicando 45 minutos diariamente al ejercicio. En la semana 3 y 4 se incluye el Hatha Yoga, para un día y la práctica del escáner corporal al día siguiente. En la 5 y 6 semana se practica un día la meditación sedente durante 45 minutos diarios y al día siguiente los ejercicios del Hatha Yoga. En la 7 semana los pacientes deben renunciar al material de apoyo como los CDs pero pueden escoger el ejercicio en casa y practicar de acuerdo a ellos o bien el escáner corporal, el Hatha Yoga o la meditación sedente dedicando 45 minutos a la práctica durante cada día. En la 8 y última semana los participantes pueden volver a utilizar el material de apoyo y nuevamente escoger los ejercicios a cuáles desean dedicar su práctica.

Kabat Zinn concluye que su programa MBSR puede tener efectos beneficios a largo tiempo para pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995), se encontró una reducción en el dolor en 65% de los pacientes de un 33% en las medias totales después de 10 semanas, concluyendo que el programa sirve como base para la regulación para pacientes de dolor crónico. (Kabat-Zinn, 1982)

3.5.1.2 Terapia cognitiva basada en el Mindfulness (MBCT)

Baer, 2003 nos señala que Teasdale, Segal y Williams (1995) propusieron que las habilidades de control de la atención que se enseñan en la meditación de atención plena podrían ser útiles para prevenir la recaída de episodios depresivos mayores. Su teoría del procesamiento de la información de la recaída depresiva sugiere que las personas que han experimentado episodios depresivos mayores son vulnerables a las recurrencias siempre que se encuentren estados disfóricos leves ya que estos estados pueden reactivar el pensamiento depresivo y patrones presentes durante el episodio anterior, o episodios, precipitando así un nuevo episodio.

Los propios autores Teasdale, Segal y Williams, 2015 explican que el objetivo último de su programa MBCT es el de ayudar a provocar un cambio radical en la forma de como las

personas se relacionan con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones en el cuerpo cuales antes eran factores que favorecen la recaída en la depresión en ellos.

A su vez Teasdale et al. aclara que la estructura del programa se basa en 8 sesiones semanales, y el programa se subdivide en dos fases. La primera fase representa la adquisición de la atención plena desde la sesión 1 a 4, y la segunda fase implica la gestión de los cambios de estado de ánimo. En la primera fase se alienta a los participantes a practicar y cultivar la atención plena para posteriormente aplicarlos en situaciones difíciles, para gestionarlas y liberarlos de los pensamientos o sentimientos desagradables. Desde la 6 sesión los participantes pueden enfrentarse a las dificultades y percibir la interacción entre pensamientos negativos y su estado de ánimo. El programa implica una entrevista inicial con cada participante, acerca del motivo y su motivación y compromiso, se entregan folletos psicoeducativos en cada sesión sobre las respectivas actividades y se ofrece un material de apoyo con audios para la práctica continua en casa, con actividades como el ejercicio de la pasa, el escáner corporal, la meditación sedente, el hatha yoga, el paseo atento y las campanas budistas tradicionales.

El investigador Kingsland, 2016, indica, un estudio en el cual personas con depresión severa no podían encontrar una mejora mediante medicamentos, sin embargo, la terapia cognitiva basada en el mindfulness tuvo un éxito y que la aplicación del MBCT en las personas con severa depresión pudo cortar la tasa de recaída en una depresión por un 50 %. Esto fue un éxito que dejó los medicamentos atrás y que inició una ola de investigación sobre MBCT que sigue hasta la fecha.

Kingsland continúa, postulando que la medicación basada en antidepresivas incluyendo Prozac (Fluoxetine) y Seroxat (Paroxetine) junto con una forma de terapia conversacional llamado Terapia cognitiva conductual (CBT) demostró ser eficaz en tratar severa depresión. Sin embargo, después de la terapia y la medicación el riesgo de una recaída en la depresión es de 50% hasta un 80%. Los pensamientos negativos pueden arraigarse en las etapas tempranas de la depresión de manera que un ligero disturbio mental o emocional puede desencadenar pensamientos negativos que acelerarán una recaída en la depresión. Ese resurgimiento de los pensamientos negativos es llamado reactividad cognitiva. Zindel Segal, Mark Williams y John Teasdale buscaron crear una forma de la terapia cognitiva conductual

dirigido a cortar la reactividad cognitiva de las personas que lleva a una recaída en la depresión. Los patrones de pensamientos negativos pueden ser desarmados al enseñar a las personas a relacionarse de otra forma con los mismos.

El núcleo de MBCT se basa en aprender a diferenciar entre un modo de hacer, pensar y actuar de manera automática y un modo de ser consciente que implica la meta-conciencia cognitiva como la habilidad de reconocer pensamientos y emociones como fenómenos efímeros. Ver los pensamientos negativos con más claridad ayuda a no caer en el círculo de la rumia. Este enfoque del mindfulness enseña a las personas permitir sus emociones, pensamientos y sensaciones desagradables sin suprimirlas, sin luchar contra ellas o intentar de alejarlas. Esto puede cortar el vínculo entre un estado de ánimo negativo y pensamientos negativos. Las personas aprenden a quedar en contacto con el momento presente sin estar en rumia sobre el pasado o futuro. (Kingsland, 2016, pág. 127)

Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000 concluyen que MBCT puede reducir significativamente el riesgo de una recurrencia o recaída en pacientes con 3 o más previos episodios de depresión.

3.5.1.3 Prevención de recaídas basada en el Mindfulness (MBRP)

Bowen, Chawla y Marlatt, (2013), como fundadores del modelo “*Mindfulness based relapse prevention*” traducido al español como Prevención de recaídas basadas en el mindfulness, explican que MBRP es un programa que se basa en dos pilares, siendo por un lado prácticas de meditación de “consciencia plena” y por otro la tradicional prevención de recaídas (RP). El programa consta de 8 semanas, con 1 sesión semanal. Las primeras tres sesiones implican el desarrollo y la cultivación de la atención plena y como integrarlo en la vida diaria. En las siguientes 3 sesiones, se trabaja sobre la aceptación la aceptación de la experiencia presente y la aplicación de las prácticas a la prevención de recaídas. Las 2 últimas sesiones contienen temas como el auto-cuidado, las redes de apoyo y el estilo de vida equilibrado.

Wupperman, Marlatt, Cunningham, Bowen, Berking, Mulvihill-Rivera, Easton, 2011, señalaron un decremento significativo en el uso de alcohol, drogas y agresiones y concluyen que existe evidencia preliminar que sugiere que Mindfulness y la terapia de modificación de

conducta puede disminuir comportamiento desregulado como en abuso de sustancias y agresión incrementando la retención de las mismas.

3.6 Biofeedback

3.6.1 Concepto del Biofeedback

Según (Carrobles, 2016) el término biofeedback (BF) *“hace referencia a la facilitación a un sujeto de información procedente de algún sistema o proceso biológico normalmente no asequible para él por estar fuera de su conciencia, mediante la utilización de aparatos electrónicos y determinadas técnicas de aprendizaje, para que a través de esa información el sujeto pueda llegar a aprender a controlar voluntariamente el funcionamiento de ese sistema biológico y, como consecuencia de ello, los trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos relacionados con el mal funcionamiento del mismo.”* (p.1)

3.6.2 Pulsioximetría

3.6.2.1 Conceptualización de la Pulsioximetría

La oximetría de pulso (SpO₂) es la estimación de la saturación arterial de oxígeno (SaO₂) en forma no invasiva, usando dos emisores de luz y un receptor colocados a través de un lecho capilar pulsátil. A su vez, se registra la frecuencia cardíaca. (Palacios et al. 2010)

3.6.3.2 La Frecuencia Cardíaca

La frecuencia cardíaca (FR) definido el número de veces que se contraen los ventrículos cardíacos por unidad de tiempo, normalmente por minuto. (OMS, OPS, 2020)

3.6.3 Salud Mental, Estrés y Biomarcadores

Strimbu y Tavel, 2010 en Morera 2019 refieren que la medición del estrés implica igualmente la dimensión biológica. Se denomina biomarcador a una sustancia, estructura o proceso capaz de ser medido y evaluado como indicador de un estado biológico normal o patológico y que tal marcador biológico tiene que ser sensible, objetivo, específico, estable y cuantificable.

3.6.3.1 Frecuencia cardíaca como biomarcador de depresión

Schiweck C, Piette D, Berckmans D, Claes S, Vrieze E, 2019, realizaron una investigación verificando una relación entre los cambios en el estado depresivo de una persona y su frecuencia cardíaca y concluyeron que, con sólo medir el ritmo cardíaco durante 24 horas, se puede averiguar con un 90% de precisión si una persona padece depresión. Los pacientes con trastorno depresivo mayor tenían un ritmo cardíaco que era aproximadamente 10-15 latidos por minuto más alto que en los sujetos control. Tras el tratamiento, tanto la frecuencia como la fluctuación del ritmo cardíaco de los pacientes previamente deprimidos habían cambiado hasta resultar similares a los de las personas sanas.

El hallazgo más sorprendente fue que los científicos pudieron utilizar el ritmo cardíaco de 24 horas como biomarcador de la depresión. Los ritmos cardíacos se midieron usando un pequeño dispositivo registrador y los datos se transfirieron a un programa de inteligencia artificial, y pudo clasificar correctamente a casi todos los sujetos de estudio como deprimidos o sanos.

3.6.3.2 Frecuencia cardíaca como biomarcador del estrés

En respuesta a las hormonas del estrés, el organismo se pone en estado de alerta y se prepara para la respuesta de huida o lucha, concentrando sus energías en el cerebro, el corazón y los músculos en privando el resto de los órganos de la energía. Otros cambios producidos durante el estado de huida y lucha es el aumento de la frecuencia cardíaca (Fernández Alonso, 2009) Se habla de cardiopsicología para definir el conocimiento que trata de explicar el papel de los factores psicosociales en la aparición, el curso y la rehabilitación de las enfermedades cardiovasculares. (López Farré y Macaya-Miguel, 2009) DISEÑO

En la actualidad, la evidencia científica ha demostrado que la práctica de yoga beneficia la salud mental y física por medio de la regulación del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales y, en consecuencia, del sistema nervioso simpático, a través del cual se logra reducción efectiva de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la tensión muscular, tras disminuir las concentraciones de cortisol. (Escobar-Domingo, 2021)

Tabla 8

Respuesta cardiovascular al estrés

Aumentan

- Frecuencia cardíaca
 - Tensión arterial
 - Tono y reactividad vascular
 - Coagulabilidad: crecen el número y la agregación plaquetaria
 - Ácidos grasos libres, triglicéridos, LDL y colesterol total
 - Dispersión del intervalo QT
 - Respuesta inflamatoria
- Demanda miocárdica de oxígeno

Descienden

- HDL (colesterol *bueno*)
- Capacidad de fibrinólisis
- Variabilidad de la frecuencia cardíaca
- Eficacia insulínica

Tomado de (López Farré y Macaya-Miguel, 2009)

CAPÍTULO IV
DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. Área a la Cual Pertenece la Investigación

Al iniciar un trabajo con una población de empleados en el área de salud investigando los niveles de las variables estrés percibido, salud mental y conciencia plena y al implementar un programa de intervención que pretende la modificación de los niveles de las mismas variables psicoterapéuticas, esta investigación adquiere características de pertinencia al área de la Psicología Clínica.

Entendemos a la Psicología Clínica, como citado en Wittchen y Hoyer, 2011 basado en la definición de Baumann y Perrez, 2005:

“La psicología clínica es esa subdisciplina de la psicología que se ocupa de los trastornos mentales y los aspectos mentales de los trastornos somáticos y enfermedades en investigación, diagnóstico y terapia. Éstos incluyen los temas: análisis de etiología y estado; clasificación y diagnóstico; prevención, psicoterapia y rehabilitación; epidemiología, salud y Evaluación.
“(p.4)

4.2. Tipificación de la Investigación

La presente investigación adopta una metodología de diseño **cuasi-experimental**, de pre y post test de 1 solo grupo. De acuerdo a Cook y Campbell (1986), citado por Cabré, 2012, los cuasi-experimentos pueden definirse como una alternativa a los experimentos de asignación aleatoria, en aquellas situaciones sociales donde se carece de pleno control experimental.

De la misma forma, Hedrick et al. (1993) citado en Bono Cabré, 2012 ofrece la siguiente definición: *“Los diseños cuasi-experimentales tienen el mismo propósito que los estudios experimentales: probar la existencia de una relación causal entre dos o más variables. Cuando la asignación aleatoria es imposible, los cuasi-experimentos (semejantes a los experimentos) permiten estimar los impactos del tratamiento o programa, dependiendo de si llega a establecer una base de comparación apropiada”* (p. 58).

En este estudio se realiza una comparación apropiada basada en las puntuaciones medias del grupo experimental entre el pre y post test para estimar el impacto de la intervención basada en el mindfulness.

La presente investigación tiene un propósito tanto **teórico**, aportando con nueva información acerca del impacto de una intervención basada en Mindfulness, como **práctica** resolviendo un problema concreto, como la reducción del estrés percibido y el incremento de la salud mental de los empleados del área de salud.

Se trabajan con datos **cuantitativos** como las puntuaciones de los instrumentos psicométricos, y **cualitativos** a partir de la entrevista semi-estructurada para corroborar los datos cuantitativos y enriquecerlos desde la dimensión subjetiva de cada participante.

El estudio es **transversal**, ya que, la conducta de los sujetos se registra en un punto del tiempo realizando una o varias mediciones con un intervalo de tiempo muy corto. Este diseño implica la estrategia transversal o entre-sujetos, sin asignación aleatoria y basándose en la comparación de grupos no equivalentes para inferir el efecto de la variable de tratamiento. Su formato consta de medidas antes y después de la aplicación del tratamiento. (Bono Cabré, 2012)

Se utilizó el **método estadístico** mediante el programa SPSS versión 27, para el procesamiento de los datos cuantitativos mediante estadísticas descriptivos con cálculo de medias de tendencia central, cuartiles, frecuencias y porcentajes, la prueba T de Student para la comparación de medias emparejadas y otras.

4.3. Población y Muestra

4.3.1. Población

La población lo constituyen los trabajadores del área de salud de distintas categorías profesionales (psiquiatras, psicólogos, personal de enfermería y administrativos) que pertenecían a una institución o centro del área de salud. En esta investigación participaron empleados del Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID) de la Clínica CIES, del centro psicoterapéutico PSIVIDA, de la institución de la Pastoral de la Movilidad Humana y del

Centro de especialidades pediátricas CEPED. No se cuenta con datos sobre el total de la población del área de salud.

4.3.2 Muestra

Para la selección de la muestra se realizó una invitación mediante una publicación digital a todo el personal del INTRAID (Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud Mental) y otros empleados de las instituciones, CEPED, (Centro de especialidades Pediátricas), CIES (Clínica privada CIES), PMH (Pastoral de la Movilidad Humana, PSIVIDA (Centro de psicoterapia PSIVIDA).

Posteriormente se realizó una evaluación de cribado mediante la escala de estrés percibido de Cohen (EEP-10) con 26 empleados que desearon participar en el estudio para seleccionar los sujetos con niveles elevados de estrés a partir de 20 puntos en una escala de 0 a 40.

A continuación, 18 personas tuvieron niveles moderados hasta elevados en la EEP-10 y completaron el pre test basado en el llenado de 4 instrumentos psicométricos (FFMQ-20, GHQ-12, PSQ, Cuestionario de apoyo) el consentimiento informado, la ficha de datos sociodemográficos y asistieron a una entrevista previa al tratamiento.

12 personas completaron las 8 sesiones de la intervención basada en Mindfulness y realizaron el Post test y la entrevista posterior al tratamiento. Por lo tanto, la muestra de estudio se conforma de 12 personas.

Los demás criterios para formar la muestra desde la población de profesionales de salud se establecen en base a las variables de inclusión y exclusión.

VARIABLES DE INCLUSIÓN

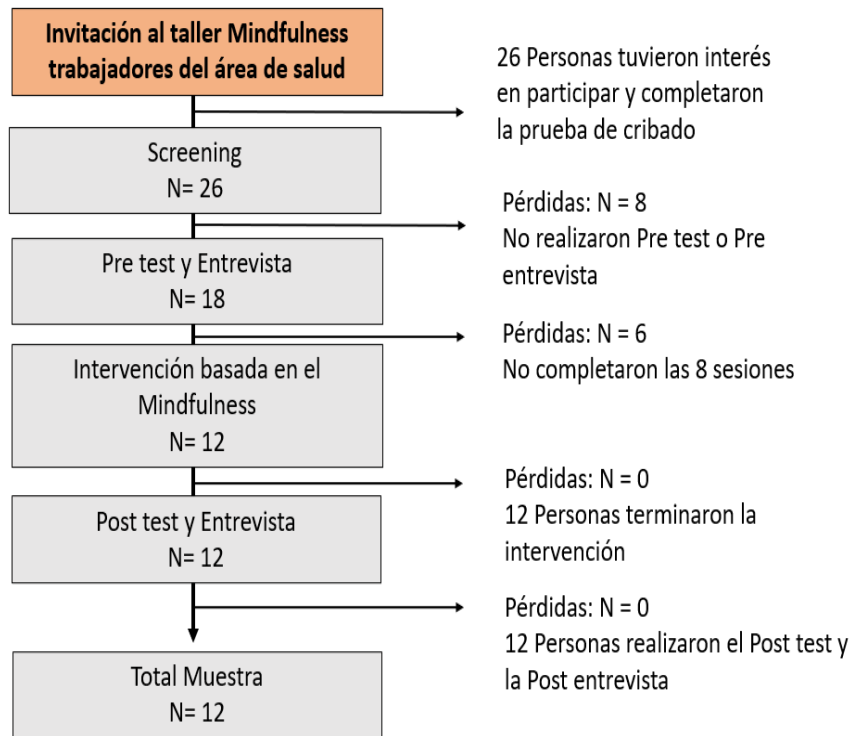
- Que el participante presente niveles moderados a altos de estrés percibido
- Que el participante asista a todas las sesiones y entrevistas del programa.

VARIABLES DE EXCLUSIÓN

- Que el empleado del área de salud se encuentra participando en otra investigación que implique un tratamiento
- Que el empleado del área de salud hubiera recibido un entrenamiento en Mindfulness en los últimos 3 meses.
- Participantes que invaliden los cuestionarios o que no completen las pruebas

Tabla 9

Participantes de la muestra de estudio



4.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos

4.4.1. Métodos

El presente estudio utiliza el **método de análisis y síntesis**, llegando después de un análisis de todas las variables a una síntesis en función al objetivo planteado. El método sintético según Sampieri et al. 2006 "*es un proceso de desarticulación práctica o mental del todo en sus partes y de reunificación del todo a base de sus partes*", ya que se busca verificar la hipótesis de estudio determinando el impacto de la intervención en varios niveles como estrés percibido, salud mental y conciencia plena, mediante evaluaciones en varias dimensiones como la subjetiva con respuestas cuantitativas y cualitativas o evaluaciones objetivas a partir de biomarcadores como la frecuencia cardíaca, para posteriormente reunir la información recogida en conclusiones finales.

A su vez se utilizó la entrevista semi-estructurada para corroborar los cambios cuantitativos del pre y post-test con datos cualitativos de cada participante y enriquecer la comprensión subjetiva de la experiencia de cada persona qué instrumentos cuantitativos no puede captar. Y por último se utiliza el registro de la respuesta fisiológica como la frecuencia cardíaca mediante la pulsioximetría.

Asimismo, se utilizó el **método estadístico** mediante el programa SPSS versión 27 se aplicaron los estadísticos descriptivos con cálculo de medidas de tendencia central, cuartiles y porcentajes. Finalmente, la prueba T de Student de muestras emparejadas para determinar la significación estadística p entre el pre y post test.

4.4.2. Técnicas

4.4.2.1 El mindfulness

La técnica aplicada en el programa de intervención es el mindfulness o la atención plena. La cual, de acuerdo a Baer, 2003 y se conceptualiza como "*La observación no*

enjuiciadora de la continua corriente de estímulos internos y externos tal y como ellos surgen”. (p.125)

El programa de esta intervención fue propiamente diseñado e integra las prácticas fundamentales de muchos programas basados en el mindfulness como la atención plena de la respiración, de los pensamientos, de los sonidos, el escáner corporal, pero también la integración de la práctica de la benevolencia y su versión tibetana “tonglen”.

4.4.2.2 La entrevista semi-estructurada

La entrevista de tipo semi-estructurado según Diaz-Bravo, 2013 *“presenta un grado de mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos.”* (p.163)

En el presente estudio se empleó la entrevista semi-estructurada con cada participante para recabar datos de corte cualitativo sobre su nivel de estrés y salud mental y de qué manera se expresa el estrés en su vida personal, laboral, y en su salud. La entrevista se utilizó en 3 fases para la recogida de datos cualitativos durante el pre-test, post test y durante la intervención.

4.4.2.3 Biofeedback

El Biofeedback es una técnica que facilita información de origen biológico mediante aparatos electrónicos para aprender a controlar el funcionamiento del sistema biológico implicado. (Carroble, 2016) El efecto de tal procedimiento es psicoeducativo e incrementa la adherencia al tratamiento. (Brennan, Zubiete, Caulfield, 2020)

4.4.3. Instrumentos

4.4.3.1 Instrumentos psicofisiológicos

Las medidas psicofisiológicas pretenden la evaluación de algún componente fisiológico de la respuesta al estrés y se analizan variables como la conductancia o resistencia

electro-dermal, la actividad cardiovascular, el volumen del flujo sanguíneo, la activación muscular, la saturación de oxígeno en la sangre o la temperatura periférica de la piel. Tales medidas pueden considerarse objetivos ya que representan una respuesta fisiológica directa no mediatizada por la subjetividad del sujeto. A partir de tecnologías de registro psicofisiológico se evalúan dos factores internos de estrés: la activación psicofisiológica y la reactividad al cambio de estimulación. (M.R. Abuín, 2010)

4.4.3.1.1 Pulsioximetría

La oximetría de pulso es facilita determinar una aproximación del valor de la saturación de oxígeno de la hemoglobina arterial. A su vez mide la frecuencia cardiaca (FR) definido el número de veces que se contraen los ventrículos cardíacos por unidad de tiempo, normalmente por minuto. (OMS, OPS, 2020)

En el presente estudio se utilizó un pulsioxímetro portable de la marca Sanitas, de la empresa Hans Dinslage GmbH, industria alemana del tipo SPO25, modelo SPO18 cual fue administrado a cada sujeto de estudio antes y después de la intervención para medir el impacto inmediato de la intervención en la frecuencia cardíaca.

4.4.3.2 Instrumentos psicométricos

Se utilizaron 3 instrumentos psicométricos siendo el PSQ, GHQ-12, FFMQ-20 y un cuestionario auxiliar de propio diseño para cuantificar el nivel de estrés y variables asociados u contrarios.

4.4.3.2.1 Cuestionario de estrés percibido- PSQ

Título: Perceived Stress Questionnaire

Título Original inglés: Perceived Stress Questionnaire

Título traducido español: Cuestionario de estrés percibido

Objetivo: Evalúa el grado en que el sujeto percibe las situaciones de la vida como estresantes a partir de seis factores

Autor original: Levenstein S.

Autor, adaptación española: Sanz-Carrillo C.

Versión utilizada: Versión española validada por Sanz-Carrillo et al. 2002

Nº de ítems: 30 reactivos

Administración: Autoadministración, individual y colectiva.

Duración: 15 – 20 min.

Edades: Adultos

Calificación: Escala Likert

Descripción general:

Esta escala consta de treinta (30) ítems, diseñados de tal manera que puedan medir el estrés percibido en adultos, en una escala tipo likert de 4 puntos. Los ítems están presentados en forma de afirmaciones, en las cuales se le pide al participante que señale si el contenido aplica a su situación en el último mes. Se administra como cuestionario del cual se obtiene un puntaje que oscila desde 0 (probablemente muy bajo nivel de estrés percibido) hasta 1 (probablemente muy alto nivel de estrés percibido). Es una escala que refiere buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de 0,90. La versión española separa los ítems del cuestionario en seis dimensiones (Fernández, 2009):

Levenstein et al. (1993) desarrollaron el PSQ para evaluar las situaciones de estrés y la percepción de las reacciones de estrés en un todo cognitivo y, en cierta medida, a nivel emocional. Es un cuestionario que permite comparaciones, no hay un punto de corte, es un índice (de cero a uno) que se define como $PSQ = \frac{Total - 30}{90}$. Cuanto mayor es el índice, mayor es el nivel de estrés percibido.

Sanz-Carrillo et al. (2002) realizaron la traducción al castellano y su validación en una muestra de N = 254 (174 estudiantes de enfermería y trabajadores de la salud y una muestra clínica de n = 80) a través de un análisis factorial exploratorio, en el que se obtuvieron seis factores en lugar de los 7 contemplados en el original. La escala refiere buenas propiedades psicométricas, con una consistencia interna de 0,9 para la puntuación en general y de 0,87 para la puntuación reciente del último mes.

Ubach y Santacana, 2013, realizaron una adaptación y validación de la versión española del cuestionario de estrés percibido aplicado al proceso migratorio. Se utilizó una muestra de 350 migrantes de Perú. Los resultados señalaron correlaciones altas y medias entre

el estrés post-migratorio y una gran parte de los síntomas de salud mental del Talbieh Brief Distress Inventory (TBDI; Ritsner, Ravinowitz, & Sluzberg, 1995). Los autores indicaron una consistencia interna entre alta y moderada .

La adaptación alemana del PSQ fue desarrollada con una muestra compuesta por 650 personas (Fliege et al., 2005). A diferencia de la versión original del PSQ, se Cuestionario de Estrés Percibido aplicado al proceso migratorio 29 llevó a cabo una reducción del cuestionario y la versión abreviada finalmente quedó compuesta por 20 ítems y 4 factores (preocupación, tensión, alegría y demandas) de 5 ítems cada uno. Los autores aplicaron la forma general del cuestionario y confirmaron la estructura factorial en una segunda muestra (N = 1.808). Los valores de fiabilidad fueron satisfactorios (rango α de Cronbach = .70-.88) para las diferentes escalas en las diferentes muestras, y rango α de Cronbach = .80-.88 para la puntuación total del PSQ en las distintas muestras. falta

Tabla 10
Subescalas PSQ

Subescalas	Ítems	Puntaje
Tensión, irritabilidad y Fatiga	3, 8, 10, 14, 15, 16, 26, 27 y 30	Min. 9 - Max. 36
Aceptación Social de los conflictos	5, 6, 12, 17, 19, 20 y 24.	Min. 7 - Max. 28
Energía y Diversión	1, 13, 21, 25 y 29	Min. 5 - Max. 20
Sobrecarga	2, 4, 11, 18	Min. 4 - Max. 16
Satisfacción por autorealización	7, 9, 23	Min. 3 - Max. 12
Miedo y Ansiedad	22, 28	Min. 2 - Max. 8

Tabla 11
PSQ Niveles

Intervalos	PSQ global	Tensión, Irritabilidad y Fatiga	Aceptación Social del Conflicto	Energía y Diversión	Sobrecarga	Satisfacción por autorealización	Miedo y ansiedad
Bajo	<=0,62	<=16	<=12	<=10,25	<=8,25	<=6	<=3,25
Medio	>0,62 & <= 0,80	>16 & <=27	>12 & <=16,75	>10,25 & <=15	>8,25 & <=12	>6 & <=7,75	>3,25 & <=6
Alto	>0,80	>27	>16,75	>15	>12	>7,75	>6

4.4.3.2.2 Cuestionario de Salud General - GHQ-12

Título: Cuestionario general de Salud

Título Original inglés: General Health Questionnaire GHQ-12

Título traducido español: Cuestionario de Salud General

Objetivo: Medir la salud mental

Autor Original: Goldberg y Williams (1998)

Autores Colombianos: Ruiz, F.J., García-Beltrán, D.M., & Suárez-Falcón

Versión utilizada: Adaptación colombiana, GHQ-12

Nº de ítems: 12 reactivos

Administración: Autoadministración, individual y colectiva.

Duración: 5 min.

Edades: desde 15

Calificación: Escala Likert

Descripción general:

De acuerdo a Goldberg y Williams, 1988, citado por Rocha et al.2011, el General Health Questionnaire, en español cuestionario de salud general o también salud mental (GHQ-12) es un instrumento de cribado con fines de detectar morbilidad psicológica y y probables casos de trastornos psiquiátricos en contextos como la atención primaria o en población general. Se evalúa el estado de ánimo, funciones psicológicas y fisiológicas, autovaloración y propósitos de vida como la capacidad para enfrentar dificultades. El cuestionario es uno de los más utilizados en el mundo para medir la salud mental. (Ruiz et al. 2017)

El cuestionario surgió con el propósito de identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas, y la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en alteraciones psicopatológicas muy básicas y conductas desadaptativas menores a nivel personal y social (Godoy-Izquierdo, Godoy, LópezTorrecillas & Sánchez-Barrera, 2002).

Las preguntas evalúan el estado de ánimo, funciones psicológicas como la capacidad de concentración y fisiológicas como la higiene del sueño, autovaloración, propósitos de vida, la capacidad para enfrentar dificultades, la presencia de agobio y tensión. La escala contiene 12 enunciados que deben ser respondidas escogiendo una de las posibles respuestas planteadas al participante en escala tipo likert (*mejor que lo habitual, igual que lo habitual, menos que lo habitual, mucho menos que lo habitual o no, en absoluto, no más que lo habitual, bastante más que lo habitual, mucho más que lo habitual*). (Goldberg y Williams, 1988)

La versión original incluía 60 ítems. Posteriormente, se realizaron nuevas versiones con menor cantidad de ítems: GHQ-30, GHQ-28 y GHQ-12. El GHQ-12 es una prueba sencilla, corta y fácilmente comprensible, que por tal motivo fue traducido a más de 38 idiomas y es considerado uno de los instrumentos de cribado validado más utilizados en todo el mundo. (Brabete, 2014)

Existen 3 diferentes opciones de puntuación a) Escala Likert: los ítems son valorados según una escala de puntuación ordinal (0-1-2-3); b) GHQ: los ítems se valoran a partir de una puntuación dicotómica (0-0-1-1); c) C-GHQ: los 6 ítems negativos se puntúan como (0-1-1-1) y los positivos como (0-0-1-1), este último índice intenta detectar los casos crónicos. (Rocha

et al.2011) Para el siguiente trabajó se utilizó la puntuación dicotómica „GHQ“ 0-0-1-1. A medida que aumentan las puntuaciones disminuye el nivel de salud mental.

Según Goldberg et al., 1997 citado por Gutiérrez et al. 2021, la versión original del GHQ-12 demostró buena confiabilidad con un coeficiente alpha de Cronbach de ,82 a ,86. En el estudio de la validación española el alpha de Cronbach fue ,76 (Sánchez, López & Dresch, 2008). En la validación colombiana se encontró una consistencia interna de un alfa de (0,90).

Gutiérrez, Morales, Álvarez, 2021, senalan una validación chilena por Araya, Wynn & Lewis, 1992 y se han observado adecuadas propiedades psicométricas (Rivas-Díez y Sánchez-López, 2014; Urzúa et al., 2015). Se ha usado como instrumento de tamizaje de salud mental en personas de 15 años y más.

De manera particular, la validación y estandarización para Chile permite establecer puntos de corte que favorecen la categorización de los resultados en tres: ausencia de psicopatología, psicopatología subumbral y presencia de psicopatología. Puntajes de corte: 0-4 puntos, ausencia de psicopatología; 5-6 puntos, sospecha psicopatología subumbral; 7-12 puntos, indicativo presencia de psicopatología (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil, 2003). Adaptamos la propuesta chilena de categorización en 3 niveles para este trabajo.

Tabla 12

Puntos de corte GHQ-12

NIVEL	PUNTAJE
Ausencia de psicopatología	0 – 4
Sospecha de psicopatología subumbral	5 – 6
Indicativo de presencia psicopatológica	7 – 12

4.4.3.2.3 FFMQ – Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Título: FFMQ

Título Original inglés: Five Facets of Mindfulness Questionnaire

Título traducido español: Cuestionario de cinco facetas del Mindfulness

Objetivo: Evaluar la presencia del mindfulness en base a cinco sub-dimensiones

Autores: Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, Toney, (2006)

Versión original: Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, Toney, (2006)

Versión utilizada: Versión FFMQ-20 española de Cebolla et al. (2012).

Nº de ítems: 20 reactivos

Administración: Autoadministración, individual y colectiva.

Duración: 10 min.

Edades: Adultos

Calificación: Escala Likert

Descripción general:

La escala FFMQ, está basado en un análisis factorial de cinco de las escalas más importantes que existían sobre el mindfulness hasta la fecha de la creación del FFMQ: La KIMS (Baer et al., 2004), La FMI (Buchheld et al., 2001), La SMQ (Chadwick et al., 2008), La MAAS (Brown y Ryan, 2003), La CAMS (Feldman et al., 2004)

La escala muestra buenos resultados de validez y fiabilidad con un alfa de Cronbach de .81 para observar, .91 para describir, .89 para actuar con conciencia, .91 para la fase de no juicio y .80 para no reactividad. Para fines de mayor analisis adoptamos la sugerencia de Gonzales y Villanueva, 2020 que transformaron los puntajes totales numéricos en 3 dimensiones categóricas de bajo, medio y alto.

Para examinar los factores del mindfulness sistemáticamente, Baer et al. (2006), combinaron las respuestas de los cinco cuestionarios en un único documento y llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio para examinar dimensiones subyacentes, combinado distintos elementos de distintos instrumentos para formar factores. (Didonna, 2018)

Este cuestionario mide mindfulness como un rasgo a partir de los cinco factores mencionadas. Cebolla et al. (2012) han validado el cuestionario en una muestra de población española clínica y no clínica, esta última compuesta por estudiantes universitarios.

La versión original contiene 39 ítems, que implica posible fatiga durante la recopilación de datos. Por tal motivo Abujaradeh, 2022 indica algunas versiones abreviadas, en su intento de reducir la escala, cada versión con una distinta cantidad de ítems: 24

(Bohlmeijer et al., 2011), 20 ítems (Hou, Wong, Lo, Mak, & Ma, 2013; Tran, Glück, & Nader, 2013), y 15 ítems (Gu et al., 2016).

En esta investigación se utilizó la versión española de Cebolla et al. (2012). Se trata de un cuestionario que puede ser respondido como auto reporte basado en una escala de formato Likert de 20 ítems de 1 a 5 puntos. Cristian Coó Calcagni y Marisa Salanova Soria hicieron una validación de la versión abreviada del cuestionario FFMQ-20 para la población española no clínica. La muestra de estudio estaba compuesta por un total de 227 participantes pertenecientes al sector ocupacional sanitario, fue una muestra sobre población no clínica.

Tabla 13

Escala de valoración FFMQ-20

ESCALA DE VALORACIÓN

1	Nunca o raramente verdad
2	Rara vez es verdad
3	Algunas veces es verdad
4	A menudo es verdad
5	Muy a menudo o siempre verdad'

Tabla 14

Subescalas FFMQ-20

SUBESCALAS FFMQ-20	PUNTUACIÓN
OBSERVAR	Ítems: 6, 10,15 y 17 Min 4 - Max 20
DESCRIBIR	Ítems: 7, 12, 18 y 20 Min 4 - Max 20
ACTUAR CON CONCIENCIA	Ítems: 1R, 2R, 4R, 8R, Min 4 - Max 20
NO-JUZGAR	Ítems: 5R, 14R, 16R, 19R Min 4 - Max 20
NO-REACTIVIDAD	Ítems: 3, 9, 11, 13, Min 4 - Max 20

Tabla 15

FFMQ-20 Categorización de puntuaciones

Niveles	Cuartiles	FFMQ global	Observar	Describir	Actuar con Conciencia	No Juzgar	No reactividad
Bajo	25	<= 63	<=13,5	<= 13,25	<= 12	<= 12,25	<= 9
Medio	50	> 63 & <= 82.75	> 13,5 & <=18,75	> 13,25 & <= 18	> 12 & <= 19	> 12,25 & <= 18,75	> 9 & <= 14
Alto	75	> 82.75	>18,75	>18	>19	>18,75	>14

4.4.3.2.4 Escala de estrés percibido – EEP-10

Título: Escala de estrés percibido – EEP-10

Título original inglés: Perceived Stress Scale-PSS

Título traducido al español: Escala de estrés percibido-EEP

Objetivo: Medir el grado en que las situaciones en la vida de uno son evaluadas como estresantes

Autor original: Cohen S. (1983)

Autor versión española: Remor E. (2001)

Nº de ítems: 10

Administración: individual o de grupo

Duración: 5 min

Edades: Adultos

Calificación: Escala Likert

Descripción general:

A partir de la teoría transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983) construyeron la "Escala de estrés percibido" (EEP) (Perceived Stress Scale, PSS), instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes por las personas. Sus ítems interrogan sobre el grado en que las personas sienten que ejercen control sobre las situaciones impredecibles o inesperadas, o, por el contrario, las sienten como incontrolables y, en tal medida, experimentan un estrés que se traduce en malestar. Remor y Carrobles (2001) propusieron y validaron la versión española de esta escala, cuyas propiedades psicométricas han sido parcialmente estudiadas en población no clínica (Remor, 2006; Trujillo y Gonzalez-Cabrera, 2007), poblaciones en riesgo social (Hidalgo Ruzzante, Peralta Ramirez, Robles Ortega, Vilar-Lopez y Perez-Garcia, 2009) y en poblaciones específicas, de dependencia a sustancias en tratamiento (Pedrero-Perez y Olivares Arroyo, 2010).

La escala de estrés percibido ha sido utilizado para determinar la muestra de estudio.

4.4.3.2.5 Cuestionario auxiliar Post intervención (elaboración propia)

Se diseñó un instrumento de apoyo para evaluar los niveles cualidades y características asociadas al estrés percibido y a la salud mental, como la despreocupación, relajación, salud general, capacidad de concentración, del afrontamiento al estrés, antes, durante y después de la intervención. Igualmente, se evalúan las áreas de cambio como trabajo, familia o estudio y el impacto percibido de la intervención en la vida del participante. La escala de valoración es la siguiente: 1= menor intensidad; 10 = mayor intensidad.

4.4.3.3 Guía de entrevista

Se elaboró una guía de entrevista con preguntas estructuradas previo al tratamiento acerca de la intención de la participación, de la experiencia subjetiva del estrés, molestias y síntomas físicos, la expectativa al tratamiento, la autovaloración del nivel de estrés y sobre el estado físico y mental actual. La guía posterior al tratamiento incluye preguntas sobre como experimentaron la intervención, si hubo una reducción de estrés y cómo se manifestaba tal reducción, un cambio en los síntomas físicos, el desarrollo de algún hábito de práctica permanente y la satisfacción de las expectativas sobre la intervención.

4.4.3.4 Manual de la práctica continua del Mindfulness

Para garantizar la extensión de la práctica del mindfulness más allá de las intervenciones grupales, se redactó un Manual de Introducción y Práctica para 28 días. El manual inicia con una introducción que facilita la comprensión del mindfulness, la actitud asociada a la práctica y ofrece ejercicios para cada semana. Las ideas y conceptos se inspiraron en las diversas obras, textos y publicaciones de Jon Kabat-Zinn, Sarah Bowen, Neha Chawla & Alan Marlatt, Shunryu Suzuki, Jack Kornfield, Tara Brach, Stephen Levine, Bhante Gunaratana, Eckhart Tolle, Richard Gilpin, David Harp, Patricio José Ruiz Lazaro y Thich Nhat Hanh. El manual fue realizado y distribuido sin costo para los participantes.

4.5. Procedimiento

El trabajo de investigación se realizó en las siguientes fases:

Primera fase: Revisión bibliográfica y contacto con las instituciones

En esta primera fase de estudio se realizó la exploración bibliográfica entorno al problema de estudio como el estrés percibido, la salud mental y el mindfulness como tratamiento o la atención plena tanto como tratamiento como cualidad de estado-rasgo.

Se estableció contacto con el Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud Mental (INTRAID) en Tarija para proponer la investigación como taller práctico a beneficio de los empleados. Posteriormente se invitó a diversos profesionales de otras instituciones como CEPED, CIES, PSIVIDA y la PMH, para unirse al programa de un taller de autocuidado para profesionales de salud. El contacto institucional y la co-organización del taller fue posibilitado por la jefatura del departamento del área Clínica del INTRAID a cargo de la Lic. Marcela Quiroga.

Segunda fase: Selección de los instrumentos.

En la segunda fase, se seleccionaron los instrumentos psicométricos para recabar los datos de estudio. Se seleccionaron 3 instrumentos psicométricos estandarizados: El PSQ, el cuestionario de estrés percibido de Levenstein en su formato de 30 ítems que evalúa el estrés percibido mediante 6 factores. El FFMQ, el cuestionario de cinco factores del mindfulness de Baer et al. en su versión abreviada de 20 ítems, para poder determinar una cultivación de la conciencia plena a partir de 5 dimensiones. El GHQ, el cuestionario de salud general de Goldberg en su versión de 12 ítems que busca medir la salud mental.

Tercera fase: Prueba piloto.

En esta fase, se realizó una prueba piloto con los instrumentos psicométricos para familiarizarse con la aplicación, la computación y la obtención de los resultados de las mismas y determinar si las mismas responden a los objetivos propuestos de la investigación.

Cuarta fase: Selección de la muestra.

En la cuarta fase de estudio se diseñaron los criterios de inclusión y exclusión para los participantes de la investigación, la presencia de estrés detectado mediante la escala de estrés percibido de Cohen (EEP-10) y la aceptación del sujeto para participar en el estudio y cumplir con la asistencia a la evaluación y las sesiones.

Quinta fase: Pre-test

En la fase del pre-test, se estableció contacto con la población, y de manera presencial se informó acerca del programa de la intervención y de los cuestionarios y entrevistas como requisito y condicionante de participación. Se realizó la aplicación de los instrumentos PSQ, GHQ-12 y FFMQ-20. A su vez se realizó la pre entrevista.

Sexta fase: Intervención

En la Intervención, se realizaron 8 sesiones, diseñadas para un entrenamiento en las cualidades del mindfulness. Las sesiones fueron grupales y el grupo estaba organizado en círculo, guiado por investigador para realizar los respectivos ejercicios, como la atención plena de la respiración, el escáner corporal, la atención plena de los sonidos, los pensamientos y la práctica de la benevolencia. La estructura de las distintas intervenciones inició con la 1° medición de la pulsioximetría como línea base. Posteriormente se realizaron las prácticas

basadas en el mindfulness y finalizando las mismas siempre con la 2º medición de la pulsioximetría para obtener datos de contraste. Las sesiones terminaron mediante la discusión y retroalimentación de la misma, se explicó cómo mantener la práctica continua o de las tareas a realizar durante la semana.

Octava fase: Post-test

En esta fase, se pidió nuevamente a todos los participantes que asistieron a las 8 sesiones, completar el PSQ, GHQ-12 y FFMQ-20, para así obtener los datos cuantitativos de comparación frente al pre test. Fase finalizó con la post entrevista.

Novena fase: Procesamiento de la información.

El procesamiento de la información, se realizó transcribiendo los cuestionarios físicos a una base de datos de Google forms, posteriormente se descargó el archivo Excel y a continuación su exportación al programa estadístico SPSS versión 27, para realizar un análisis estadístico y crear las respectivas tablas y gráficos.

Decima fase: Redacción del informe final.

En la última fase de estudio, se redactó el informe final, en base a los resultados cuantitativos obtenidos tanto en el pre-test y el post-test. Los valores de la medición psicofisiológica de la pulsioximetría y la redacción de la pre y post entrevista, contrastando las dos evaluaciones. Se elaboraron las conclusiones finales y las recomendaciones.

4.6 Cronograma

Tabla 16
Cronograma de investigación

Actividad	Gestión 2021						Gestión 2022								
	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Revisión Bibliográfica	■														
Contacto institucional											■				
Selección de instrumentos											■				
Prueba Piloto											■				
Selección de muestra											■				
Pre test y Pre-Entrevista											■	■			
Intervención												■	■		
Post test y Post-Entrevista												■	■		
Procesamiento de la información													■	■	
Redacción del informe final														■	■

CAPÍTULO V.
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS
RESULTADOS

5. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

En el presente capítulo se presentan todos los resultados obtenidos durante el proceso de la investigación a partir de la recogida de datos de 3 instrumentos psicométricos cuantitativos y la metodología cualitativa.

Los datos que arrojaron los instrumentos psicométricos han sido sistematizados a partir de tablas que se expresan mediante valores numéricos y porcentuales en relación a cada variable que ha sido objeto de estudio.

En las interpretaciones, se tomaron en cuenta los valores más significativos de cada variable durante el pre y el post test. A su vez se consideró la comparación de medias mediante la prueba T de Student para determinar la significación estadística p del cambio de las variables. La explicación y argumentación dada sobre el desarrollo de los resultados se fundamenta en el Marco Teórico y la entrevista clínica.

Los resultados de la investigación son presentados a continuación de acuerdo al orden de los objetivos específicos, expresados en tablas, gráficos y con su respectivo análisis. En un primer momento se exponen los datos sociodemográficos, luego se evalúa el nivel de estrés percibido, de salud mental y del mindfulness dando cumplimiento al objetivo N°1.

A continuación, se refiere el desarrollo del objetivo N°2 de la intervención basada en mindfulness para reducir el estrés percibido y aumentar el nivel de la salud mental. En este apartado se describen los objetivos, los materiales utilizados, la secuencia y actividad de la sesión, la actividad finalizando con las observaciones y conclusiones de cada sesión.

Finalmente se evalúa el objetivo N°3, si la implementación del programa ha logrado reducir el nivel de Estrés percibido, e incrementar el nivel de salud mental de manera general y por subescalas.

5.1 Datos sociodemográficos

Tabla 17

Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	10	83,33%
Masculino	2	16,67 %
Total	12	100%

La muestra de estudio se compone de 10 personas del sexo femenino y 2 personas del sexo masculino

Tabla 18

Estado Civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	6	50%
Casado/a	2	17%
Divorciado/a	1	8%
Viudo/a	2	16%
Concubinato	1	8%
Total	12	100%

La mayor parte de la muestra, 6 personas indican ser soltero (50%), 1 Persona esta divorciada (8%) y 1 Persona se encuentra en relación concubinato (8%). 2 personas son viudas (17%) y 2 personas están casadas (17%).

Tabla 19
Pertenencia Institucional

Institución	Frecuencia	Porcentaje
INTRAID	7	59%
CIES	1	8%
CEPED	1	8%
PMH	1	8%
PSIVIDA	2	17%
Total	12	100%

INTRAID; Instituto Nacional de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de Drogodependencias y Salud Mental, CIES; CEPED; Centro de Especialidades Pediátricas, PMH; Pastoral de la Movilidad Humana, PSIVIDA; Centro de Atención e Investigación en Psicología

La mayor parte de la muestra de estudio, 7 personas (59%) pertenecen a la Institución INTRAID. 1 persona pertenece a CIES, (8%), 1 persona trabaja en CEPED, (8%), 1 persona se encuentra en la institución PMH y 2 personas pertenecen al Centro de salud Psivida.

Tabla 20
Profesión o Cargo institucional

Profesión	Frecuencia	Porcentaje
Psicólogo/a	8	67%
Psiquiatra	1	18%
Enfermero/a	2	17%
Administrativo/a	1	8%
Total	12	100%

8 personas, (67%) son psicólogos/as y 2 personas corresponden al área de la enfermería. 1 persona es Psiquiatra y 1 persona es administrativa.

Tabla 21
Hábito de fumar

Fumar	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	11	92%
A veces	1	8%
Total	12	100%

11 personas (92%) indican no tener el hábito de fumar, mientras que 1 persona (8%) confirma “a veces” fumar.

Tabla 22
Hábitos de consumo de alcohol

Consumo de alcohol	Frecuencia	Porcentaje
Si	0	0%
No	3	25%
A veces	9	75%
Total	12	100%

Con respecto al consumo de alcohol 9 personas que representan 75%, señalan consumir “a veces”. 3 personas, (25%) indican que no consumen alcohol.

Tabla 23
Consumo de medicamentos

Consumo de medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	16%
No	2	16%
A veces	8	68%
Total	12	100%

Con relación al consumo de medicamentos la mayor parte de la muestra, 8 personas (68%) dice que consume “a veces”. Mientras que 2 personas, (16%) no suelen consumir medicamentos y 2 personas, (16%) afirman soler consumirlos.

Tabla 24
Ejercicio físico

Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	42%
No	1	8%
A veces	6	50%
Total	12	100%

Se puede observar que 6 personas que equivale a un 50 % práctica ejercicio físico, 5 Personas que equivale a 42 % indican “a veces”, y 1 persona con un 8% indica que no realiza ejercicio físico.

5.2 OBJETIVO N° 1. - Evaluar el nivel de estrés percibido, salud mental y Mindfulness antes de la intervención.

En el primer objetivo se evalúa el nivel de estrés percibido, de la salud mental y de la conciencia plena para determinar el nivel general y por subdimensiones de tales variables, estableciendo una línea base antes de la intervención.

Tabla 25

5.2.1 Nivel de estrés percibido; general y por subdimensiones

Nivel	PSQ General		Tensión, Irritabilidad, Fatiga		Aceptación Social del conflicto		Energía y Diversión		Sobrecarga		Auto-realización		Miedo y Ansiedad	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	1	8,3%	1	8,3%	1	8,3%	5	41,7%	1	8,3%	4	33,3%	1	8,3%
Medio	7	58,3%	7	58,3%	6	50%	6	50%	7	58,3%	5	41,7%	7	58,3%
Alto	4	33,3%	4	33,3%	5	41,7%	1	8,3%	4	33,3%	3	25%	4	33,3%
Total	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%

En el nivel general del estrés percibido 7 de los trabajadores que corresponden a un 58,3%, se encuentran en un nivel medio con tendencia hacia alto con un 33,3%. Estos resultados señalan una gran presencia de estrés tanto en el trabajo como en la vida privada de los empleados expresándose mediante la tensión, fatiga e irritabilidad, problemas con los compañeros de trabajo, una ausencia de energía y diversión como muy poca sensación de poder auto realizarse, elevado miedo y ansiedad como una sobrecarga a nivel de trabajo. En la entrevista se señaló además la falta de organización, el elevado consumo de medicamentos para hacer frente a dolor físico y varios síntomas físicos originados por el estrés.

Los anteriores datos se pueden corroborar con la entrevista donde manifestaron lo siguiente: “Necesito desestresarme, relajarme, y desconectarme de todo”. De acuerdo a su autoevaluación con respecto al nivel de estrés del 1 al 10 que experimentan 5 personas que corresponde a un 41,7 % refieren “Nivel 9”, 4 personas equivalente a un 33,3% indican “Nivel

8” y 2 personas que se traducen a un 16,6 % señalan el “Nivel 7”. Una persona siendo un 8,3% expresó que su nivel de estrés va más allá de 10. Esta autoevaluación se corrobora con los datos obtenidos. Preguntados acerca de su sentir momentáneo los trabajadores indican *“Emocionalmente algo desequilibrado. Tensa. Estresada. Con dolores de cabeza.”*, *“Estoy al borde del malestar.”*, *“Estoy muy mal”* *“Estoy sensible, saturada y muy mal.”*

En relación a la **Tensión, Irritabilidad y Fatiga** se obtuvo 7 empleados correspondiente a un 58,3% en el nivel medio y 4 personas equivalente a un 33,3% en el nivel alto que refiere de la elevada presencia de cansancio, del estado de ánimo decaído, agotamiento y la dificultad para relajarse. La presencia de fatiga se puede evidenciar en la entrevista en frases como *“duermo despierto”* y *“Llegaba muerta a la casa”*. La tensión fue mencionada por casi todos los empleados como síntoma presente en el cuerpo y referido a distintos partes. *“Estoy con un dolor en la parte de los hombros muy muy muy intenso.”*, *“dolor en la cabeza”* *“En la región de la nuca”* *“en la espalda”* *“dolor de rodillas”* *“contractura en los hombros”, el cuello hinchado”*. La dificultad de relajarse se encontró en las expectativas de los participantes sobre la intervención señalado varias veces su deseo de *“aprender a relajarse”*. La sensación de prisa es mencionada por varios empleados como *“el ritmo de vida que estoy llevando este último tiempo”* o *“...muchas veces devoro la comida. porque tengo que salir rajando porque muchas veces llegó tarde.”*

Con respecto a la dimensión **aceptación social** del conflicto 6 trabajadores equivalentes a un 50% puntuaron para el nivel medio y 5 personas correspondientes a un nivel alto que implica una considerable presencia de la soledad o del aislamiento, una percepción de situaciones conflictivas, sentimientos de frustración y la presión y las críticas de los demás. Aquí el personal refiere en la entrevista que *“A veces el compañero de trabajo le estresa más a uno”* y que *“los pacientes nos regañan a nosotros. Nos estresan. Digamos que los problemas siempre están.”* La presión laboral interna de la institución se vuelve visibles a partir del siguiente comentario *“Se siente un poco más distante, porque todos ven para su lado. Las personas que están a la cabeza no te entienden y te imponen las cosas. Nosotros tenemos alguien encargado y dice blanco o negro. Si es blanco tiene que ser blanco”* Por otro lado, también se identificaron conflictos familiares *“tenía algunas dificultades y conflictos familiares”*. Otro trabajador de la misma institución refiere *“Creo que se han conformado*

varios subgrupos y esto ha dado lugar a mayor dispersión y separación. Entiendo que hay varios colegas que no tienen ningún espacio para poder expresar como se sienten y cómo piensan.”

En la dimensión **energía y diversión** 6 sujetos que corresponden a un 50% puntúan en el nivel medio y 5 personas equivalente a un 41,7% en el nivel bajo que refiere que perciben poca de su propia energía y alegría, y experimentan pocas veces un estado descansado o suficiente tiempo para uno mismo. En la entrevista refieren comentarios que corroboran un nivel medio hasta bajo de energía y diversión con frases como las siguientes: *“Todo el día solo es hacer y hacer. Y nunca tengo un momento para mí”, “me siento agotado”, “Estaba cansada y agotada del trabajo”, “Hay algunos días en los cuales surge más trabajo entonces tengo que movilizarme rápido por mover algunas citas, cambiar algunos horarios. Extender mi tiempo. A veces esto es lo que me complica. Allí me siento también algo vulnerable cuando me llega el estrés”, “También siento esa inquietud. Busco que hacer, para no estar quieto”* *“La verdad es que me acuesto muy tarde, pasado las 00:00 de la noche debido al trabajo”*

Con relación a la **Sobrecarga** 7 personas que equivalen a un 58,3% puntúan para el nivel medio y 4 personas que corresponden a un 33,3% puntuaron alto. Esto significa que existe una incrementada cantidad de peticiones, cosas que realizar y decisiones que tomar, como también preocupación entre los empleados. En la entrevista los trabajadores se expresan de la siguiente manera: *“la demanda de atención es grande, es como un bombardeo”*.

Acerca de la **Autorrealización** 5 personas equivalente a un 41,7% de los trabajadores se ubican en el nivel medio, y 4 empleados puntuaron bajo que refiere que existe la sensación de hacer las cosas por obligación y el temor de no poder alcanzar sus propias metas. Los empleados corroboran una mediana hasta baja autorealización en la entrevista en las siguientes afirmaciones: *“Todos los días generalmente es lo mismo, todos los días es la misma tensión.”* Y otro trabajador señala la dificultad de separar el trabajo de la vida privada y tener que priorizar su vida privada *“Todo el tiempo estoy pensando en la parte de trabajo que no he terminado. Entonces alguna parte de mi dice bueno no tengo que llevar el trabajo a mi casa, sino que se queda aquí en el trabajo. Primero está mi casa, mi familia y luego la universidad con mis estudios.”*

Con respecto a la dimensión **miedo y ansiedad** 7 empleados equivalente a un 58,3% se concentran en el nivel medio y 4 personas correspondiente a un 33,3% en el nivel alto. Esto significa que el miedo y temor al futuro como también el agobio por la propia responsabilidad está presente en la vida de los trabajadores. En la entrevista tales resultados se ven confirmados en los siguientes comentarios: *“Me iba a dar una crisis de ansiedad”* o *“Necesito herramientas para mi propia ansiedad y mi propio estrés”*.

Tabla 26
Nivel de Salud mental

Cuestionario general de Salud General (GHQ-12)		
Nivel	Fr.	%
Ausencia de Psicopatología	9	75
Sospecha de Psicopatología subumbral	2	16,7
Indicativo de Psicopatología	1	8,3
Total	12	100%

El nivel de salud mental de 9 personas equivalentes a un 75% se considera ausente de psicopatología. Esto implica que la mayoría de los empleados representan la capacidad de superar sus dificultades y afrontar sus problemas, que disfruten sus actividades cotidianas, que se sienten capaz de tomar decisiones y que experimentan que desempeñan un papel de utilidad en la vida. A su vez no existe la sensación de depresión, agobio o tensión en nivel preocupante o de significancia.

2 personas que corresponden a un 16,7% califican en sospecha y 1 persona traducido en un 8,3% se puntúa como indicativo de una presencia psicopatológica, que implica que la salud mental de 2 personas se ve en riesgo y de 1 persona comprometida por preocupaciones que afectan la calidad del sueño, una mayor sensación de agobio y tensión, el menor disfrute de las actividades cotidianas, o la incapacidad de hacer frente a sus problemas. A su vez significa que los empleados experimentan una pérdida de confianza en si misma, y que no sienten valia por si mismo, como menos felicidad y mayoritariamente un estado de animo deprimido.

Tales datos se corroboran en la entrevista en la cual los empleados refieren una gran carga de estrés que además se manifestaba con una preocupante sintomatología en el cuerpo. En a partir de dolores musculares que requerían analgésicos diarios y 2 relajantes musculares por semana, *“Tengo dolor en la cabeza. En la región de la nuca y en la altura de la espalda. Igualmente estaba y estoy con mucho dolor de rodillas, de espalda y así me voy a trabajar.”* Igualmente, la persona señala que ya estaba en búsqueda de contactar un profesional *“A veces iba a buscar algún psicólogo o algún profesional por ayuda”*. Y acerca de su nivel de estrés comenta *“mi estrés sobrepasa el límite”* A su vez existen comentarios que se relacionan con sintomatología depresiva *“antes llegaba al extremo e incluso pensaba huevadas ya, y la vida ya no tenía mucho sentido para mí.”*

Otros empleados señalan un conjunto de síntomas como insomnio, cansancio, una parálisis facial temporal, el bloqueo emocional de la respiración, y la constante preocupación sobre el factor económico. *“No puedo dormir, tengo insomnio desde muchos años. Cuando me estreso y preocupo demasiado hay momentos en los cuales se paraliza una mitad de mi cara y no puedo sentir nada allí. Como si estuviera anestesiada.”*, *“El tema económico es problemático por el momento.”*, *“No puedo respirar.”* *“Necesito aprender a tranquilizarme. Dejar de preocuparme.”*

Otro trabajador refiere en la entrevista una significativa sobrecarga de su cargo laboral, la incapacidad de reconciliar el sueño, pocos momentos de descanso en su vida personal, una gran cantidad de tensión física en su cuerpo y pensamientos obsesivos-compulsivos con una incidencia clínicamente significativa como refiere a continuación: *“Empiezo a hacer algo lo hago hasta que termine y a veces me quedo más de la cuenta haciendo las cosas y esto hace que colapse.”* *“Me cuesta bastante dormir. Tengo bruxismo. A veces amanezco como adormecida por la fricción y tensión de mis dientes. Solamente logro dormir con meditaciones guiadas.”*, *“Estaba justo en el pico alto de mi nivel de estrés al borde del colapso.”*, *“Tengo mis rasgos obsesivos, Son comportamientos bien estructurados que tengo desde hace años todo lo que hago incluso lo más simple como lavar ropa u ordenar mi cuarto.”*

Tabla 27

Nivel de Mindfulness; general y por subdimensiones

Nivel	FFMQ General		Observar		Describir		Actuar con Conciencia		No juzgar		No reactividad	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Bajo	6	50%	5	41,7%	5	41,7%	6	50%	6	50%	6	50%
Medio	5	41,7%	6	50%	7	58,3%	6	50%	5	41,7%	5	41,7%
Alto	1	8,3%	1	8,3%	0	0%	0	0%	1	8,3%	1	8,3%
Total	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%

El **nivel general** del Mindfulness de los participantes se distribuye con mayor concentración en la categoría bajo con 6 Personas que representan un 50%, seguido de medio con 5 Personas que representan un 41,7%. Estos resultados sugieren moderada hasta poca capacidad de mantenerse en el momento presente, poder observar la propia experiencia sin juzgar y reaccionar ante estímulos internos y externos que implica a su vez una mayor vulnerabilidad ante situaciones de alto estrés o de percibir las como estresantes, caer en un estado de ánimo depresivo o estar expuesto a miedo y ansiedad.

En la dimensión **Observar** 6 personas equivalentes a un 50% se sitúan en el nivel medio, y el 41,7 % en el nivel bajo, que sugiere poca o moderada atención a estímulos internos y externos como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones (Baer, 2003). En la primera sesión varios participantes señalaron la incapacidad de mantener la atención observando su respiración, las sensaciones corporales, los sonidos o los pensamientos *“No pude concentrarme”, “Me costó concentrarme.”, „Tuve muchos pensamientos. Me distraían”, “Apenas pude concentrarme. Me quedé pensando.”*

En relación a la dimensión **Describir** se tiene que 7 personas equivalentes a un 58,3% puntuaron en nivel medio y 5 personas correspondientes a un 41,7% en el nivel bajo que refiere una baja habilidad de poder etiquetar las experiencias observadas con palabras. La

ausencia o baja capacidad de describir sus propias experiencias internas como sensaciones, emociones o pensamientos puede afectar la comunicación con los demás.

Con respecto a la dimensión **Actuar con conciencia** la mitad de los trabajadores que corresponden a un 50% puntuó para medio y la otra mitad equivalente a un 50% puntuó bajo. Actuar con conciencia se relaciona de acuerdo a Baer, con prestar atención a las actividades del momento y contrasta con el piloto automático sin consciencia de nuestras propias acciones que implica poca a moderada habilidad de mantenerse presente. Actuar con conciencia se ve comprometido por la presencia e identificación constante con los pensamientos.

En la entrevista los trabajadores corroboran una baja habilidad de actuar con conciencia, debido a la constante absorción en sus propios pensamientos expresando tal circunstancia en las siguientes afirmaciones: *“Tengo pensamientos intrusivos, obsesivos, compulsivos”*. Otro trabajador indica lo absorbido que estaba en sus pensamientos y que le impedían encontrar el momento presente *“En algunas cosas estaba muy acelerada, también en mis pensamientos. Yo siempre ya generaba anticipadamente mis pensamientos. Ideas que generaba anticipadamente.”* O como expresa un tercero *“las situaciones daban vueltas y vueltas en mi cabeza.”* Y un quinto señala la relación entre su estrés percibido y sus pensamientos *“me estresaba en pensar tanto”*.

En la dimensión **No juzgar** se tiene que 6 personas equivalente a un 50% se ubican en el nivel bajo y 5 personas correspondiente a un 41,7% en el nivel medio, que se traduce a baja capacidad en la adopción de una perspectiva no evaluadora hacia pensamientos y emociones. Durante la entrevista refieren y confirman: *“...debo admitir que me costaba bastante dejar de juzgarme.”*

Con respecto a la dimensión **No reactividad** 6 personas equivalente a un 50% puntuaron bajo y 5 trabajadores que hacen un 41,7% calificaron para el nivel medio. Estos resultados se entienden como una dificultad por parte de los empleados de permitir a los pensamientos y a los sentimientos ir y venir, sin dejarse llevar ni atrapar por ellos. El contexto clínico y el trabajo con pacientes en el área de salud puede representar un reto para muchas personas, como refiere un empleado durante la entrevista *“A veces siento que me desesperan*

los pacientes.” Y muchas reacciones aparecen casi automáticas como indicado por un trabajador *”en momentos de enojo“*.

Concluyendo, de manera general sobre la evaluación inicial se detectaron elevados niveles de estrés percibido, en 4 empleados que equivale a un 33,3% y niveles medianos en 7 de los trabajadores que corresponden a un 58,3%. En relación a la salud mental se encontró que 2 trabajadores equivalentes a un 16,6 % se encuentran en riesgo de sufrir una psicopatología y en 1 persona correspondiente a un 8,3% se detectó psicopatología. El mindfulness se encuentra en el nivel bajo con 6 personas equivalente a un 50% de los empleados, que se traduce en poca habilidad para mantenerse en el momento presente, prevenir el estrés percibido, mantener su salud mental y afrontar las dificultades mediante las técnicas basadas en el mindfulness.

La entrevista corrobora el elevado estrés percibido, haciendo referencia a la sobrecarga del trabajo, los conflictos con los pacientes, colegas de trabajo o incluso familiares, la constante tensión expresándose en molestias físicas en distintos lugares del cuerpo, y ataques de ansiedad, entre otros.

Los datos refieren una considerable presencia de estrés percibido, una amenaza para la salud mental en algunos trabajadores y un nivel disminuído de mindfulness, que amerita una intervención para reducir el estrés percibido e incrementar la salud mental de los empleados.

5.3 OBJETIVO N° 2.- Implementación de un programa basado en el mindfulness para reducir el estrés percibido e incrementar la salud mental

Este apartado está estructurado de la siguiente manera: Se detalla el nombre de la sesión, su objetivo, los materiales utilizados, la secuencia y la realización de la actividad, las observaciones y conclusiones de cada sesión.

Sesión N°1 – Establecimiento del rapport y evaluación

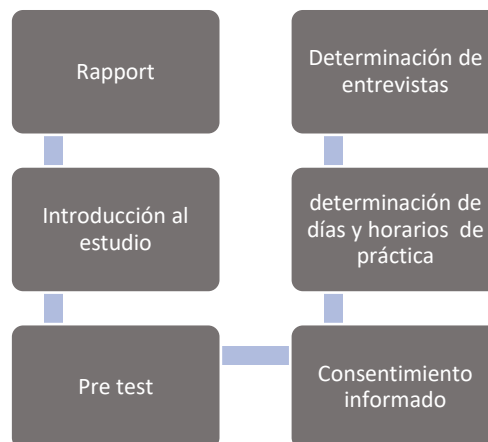
Objetivo: Obtener los datos de corte cuantitativo mediante el Pre test y los datos cualitativos a partir de la entrevista previa al tratamiento.

Materiales: Grabadora, Cuestionarios, Lápices

Secuencia de la actividad:

Tabla 28

Secuencia de la sesión 1



Descripción de la actividad: Se estableció el rapport con el grupo, dando una breve introducción al motivo y propósito del estudio, con las implicaciones de derechos y obligaciones de cada participante y una visión global sobre el taller de autocuidado. Se realizó el pre test de manera grupal con los sujetos presentes, se firmó el consentimiento informado y se quedó en una fecha y hora para la práctica grupal y la entrevista personal previo al tratamiento con los participantes.

Observaciones: se aclararon algunas dudas sobre los instrumentos, se establecieron los días y horarios de acuerdo a la disposición del grupo. Los participantes del estudio mostraron entusiasmo, e interés en la intervención.

Conclusiones: se recabaron los datos del pre test, se organizó un cronograma de entrevistas previo al tratamiento y se pudo determinar un horario en consenso con los participantes

Sesión N°2 - El escáner corporal

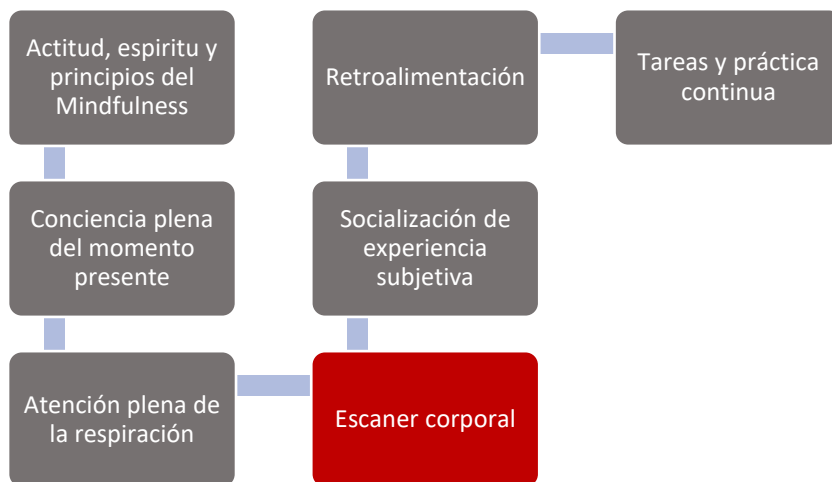
Área: Corporal

Objetivo del Área: Aumentar la conciencia corpórea para disminuir la actividad mental y promover la respuesta fisiológica de relajación para contrarrestar los efectos del estrés

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la actividad:

Tabla 29
Secuencia de la sesión 2



Descripción general de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se recuerda a los participantes la actitud y el espíritu del mindfulness brevemente, y se les explica las actividades que se realizarán a continuación.

Inicialmente se enfoca la conciencia en el momento presente a partir de los sonidos, sensaciones corporales, emociones, pensamientos y la respiración. A continuación, se incrementa el nivel de la atención mediante la atención plena de la respiración.

Posteriormente la sesión se desarrolla con énfasis al cuerpo escaneando sistemáticamente todas sus partes con la atención elevada. Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas.

Se les entregó un Manual de Prácticas a cada uno y se explicó como los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con las tareas de práctica para la semana.

Observaciones generales: se observan distintas reacciones en los profesionales durante la práctica, como la dificultad de establecer concentración o su contrario elemento de una fuerte concentración sin interrupciones desde el inicio. Varias personas detectan dolor, tensión y pesadez en su cuerpo. Mientras permiten que su atención permanece en tales sensaciones, las mismas se van disminuyendo y la práctica toma la tendencia de dar lugar a una experiencia de profunda relajación, Paz, tranquilidad. Se describen 2 experiencias de calidad extracorpórea y varias personas llegan a dormirse. *“Sentí todo el cuerpo.”* Y *“Fue la primera vez que sentí mis manos de esa forma.”* indican una mayor toma de conciencia del propio cuerpo y de las sensaciones a nivel exterior e interior. *“Sentí mi respiración”* o *“Después encontré y sentí mi respiración y me relajé”* refiere el cumplimiento de la atención plena de la respiración y su el posterior efecto en el cuerpo.

Experiencias de mayor percepción sensorial *“Me sentí tan tensa en el cuerpo”*, *“Mis manos se volvieron pesados”* o *“Se aumentó el dolor que tuve en la cabeza”*, igualmente muestran el logro de la atención plena del cuerpo, ya que tales sensaciones de pesadez, tensión y dolor no son generadas durante la sesión, sino detectados y llegan a la conciencia.

Conclusión de la sesión: Se cumplió el objetivo de desarrollar la atención plena de la respiración y de las sensaciones corporales. La retroalimentación señala una intensificación de la percepción de las sensaciones corporales a su vez podemos observar la respuesta de relajación fisiológica.

Sesión N°3 – La práctica de la benevolencia

Objetivo: Desarrollar la compasión propia y ajena para incrementar las emociones positivas, la conexión social y la autoaceptación.

Área: Benevolencia y Compasión

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la sesión:

Tabla 30

Secuencia de la sesión 3



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración desde el cual se realiza la práctica de la benevolencia, visualizando una persona de importancia y formulando deseos de bienestar y benevolencia hacia el sujeto de la práctica empezando con una persona querida, continuando con uno mismo, un extraño, una comunidad y finalmente la humanidad. Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica como los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones generales: Los participantes visualizan familiares y personas de significado e importancia y se observan reacciones emocionales intensas en algunos profesionales. En otras personas la elevada concentración sobre la respiración induce relajación fisiológica y tal relajación desencadena la respuesta fisiológica del sueño y se producen sueños de carácter simbólico y significativo. Otras personas no logran realizar la práctica ya que no pueden mantenerse despiertos, y duermen debido a la respuesta de la relajación.

“Sentí el abrazo de una persona muy importante por la cual estaba preocupada (lágrimas caen).”

“Vi mis hijos ante mis ojos. Sentí mucha gratitud y tranquilidad.”

“Sentí mucha paz al visualizar mi familia. Vi alguien que ya murió.”

Conclusiones: La mayor parte de los participantes visualizaron personas de significado e importancia, realizando la práctica de la benevolencia, cumpliendo el objetivo de la sesión y experimentando emociones positivas como alegría y fortaleciendo la conexión social.

Sesión N°4 - La práctica de la atención abierta

Objetivo: Mantener la atención abierta y no-fijada, durante la exploración de distintos estímulos como sensaciones, fisiológicas, sonidos, pensamientos y emociones, para desarrollar la meta cognición, la capacidad atencional y el insight sobre los propios procesos cognitivo-emocionales.

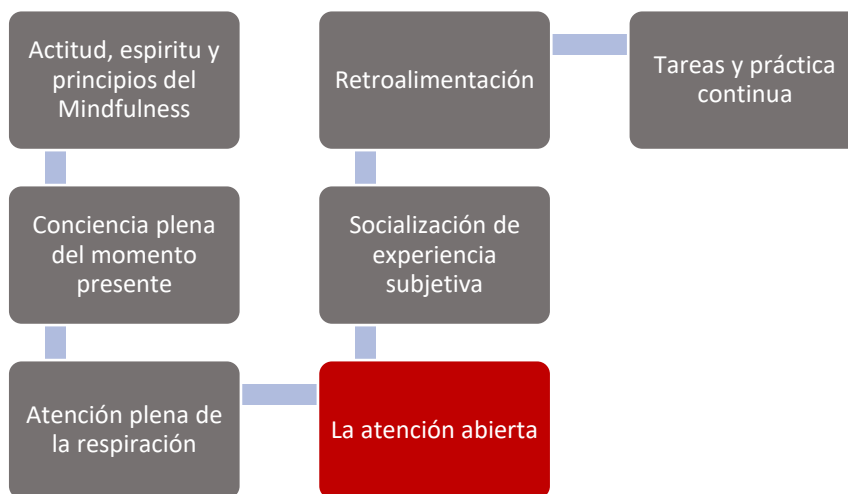
Área: desarrollo de la atención

Materiales: Sillas, Cuencos tibetanos

Secuencia de la sesión:

Tabla 31

Secuencia de la sesión 4



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración. Se guía a las personas mantener la atención abierta ante todos los estímulos que entran en la conciencia sin fijarse en un estímulo específico demasiado. Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica como los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: Se observan distintas experiencias y un mayor reto de cumplir el objetivo de establecer la atención abierta. Algunas personas tuvieron una experiencia más centrada en sus pensamientos, mientras otras experimentaron mayor atención de sus sensaciones físicas y una posterior relajación muscular y disminución de tensión. Algunas personas nuevamente entraron en sueño. *“Vi los pensamientos pasar como nubes.”* Expresa la experiencia de la atención abierta presenciando los pensamientos sin identificarse con ellos.

Mientras que *“sentí la sangre, el oxígeno y el oxígeno en la sangre”*, hace referencia a la observación de estímulos sensoriales y *“Había ciertos contenidos que en otras ocasiones me*

hubieran angustiado y preocupado, pero hoy no. Las sentí neutral.” Se relaciona con la atención abierta de las emociones sin dejarse absorber por ellas. La experiencia de los profesionales es muy variada ya que los estímulos sensoriales, emocionales y cognitivos son sumamente subjetivos. Se estableció la atención plena de los sonidos, de las sensaciones corporales y de los pensamientos.

Conclusiones:

Se pudo observar un cumplimiento parcial del objetivo de establecer la atención abierta para desarrollar la capacidad atencional, generar insight y la meta-cognición, en varios participantes mientras que otros no demostraron capacidad para realizarlo.

Sesión N°5 - Mindfulness y los pensamientos: Distanciamiento Cognitivo I

Objetivo: Crear una defusión cognitiva, que permite percibir pensamientos como tales con una mayor claridad de manera no personalizada, para aminorar el impacto de los pensamientos negativos en las emociones y generar un cambio en la autoconsciencia.

Área: Distanciamiento Cognitivo

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la sesión:

Tabla 32

Secuencia de la sesión 5



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración y posteriormente se les guía para prestar atención hacia sus pensamientos, con una actitud no enjuiciadora, de curiosidad y sin valoración ninguna del contenido que sea que pueden encontrar.

Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica como los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: Se observan distintas reacciones en los profesionales. Facilidad para observar sus pensamientos y los efectos de un distanciamiento cognitivo. Algunas personas experimentaron un ataque de risa, de ver sus pensamientos de una forma despersonalizada. A su vez podemos observar la experiencia de sobrecarga ante el abrumador flujo de pensamientos en el cual la atención se enreda. Algunas personas encontraron dificultad de mantener la atención plena sobre los pensamientos y se identificaron con los contenidos mentales en vez de observarlos con una actitud no juzgadora que se puede reconocer en las siguientes afirmaciones: *“Fue interesante pero difícil”, “Observé los pensamientos en el fondo sobre mis expectativas de este momento y de la práctica. Después pensé sobre mi vida y ya perdí el hilo”, “Los pensamientos iban y venían, iban y venían, me identifiqué con ellos.”*

Las siguientes expresiones *“Observé los pensamientos”, “Pude verlas de forma distinta” “Vi los pensamientos pasar”, “Intenté no identificarme con ellos”, “Pude ver los pensamientos, como pensamientos. Fue algo chistoso incluso. A veces seguía etiquetando los pensamientos, y después los solté.”* Son indicadores de la experiencia del distanciamiento cognitivo frente a los pensamientos que les permitió experimentarlos de una manera despersonalizada. Retroalimentaciones como *“había demasiados pensamientos”, “Eran muchísimos”* indica la toma de conciencia ante el torrente mental compulsiva e involuntaria de la constante producción de pensamientos.

Conclusiones: Se logró un claro cumplimiento al objetivo de la sesión de establecer la atención plena de los pensamientos con una actitud no juzgadora que les permitió a los participantes desarrollar la meta-cognición, un distanciamiento cognitivo y reducir el impacto de los pensamientos sobre sus emociones.

Sesión N°6 – El escáner corporal

Objetivo: Aumentar la conciencia corpórea para disminuir la actividad mental y promover la respuesta fisiológica de relajación para contrarrestar los efectos del estrés

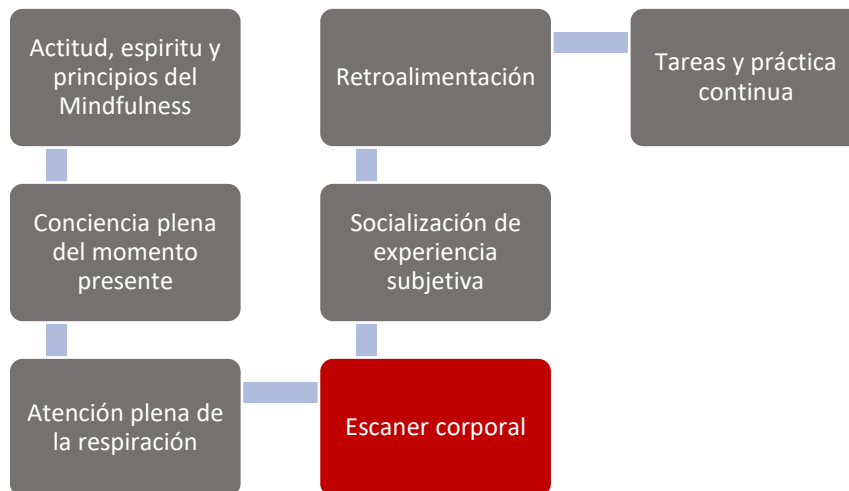
Área: Corporal

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la sesión:

Tabla 33

Secuencia de la sesión 6



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración y posteriormente del escáner corporal, posicionando la atención en cada parte del cuerpo moviéndola desde la cabeza hacia los pies. Terminando los ejercicios, se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica cómo los ejercicios pueden

ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: se expresaron experiencias como *“Sentí todo mi cuerpo”* o *“Sentí mi cuerpo por dentro”*. Un efecto implícito y terapéutico del objetivo de aumentar la conciencia corpórea se presenta con relación a las tensiones y el dolor que sentían los participantes. La práctica nuevamente les permitió tomar conciencia de las tensiones acumuladas o dolor corporal y al permitir experimentarlo disminuyó, desapareció y posteriormente dio lugar a la respuesta de la relajación.

Las siguientes afirmaciones dan testimonio de este proceso.

“Sentí la tensión inicial en el cuello y los hombros, se disminuyó bastante durante la sesión. Sentí mi cuerpo de una manera mucho más intensa. Fue agradable.”, *“Al inicio tuve dolor de estómago y contracciones. Pude concentrarme en mi cuerpo. Me permití sentir las sensaciones como el dolor que estaba allí y después desapareció el dolor de estómago”*

“Entré con dolor de cabeza y algo de tensión en los hombros. Es la carga que llegué todo el día. Me di cuenta y al conectar con mi respiración y mi cuerpo se ha aliviado por completo. Fue muy relajante la sesión.” Y finalmente *“Pude experimentar todo mi cuerpo. Percibí mi acidez en el estómago. Ahora se ha neutralizado y desaparecido. Me siento mucho mejor en el estómago.”*

Conclusiones: se ha logrado el objetivo de aumentar la conciencia corpórea ya que varios participantes expresaron un incremento en la percepción corpórea y efectos como la respuesta de la relajación.

Sesión N°7 – La práctica de la benevolencia - Tonglen

Objetivo: desarrollar la compasión propia y ajena como la empatía para incrementar las emociones positivas, la conexión social y la autoaceptación.

Área: Benevolencia y Compasión

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la sesión:

Tabla 34

Secuencia de la sesión 7



Descripción de la Actividad: se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración desde el cual se realiza la práctica de la benevolencia, visualizando una persona de importancia y formulando deseos de bienestar y benevolencia hacia el sujeto de la práctica y finalmente la práctica tibetana del Tonglen que conecta los elementos de la compasión y la voluntad de aliviar el sufrimiento ajeno con la pragmática de la respiración. Inhalando y aspirando el sufrimiento de la otra persona desde su corazón.

Terminando los ejercicios, se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica cómo los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: algunas personas durmieron durante la sesión y no realizaron la práctica. En la mayoría de las personas se pueden observar efectos de la práctica de la benevolencia como alegría, paz, felicidad, una intensa conexión humana y la respuesta fisiológica de la relajación.

Algunas personas practicaron hacia la compasión hacia otras personas y otros hacia sí mismos.

Los siguientes comentarios expresan la práctica de la compasión ajena como sus efectos y beneficios experimentados poco después.

“Vi a mis 3 hijos y a mí mismo. El mantra abrió mi corazón.”, “Durante la práctica sentí paz, y sentí esa calidez humana. Fue intenso.” “Fue una práctica muy intensiva. Sentí como se abrió mi corazón. Pude ver a las otras personas. Fue muy agradable. Sentí bienestar y paz mental.

“Fue una experiencia nueva. Vi a mi hijo y a mi hija. Sentí que quería que estén bien, protegidos, felices, sin sufrimiento. Sentí una fuerte conexión.

A su vez otras personas sintieron la necesidad de dirigir la compasión hacia sí mismo.

“Me gustó mucho pensar en mí misma y dedicar la sesión a mí. Pude respirar bien, sentí mi cuerpo y mi corazón. Siento que está cambiando la relación que tengo conmigo.”

En los siguientes comentarios podemos concluir que la práctica dio lugar a “insights” o un darse cuenta que una acción es requerida para establecer la conexión con la otra persona *“De repente vi a mi madre. Es tiempo de que debo reconciliarme con ella.”*

En otra persona se pudo apreciar el procesamiento final de un duelo de una pérdida significativa.

“Vi a 4 fallecidos. Sentí esa Paz al dejarlos ir. Fue tan lindo. Sentí un dolor en el corazón, esto me dio miedo, pero me calmé cuando mencionabas que es posible sentir dolor en el corazón durante la práctica, entonces me tranquilicé y pude permitirlo. El dolor fluyó. Ahora me siento relajada y más liviana. Como si me hubiera aliviado de un peso.”

Conclusiones: El objetivo de la sesión, se ve logrado ya que lograron desarrollar la compasión propia y ajena generando emociones positivas y fortaleciendo la conexión social.

Sesión N°8 – Atención abierta II

Objetivo: Mantener la atención abierta y no-fijada, durante la exploración de distintos estímulos como sensaciones, fisiológicas, sonidos, pensamientos y emociones, para desarrollar la meta cognición, la capacidad atencional y el insight sobre los propios procesos cognitivo-emocionales.

Área: desarrollo de la atención

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la actividad:

Tabla 35

Secuencia de la sesión 8



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración. Se guía a las personas mantener la atención abierta ante todos los estímulos que entran en la conciencia sin fijarse en un estímulo específico demasiado. Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica cómo los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: Se observan participantes con la capacidad de mantener su atención abierta ante los distintos estímulos. Otros experimentan dificultad debido a la práctica misma, al cansancio y la fatiga o las distracciones como sonidos y malestar físico. En la mayoría de las personas se puede observar el cumplimiento del objetivo de la sesión manteniendo una atención abierta ante todos los estímulos y observar el mismo flujo de la atención.

“Fue una sesión interesante, poder ver el flujo de la atención. Percibí mis pensamientos, las sensaciones en el cuerpo y los sonidos afuera.”

“Vi un montón de pensamientos. Los sentí de forma distinta. Les puse una etiqueta y volví al momento presente.”

“Me costó al inicio. Puse atención. El tema de concentración ha mejorado a nivel de conciencia. Una gran parte de mi atención estaba en mí.”

“Se siente un espacio alrededor de los pensamientos. Como si mi atención se hace más liviana. Fue muy interesante ver los pensamientos y no reaccionar ante ellos.”

“Me relajé bastante. Tuve muchos pensamientos. Los etiqueté y volví a respirar. Sentí mi mejilla, mis pies, mis manos de manera intensa. Me es cada vez más fácil respirar.”

Algunas personas tenían nuevamente dificultad en mantener la atención abierta ante la variedad de estímulos. *“Fue difícil mantener el hilo. Escuché todos los sonidos afuera. La calamina suelta. Los albañiles, los pájaros.”*

“Me ha costado al inicio. Estaba sentado, sentí un dolor de cabeza. El dolor pasó. No pude evitar los pensamientos. Pasó mucha información. Antes estaba estresada. Ahora me siento relajada. Pisé tierra.”

Conclusiones: Se ha logrado que los participantes desarrollaron la capacidad atencional, la generación de insight y de la meta-cognición.

Sesión N°9 – Distanciamiento Cognitivo II

Objetivo: Crear una defusión cognitiva, que permite percibir pensamientos como tales con una mayor claridad de manera no personalizada, para aminorar el impacto de los pensamientos negativos en las emociones y generar un cambio en la autoconsciencia.

Área: Distanciamiento Cognitivo

Materiales: sillas, cuencos tibetanos

Secuencia de la actividad:

Tabla 36

Secuencia de la sesión 9



Descripción de la Actividad: Se invita a los participantes a tomar asiento en la ronda del círculo. Se explica brevemente, de nuevo el contexto y la filosofía de la práctica y las actividades que se realizarán a continuación. Después se guía a los participantes mediante los ejercicios de la atención plena de la respiración hacia un estado de mayor concentración y posteriormente se les guía para prestar atención hacia sus pensamientos, con una actitud no enjuiciadora, de curiosidad y sin valoración ninguna del contenido que sea que pueden encontrar. Terminando los ejercicios se invita a los participantes comentar la experiencia subjetiva durante la práctica y retroalimentarlos si existen dudas. Se explica cómo los ejercicios pueden ser practicados durante la semana tanto a nivel formal como informal y se finaliza con una tarea de práctica para la semana.

Observaciones: Varias personas experimentaron un distanciamiento cognitivo, otras no podían des-identificarse de sus pensamientos. Algunas personas tuvieron una experiencia extra corpórea. *“Mi cuerpo se durmió, pero mi conciencia estaba aquí con ustedes totalmente lúcida. Me fue fácil respirar. Sentí todo, escuché todas las instrucciones mientras que mi cuerpo y respiración estaban en estado de sueño”*

La mayoría de los participantes, retroalimentaron su experiencia de haber percibido un distanciamiento cognitivo a tal grado de toparse con sus pensamientos y emociones de manera despersonalizada.

“Fue consciente de que no podía estar consciente. Vi una multiplicidad de pensamientos y cogniciones girando alrededor de mí. Experimenté una agudización de sensaciones como dolor. Estuve en contacto con el dolor. Cara a cara. Me dio taquicardia en este instante, pero sin ansiedad. Era pura sensación. Emocionalmente estaba muy equilibrada y tranquila. Tuve una despersonalización y sentí y vi todo sin que me afectará. Fue la primera vez en mi vida que de esta forma e intensidad pude vivir emociones, pensamientos y sensaciones sin involucrarme.”

“Vi destellos de pensamientos. De repente sentí una frescura en mi percepción.”

“Ya puedo etiquetar mis pensamientos, me genera distancia ante los pensamientos”

“Pude ver los pensamientos y retirar mi atención de ellos. Observé al observador. Se re inicio mi mente. Es como re iniciar mi mente. Me siento tan fresco ahora.”

En otra persona el distanciamiento cognitivo da lugar a la percepción clara de pensamientos autodestructivos e incoherentes que facilita la de construcción de los mismos.

“Fue una experiencia muy positiva. El ejercicio me ayudó a ver los pensamientos incoherentes sobre mí mismo y al verlos de una manera mucho más clara pude decidir dejarlos atrás. Siento que desarrollé mi atención hasta aquí.”

Otras personas tuvieron dificultad ante la atención plena de los pensamientos y tuvieron una experiencia abrumadora ante el flujo mental.

“Fue difícil des-identificarme de los pensamientos. Había tantos pensamientos.”

“Estaba pensando mucho. Vi mi hijo. Me relajé. Sentí mi cuerpo muy pesado. 2 veces me caí en un lugar oscuro. Los cuencos me molestaban y me asustaban. Me costó volver de mi mente a la realidad.”

El siguiente comentario expresa las experiencias alternantes de un estado de conciencia identificado o desidentificado de los pensamientos.

“A ratos observaba los pensamientos a ratos yo era el pensamiento. Es difícil no perderse en ellos.”

Conclusiones: Se ha logrado el objetivo de la sesión ya que muchos participantes experimentaron un distanciamiento cognitivo encontraron una forma de relacionarse de manera no personalizada con sus pensamientos para aminorar el impacto de los pensamientos negativos en las emociones.

Sesión N°10 Cierre y Conclusiones

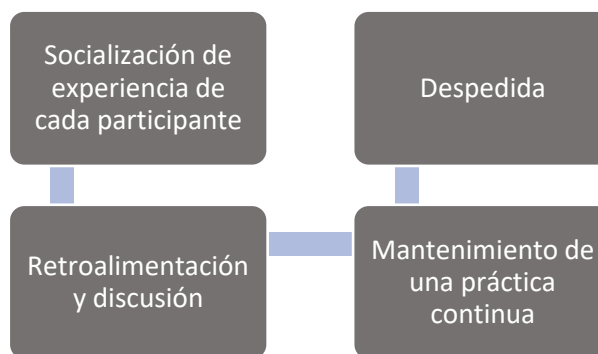
Objetivo: Ofrecer un espacio de reflexión, retroalimentación y consolidación de la experiencia subjetiva de cada persona.

Materiales: sillas

Secuencia de la actividad:

Tabla 37

Secuencia de la sesión 10



Descripción de la Actividad: después de las 8 sesiones de práctica se da lugar al encuentro de los participantes. Se invita a cada participante comentar su experiencia global del taller y sintetizando qué ha podido aprender, experimentar para sí mismo.

Observaciones: las reacciones personales son muy distintas como estallidos emocionales con lágrimas, sobre el impacto personal de las prácticas y agradecimiento por la elaboración y organización del taller. Otros profesionales indican el descubrimiento de nuevas habilidades y perspectivas como una menor autocrítica y mayor autoaceptación. Mientras que para una parte ha sido una des-acerlación descrito como “*un respiro*” dentro de la vida laboral y personal cotidiana.

Muchas personas experimentaron una disminución de la tensión muscular, el dolor físico, una mejora en la higiene del sueño. De la misma surgió mayor claridad y percepción sobre la situación de vida que facilitó tomar una decisión acertada aún pendiente. Algunos experimentaron un “desbloqueo” sobre sus creencias y pensamientos encontrando nuevamente el contacto con la respiración, con el cuerpo y consigo mismo. A su vez aumentó el nivel de concentración y la sensación de seguridad en la propia persona y las propias capacidades.

Otros profesionales indicaron un incremento en su autoestima y la detección de pensamientos incoherentes autodestructivos. De la misma forma encontraron utilidad en los procedimientos para trabajar con sus pacientes en la práctica clínica.

Conclusiones: Se ha logrado que los participantes expresaron sus experiencias manifestando que el taller fue para sus vidas altamente beneficioso e importante. Todas las personas indicaron la percepción de una reducción de estrés tanto a nivel laboral como personal.

5.4 OBJETIVO N° 3.- *Evaluar si la implementación del programa basada en el mindfulness ha logrado reducir el estrés percibido, e incrementar el nivel de salud mental y mindfulness.*

A continuación, se describe el objetivo 3, comparando los niveles de estrés percibido, salud mental y conciencia plena de manera general, por subdimensiones y por media aritmética entre el pre y el post test para determinar el impacto de la intervención.

Tabla 38

Nivel general de estrés; Pre y Post test

Nivel general de estres percibido PSQ				
Test	Pre test		Post test	
Nivel	Fr.	%	Fr.	%
Bajo	1	8,3%	5	41,7 %
Medio	7	58,3 %	6	50 %
Alto	4	33,3 %	1	8,3%
Total	12	100	12	100

El nivel de estrés de los profesionales se distribuía durante la medición del pre test en el nivel medio con 7 personas equivalente a un 58,5% mostrando una tendencia hacia el nivel alto con 4 trabajadores correspondientes a un 33,3%. Durante la medición del Post test se aprecia una distribución más centrada en el nivel bajo y medio en ambos niveles con 6 personas equivalentes a un 50% y una disminución del nivel alto de 33,3% a 8,3%.

Analizando la distribución de los niveles entre el pre y post test se aprecia una clara disminución en los niveles de estrés percibido, hecho que se corrobora a partir de la post entrevista donde los empleados expresaron tal reducción de distinta forma: *“el estrés que le digo que sobrepasaba de 100% ha ido bajando”, “Me ayudado a reducir un poco mi estrés”, “si definitivamente, sí, he sentido que habido una disminución.”, “Había un cambio físico, emocional y cognitivo”* , *„He sentido que más allá de no tener tanto estrés corporal, deje de*

mover mucho la pierna, de tender a morder cosas que yo solía hacer mientras trabajaba”, “El estrés ha reducido de una manera muy significativa”, “Siento que ya no estoy muy estresada.”

Por otro lado, refieren en la entrevista posterior al tratamiento un mayor bienestar, tranquilidad, Paz, profunda relajación y alegría expresándose de la siguiente manera: *“Durante la sesión sentí tranquilidad y Paz.”, Sentí Paz y tranquilidad.”, “El sonido de los cuencos tibetanos entró en mi cuerpo y eliminó el dolor muscular.”, “Me conecté con mi misma.”, “Estoy mucho más relajada”, “. Me relajé mucho. Sentí todo el cuerpo”, “Me relajé bastante durante la sesión. Ahora estoy tranquilo.”, “Fue muy agradable y también sentí un cambio fisiológico en mi cuerpo.”, “Todos mis músculos se ablandaron”. “Siento una alegría”, “Pude tranquilizarme y relajarme.”,*

Como se puede observar en la tabla y corroborar a partir de la post entrevista la utilización de la técnica del mindfulness ha sido de beneficio en los trabajadores del área de salud disminuyendo los niveles de estrés percibido, resultado que puede favorecer tanto en el área laboral, familiar y personal.

Tabla 39

Nivel de estrés percibido por dimensiones; Pre y Post test

Nivel	Tensión, Iritabilidad y Fatiga				Aceptación Social del Conflicto				Energía y Diversión				Sobrecarga				Satisfacción por Autorealización				Miedo y Ansiedad			
	Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	1	8,3%	7	58,3%	1	8,3%	6	50%	5	41,7%	1	8,3%	1	8,3%	5	41,7%	4	33,3%	8	66,7%	1	8,3%	5	41,7%
Medio	7	58,3%	4	33,3%	6	50%	5	41,7%	6	50%	7	58,3%	7	58,3%	6	50%	5	41,7%	1	8,3%	7	56,3%	7	58,3%
Alto	4	33,3%	1	8,3%	5	41,7%	1	8,3%	1	8,3%	4	33,3%	4	33,3%	1	8,3%	3	25%	3	25%	4	33,3%	0	0%
Total	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%

Con relación a la dimensión **Tensión, Irritabilidad y Fatiga** existe una reducción en el nivel medio de 7 personas equivalente a un 58,3% a 4 personas equivalente a un 33,3% y una mayor distribución en el nivel bajo de 1 persona correspondiente a un 8,3% a 7 personas correspondiente a un 58,3%. Esto significa que existe una disminución en el cansancio, el agotamiento, el estado de ánimo ha mejorado y los trabajadores experimentaron relajación. Resultados que se reflejan en la post entrevista a partir de las siguientes afirmaciones: *“De pronto he aprendido a hacer las cosas paso a paso y si nos toca hoy llegar un poco más tarde pues llegaremos un poco más tarde, pero lo haremos con un poco más de calma.”*, *“Toda esa tensión ha disminuido.”*, *„Mi cuerpo estaba más descansado”*,

Referente a la dimensión **Aceptación Social** de los conflictos podemos ver un incremento en el nivel bajo de 1 persona equivalente de un 8,3% a 6 personas equivalente a un 50% y una reducción del nivel alto de 5 personas equivalente a un 41,7% a solamente 1 persona correspondiente a un 8,3%. Las implicaciones son una menor percepción de situaciones conflictivas en los empleados, tanto en el trabajo como en la familia, por otra parte, la sensación del aislamiento ha reducido, probablemente debido a la práctica de la benevolencia que genera conexión social.

En la post entrevista los trabajadores se refieren a este cambio de la siguiente manera: *“Ya no estoy muy renegona. Ni en mi casa ni en el trabajo.”*, *“Incluso el trato que yo le brindo mi pareja, mi hijo. Hasta la paciencia para manejar situaciones desagradables por tema por ejemplo de pacientes o cosas que se van presentando en la cotidianidad. Veía que uno tiene mejor predisposición para sobrellevar estas cosas con otro estado de ánimo.”*, *“La calidad del tiempo igual que paso con mi hijo. Le tengo más paciencia y la cantidad del tiempo dedicado al juego por ejemplo ha aumentado mucho.”*, *“A veces los pacientes vienen y quieren que les brindes una atención rápida. Me estresaba más, pero ahora les doy una sencilla explicación y no me complico más.”*

En la dimensión **Energía y Diversión** se aprecia un incremento del nivel alto de 1 persona siendo 8,3% a 4 personas siendo 33,3% y una disminución del nivel bajo de 5 empleados equivalente a un 41,7% a 1 empleado equivalente a un 8,3%. Los resultados se explican por un incremento en la atención y concentración como la percepción de mayor

tiempo para sí mismo promovido por la intervención basada en mindfulness que se corrobora con una autoevaluación sobre su nivel de concentración (anexo) que incrementó posterior al tratamiento en 11 de 12 personas. A su vez la práctica del escáner corporal implica la toma de conciencia de la propia energía del cuerpo que refieren los trabajadores durante la intervención como: *“Sentí una gran energía en mi cuerpo. Es una energía nueva que no conocía.”* Otra persona señala *“Me ha ayudado a relajarme a tomarme mi tiempo.”* *“Tomarme un tiempo para analizar las cosas. Ya no estoy tan acelerada. Experimenté una desaceleración.”* Los resultados reflejan los estudios de Kvillemo y Bränström 2011, y de Crowder y Sears, 2016 quienes confirman tanto un decremento en el estrés percibido como un incremento en los niveles de energía y bienestar entre los participantes de un entrenamiento en mindfulness.

Referente a la disminución **sobrecarga** el nivel alto ha reducido con 4 personas equivalente a un 33,3% a solamente 1 persona que se expresa en un 8,3% que se explica con una mayor capacidad de poder tomar decisiones y una disminución de preocupaciones y tareas que realizar en los empleados, priorizando la salud y el bienestar. En la post entrevista los trabajadores confirman: *“De alguna manera también me ha permitido tomar decisiones que las venía posponiendo”,* *“....he tomado esta decisión y he podido concretar la decisión de presentar mi renuncia de la jefatura de...., creo que de alguna manera me ha permitido también decir, a ver cuánto esto realmente está aportando a mí a mi estado emocional, a mi tranquilidad y ti cuánto no justifica mantenerlo .”*

La dimensión **satisfacción por autorealización** ha aumentado en el nivel bajo con 4 personas equivalente a un 33,3% a 7 personas que se traducen a un 66,7%. Esto significa que los trabajadores han podido priorizar realizar actividades que realmente desean hacer y la sensación de obligación frente a los quehaceres ha reducido. En la post entrevista los resultados se reflejan en los siguientes comentarios: *“También ahora me dedico más tiempo a mi”* y *„Antes estaba acostumbrada siempre de servir a otras personas o tener que atender y resolver problemas. A través del taller me he enfocado más en mis necesidades, darme tiempo para calmarme, darme un tiempo para una alimentación más consciente de saborear y disfrutar ese momento que no me daba antes.*

Con relación a la dimensión **miedo y ansiedad** se aprecia la desaparición del nivel alto anteriormente con 4 personas equivalente a un 33,3% a ninguna persona con un 0%, que significa que la intervención basada en el mindfulness ha sido de utilidad para afrontar los problemas de los trabajadores, dato que se refleja en la autoevaluación sobre su nivel de capacidad de afrontamiento al estrés que registra un incremento posterior al tratamiento en todos los 12 empleados (anexo). A su vez se confirma una mayor capacidad de afrontar la ansiedad por parte de la post entrevista:” *Me quiso dar una crisis de ansiedad, pero no me dio gracias a lo que pude practicar contigo el mindfulness nuevamente*”, “*Al inicio tuve miedo en los viajes, pero después de participar en las sesiones y de ir y venir disminuyó ese miedo. Incluso viajando también practico.*”

Tabla 40
Comparación de medias de estrés percibido

Comparación de Medias de estrés percibido (PSQ)		
PSQ	Pre test	Post test
Media	0,77	0,65

La media del estrés percibido señala un puntaje de 0,77 durante el pre test y posteriormente un puntaje de 0,65 durante el post test. Existe una reducción en el nivel de estrés percibido. La prueba T de Student de muestras emparejadas señala un nivel de significación de ($p = 0,003$) identificando la diferencia como estadísticamente significativo que indica que el cambio en las puntuaciones del estrés percibido durante pre test y post test se debe al tratamiento. Es decir que la intervención basada en el mindfulness ha logrado una reducción del estrés al incrementar el nivel del mindfulness en las respectivas dimensiones que no son compatibles con la manifestación del estrés y lo contrarrestan.

Tabla 41

Nivel general de salud mental

Nivel general de Salud mental (GHQ-12)				
Test	Pre test		Post test	
Nivel	Fr.	%	Fr.	%
Ausencia de Psicopatología	9	75%	12	100 %
Sospecha de Psicopatología	2	16,7 %	0	0%
Indicativo de presencia Psicopatología	1	8,3 %	0	0%
Total	12	100	12	100

El cambio en el nivel de salud mental señala la desaparición de los niveles sospecha de Psicopatología subumbral de 2 personas equivalente a un 16, % y de presencia de Psicopatología de 1 persona equivalente a un 8,3%, obteniendo una distribución completa de 100% en el nivel de ausencia de Psicopatología, que significa que los trabajadores desarrollaron a partir de la intervención basada en el mindfulness nuevas habilidades que les permitieron afrontar sus problemas, manteniéndose en el momento presente y experimentando una defusión cognitiva frente a sus pensamientos.

Por otra parte, significa que experimentaron una disminución o anulación de la actividad mental que promovió la respuesta fisiológica de relajación contrarrestando los efectos del estrés, de tal manera que el dolor disminuyó o incluso desapareció, que corroboran los trabajadores en la post entrevista: *“Tenía esos dolores musculares del extremo de espalda. Los médicos tenían que colocarme un relajante muscular, 2 veces por semana. No necesitaba ningún relajante muscular desde que hemos empezado el taller. Tenía que tomar pastillas para dolor de cabeza casi todos los días. Ahora desde que el taller ha iniciado ya no tengo esa intensidad del dolor de cabeza.”* A su vez encontraron una forma de establecer paz y tranquilidad *“En el taller pude ir a un lugar de calma donde siempre quería estar antes. Quería ir siempre allí, y ahora lo hago mentalmente. “, “estaba feliz”.*

A otros trabajadores la intervención les permitió desarrollar una práctica continua para disminuir la presencia de pensamientos obsesivos: *“Ahora antes de tener un paciente, escucho tranquila y concentradamente en lo que está pasando. Y en estos momentos desaparecen esos pensamientos obsesivos.”* Por otra parte, señala la desaparición de las tensiones musculares *“Prácticamente esa contracción ha reducido a nulo durante el taller.”* *“siento que los pensamientos obsesivos rodantes han disminuido, esos días que practicábamos prácticamente casi no aparecieron.”* y aclara con respecto a cómo se relaciona con los pensamientos obsesivos durante la práctica del mindfulness *“En las sesiones se cruzaban mis pensamientos. Lo puse un lado. Era como si lo hubiera podido asignar menor importancia.”*

Otras personas que no se encontraban en un nivel de riesgo igualmente refieren mejoras de su salud mental como *“Ya no tengo pensamientos negativos. Ya no hay pensamientos negativos. Han reducido. Ya no como antes. Muy poco.”* También indican mayor claridad sobre la importancia de la misma *“creo que el taller me ayudaba reconociendo la importancia de esto en mi vida. Y priorizando mi vida y mi salud.”* Resultados que resuenan con el estudio de Zeidan et al. 2010 que indicó una reducción del estado de ánimo negativo, de la depresión, y de la fatiga posterior a una intervención basada en mindfulness.

Tabla 42

Comparación de medias de salud mental

Comparación de Medias del Nivel de Salud mental (GHQ-12)		
GHQ-12	Pre test	Post test
Media	3,17	0,83

La media de salud mental del grupo experimental señala un puntaje de 3,17 durante el pre test y posteriormente un puntaje de 0,83 durante el post test. La prueba T de Student de muestras emparejadas señala un nivel de significación de ($p = 0,002$) identificando la diferencia como estadísticamente significativo. Es decir que la intervención basada en el mindfulness ha logrado fomentar las habilidades de afrontamiento de los problemas del

trabajador como fue a su vez un factor responsable en la disminución de la sensación de depresión, de la tensión y del agobio.

Tabla 43
Nivel general de Mindfulness

Nivel del Mindfulness general por sujetos Pre-test y Post-test				
Nivel	Pre test		Post test	
	Fr.	%	Fr.	%
Bajo	6	50%	1	8,3%
Medio	5	41,7%	7	58,3%
Alto	1	8,3%	4	33,3%
Total	12	100%	12	100%

Con respecto a las puntuaciones generales del mindfulness el nivel bajo ha reducid de 6 personas equivalente a un 50 % a solamente 1 persona equivalente a un 8,3%. A su vez el nivel alto incrementó de 1 persona equivalente a un 8,3% a 4 personas equivalente a un 33,3%. Los resultados se explican por el impacto de la intervención basada en mindfulness demostrando un incremento en distintos factores del mindfulness como la habilidad de prestar atención a estímulos internos y externos como sensaciones, emociones, cogniciones, olores, sonidos y visiones, la capacidad de poder etiquetar las experiencias observadas con palabras o describirlas y a su vez una mayor atención dirigida hacia el momento presente, consciente de sus propias acciones en vez de permanecer en piloto automatico.

De manera general existe una mayor capacidad de mantenerse en el momento presente, una mayor habilidad de observación de sus pensamientos, emociones y sensaciones. La percepción clara y no personalizada de su experiencia les permitió no reaccionar de manera automática ante las situaciones internas y externas.

Tabla 44

Nivel de Mindfulness por dimensiones

Nivel	Observar				Describir				Actuar con Conciencia				No juzgar				No reactividad			
	Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	5	41,7%	1	8,3%	5	41,7%	1	8,3%	6	50%	1	8,3%	5	41,7%	0	0%	5	41,7%	3	25%
Medio	6	50%	6	50%	7	58,3%	6	50%	6	50%	6	50%	6	50%	7	58,3%	7	58,3%	8	66,7%
Alto	1	8,3%	5	41,7%	0	0%	5	41,7%	0	0%	5	41,7%	1	8,3%	5	41,7%	0	0%	1	8,3%
Total	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%	12	100%

En relación a la dimensión **observar** observamos un incremento en el nivel alto de la de 1 persona que equivale a un 8,3% a 5 personas correspondientes a un 41,7% un dato numerico que fue referido en la entrevista de manera cualitativa como *“tomar conciencia de cosas muy simples como la brisa del viento, el tema de percibir sensaciones diferentes el momento de caminar,...el hecho de poder saborear la comida”, “he llegado a tomar más conciencia también de las cosas que hago, de los sonidos, de los pensamientos, de lo que como...”*

Con respecto a la dimensión **describir** se observa la aparición del nivel alto de la dimensión describir de un 0 % a 5 personas equivalente a un 41,7% que significa que existe en los trabajadores una mayor habilidad de poder describir su propia experiencia emocional y cognitiva. La práctica 22 “Acogimiento de las emociones negativas” que enfatiza la toma de conciencia de las emociones negativas, puede ser señalado aquí como una razón de tal incremento. De la misma forma la técnica 2º “Etiquetar los pensamientos” muestra un impacto en los trabajadores y fue señalado por ellos en la entrevista: *“dijiste que no hay problema si los pensamientos vienen a la mente, solo ponle una etiqueta”*

Referente a la dimensión **actuar con conciencia** el nivel alto aparece desde un 0% a 4 personas equivalente a un 33,3%. Estos resultados refieren una mayor atención dirigida al momento presente y una negativa de permanecer en el modo “autopiloto”. Las prácticas “Conversaciones conscientes”, “Crear hábitos conscientes” “Entrando al momento presente” y “Señales de atención” pueden haber promovido este cambio. El incremento cuantitativo se hace visible a partir de los siguientes comentarios en la post entrevista: *“En algunas cosas estaba muy acelerada, también en mis pensamientos, la intervención me ayudo a estar un momento en el aquí y en el ahora.”, “Trato de estar en el presente en este momento y vivenciarlo más en vez de estar en ideas o anticipar ideas.” “Más conciencia de hábitos diarios como de la alimentación y del ejercicio” “Soy más consciente de mi estado de ánimo o del impacto que yo causo en mi entorno y de las situaciones emocionales como me afectan a mí.”, “Antes me estresaba en pensar tanto, ahora pienso porque no dejar de pensar tanto. Si hay un problema uno puede tratar de solucionarlo y listo. Pero no hay necesidad de dar vueltas y vueltas pensando.”*

Analizando la dimensión **no juzgar** se observa un incremento en el nivel alto de 1 persona que equivale a un 8,3% a 5 personas equivalentes a un 41,7% que significa que existe una mayor capacidad de la adopción de una perspectiva no evaluadora hacia pensamientos y emociones en los trabajadores la cual ha sido entrenada especialmente en relación a los propios pensamientos “Atención plena de los pensamientos”. Los trabajadores refieren esta capacidad de la siguiente forma en la post entrevista: *“A medida que hemos ido avanzando definitivamente (el hecho de juzgarme) ha ido disminuyendo, me he ido sintiendo más más cómoda. No podría utilizar la palabra más relajada, sino que sintiéndome más a gusto conmigo y con la actividad misma sin exigirme nada.”* y *“Realmente ha sido un espacio para mí misma que me ayudado a conectarme conmigo misma, a no juzgar sino simplemente relajarme.”*

Con relación a la dimensión **No reactividad** se observa la aparición del nivel alto de 0% a 1 persona que equivale a un 8,3% y a su vez el incremento del nivel medio de previamente 7 personas equivalente a un 58,3% a 8 personas correspondiente a un 66,7%. Tales resultados significan que incrementó la habilidad de permitir a los pensamientos y sentimientos ir y venir sin reaccionar directamente conducido a través de ellos que puede tener un efecto beneficioso en las relaciones interpersonales. Este efecto se confirma por los siguientes comentarios en la post entrevista que refieren *“la disminución de reacciones explosivas de irritabilidad”* o como señala otro trabajador haber aprendido *“a controlar mis momentos de enojo.”*

Otra persona refiere la no reactividad hacia los propios pensamientos” *La experiencia del mindfulness ha sido muy liberado con respecto a esto de poder ponerle una etiqueta a los pensamientos y dejarlo ir.”* La no reactividad representa la dimensión con menor puntaje ya que la tendencia de permitir a los pensamientos y a los sentimientos ir y venir, sin dejarse llevar ni atrapar por ellos, implica la adquisición del distanciamiento cognitivo y de la metacognición en la vida diaria. Habilidades que resultan de la práctica del distanciamiento cognitivo y cuales requieren la integración de la comprensión de que los pensamientos no son

hechos reales un paso que deber darse desde la comprensión conceptual hacia la experiencia (Hofmann, Sawyer, Witt y Oh, 2010; Segal et al., 2002).

Tabla 45

Comparación de medias de Mindfulness; Pre test y Post test

Comparación de medias de Mindfulness Pre test y Post test		
FFMQ-20	Pre test	Post test
Media aritmética	64,5	81,17

La media del mindfulness del señala un valor de 64,5 durante el pre test. En el post test la media es de 81,17. Se aprecia un incremento en el nivel del mindfulness de un 25.84 % en el momento del post test. La prueba T de Student de muestras emparejadas señala un nivel de significación de ($p=0,001$) identificando la diferencia como estadísticamente significativo, que confirma que el cambio de la variable Mindfulness durante el Pre test y Post test es debido a la intervención terapéutica. Es decir que la habilidad de permanecer en el momento presente ha incrementado significativamente de manera que existe menor tiempo en el autopiloto, menor reactividad frente a los propios pensamientos y emociones como también un incremento en la observación de los elementos del momento presente.

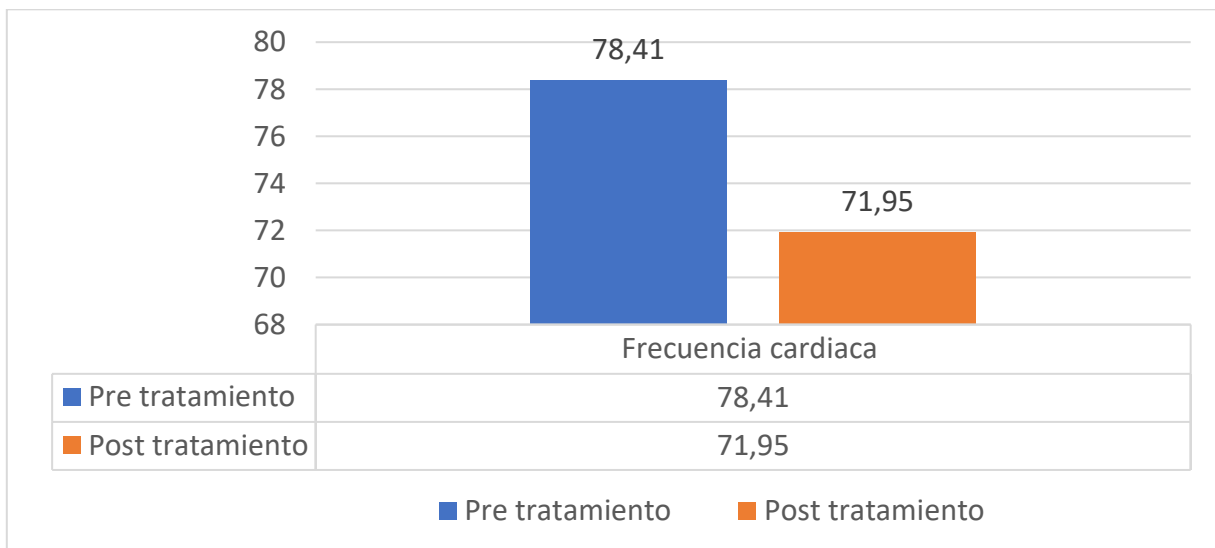
Tabla 46

Comparación de medias de la frecuencia cardiaca; Pre test y Post test

Comparación de medias de la frecuencia cardiaca; Pre test y Post test		
Media de la Frecuencia Cardiaca	Pre test	Post test
	78,41	71,95

Gráfico 1

La frecuencia cardiaca; Pre test y Post test



En el grafico 1 y la tabla 47 muestran la media aritmética de todos los registros previo y posterior al tratamiento de cada participante aglutinado como media única del grupo durante el pre y el post test. La Media de la frecuencia cardiaca por grupo muestra una disminución de 78,41 durante el pre test a 71,95 durante el post test La prueba T de Student de muestras emparejadas señala un nivel de significación de ($p= 0,001$) con respecto a la medición de la frecuencia cardiaca entre pre y post test identificando la diferencia como estadísticamente significativo que indica que el cambio en los valores de estrés se debe con mayor probabilidad al tratamiento.

Ya que la frecuencia cardiaca se contempla como un biomarcador del estrés (Alonso, 2009) y de la salud mental (Schiweck et al. 2019) una reducción de la misma refiere una disminución de la concentración de la hormona del estrés “cortisol” en los trabajadores, expresándose en un estado de mayor relajación fisiológica. Otras investigaciones sobre los efectos de una intervención basada en mindfulness confirman resultados similares como Zeidan et al., 2010 que reporta una reducción de la frecuencia cardiaca.

Tabla 47

Importancia de la Intervención

Categoría	Valoración 1 – 10	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	1 – 4	0	0%
Moderado	5 -7	1	8%
Alto	8 – 10	11	92%

Los profesionales señalaron la importancia de la intervención en su vida desde 1 como menor importancia hasta 10 como mayor importancia. Un 11 personas equivalente a un 92% califica la intervención como alto con la mayor importancia e impacto en su vida y una persona equivalente a un 8% señala el valor de la intervención como moderado.

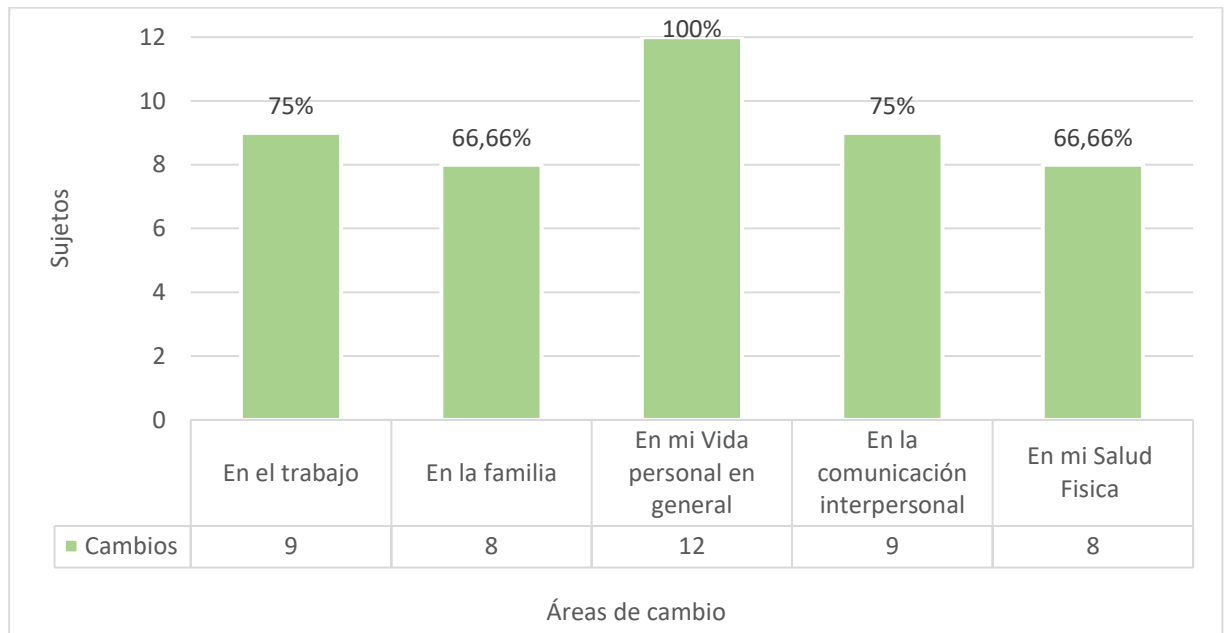
Tabla 48

Impacto de la intervención en distintas áreas

Área	Frecuencia Personas	Porcentaje
Trabajo	9	75%
Familia	8	66,6%
Vida personal general	12	100%
Comunicación interpersonal	9	75%
Salud Física	8	66,6%

Gráfico 2

Áreas de impacto



12 personas equivalente a un 100 % de los profesionales indicaron un cambio en su vida personal general, 9 personas equivalente a un 75% comentan un impacto en el trabajo y en la comunicación interpersonal. 8 personas correspondiente a un 66% señalan un impacto en su salud física y en la convivencia familiar.

5.5 Hipótesis

La hipótesis alterna de investigación “Una intervención basada en mindfulness reduce significativamente estrés percibido, e incrementa significativamente salud mental en trabajadores del área de Salud en la ciudad de Tarija” SE CONFIRMA ya que a nivel estadístico la comparación de medias del nivel de estrés percibido durante el pre y post test señala una significación p de (p 0,003) que el cambio es estadísticamente significativo. La prueba T de la comparación de medias de la salud mental refiere una significación p de (p < 0,002) igualmente confirmando un cambio estadísticamente significativo.

A nivel descriptivo el estrés general señala de una reducción del nivel alto de 33,3% a un 8,3%, y un incremento en el nivel bajo de 8,3% a un 41,7%

En relación a la salud mental se refiere la desaparición de los niveles sospecha de psicopatología de 16,7% a 0% y de presencia de psicopatología de 8,3% a un 0% indicando un cambio de importancia clínica.

CAPÍTULO VI.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones

A continuación, se presentan las conclusiones de la investigación según los objetivos planteados

OBJETIVO N°1: Evaluar el nivel de estrés percibido, salud mental y mindfulness.

Los empleados del área de salud presentan un nivel entre medio y alto de estrés percibido. En las dimensiones Energía y Diversión como Autorealización el nivel predominante es medio con una tendencia hacia bajo. Estos resultados señalan una elevada presencia del estrés manifestándose por la presencia de dolor físico, aceleración de su ritmo de vida, conflictos interpersonales tanto en el trabajo como en el hogar, irritabilidad, la sensación de sobrecarga y reacciones emocionales de enojo o reacciones explosivas entre otras.

Con respecto a la salud mental, la mayoría de los empleados muestran completa ausencia de psicopatología, pero existen también trabajadores con un nivel de sospecha y de presencia de psicopatología. debido a la elevada tensión que se manifiesta en el cuerpo, o bien como dolor que debe ser tratado y mitigado por medicación o por la magnitud del síntoma como parálisis facial temporal, pensamientos obsesivos-compulsivos, dolor intenso como la manifestación del estrés y síntomas en el cuerpo como bruxismo, insomnio, y finalmente colapso revelado en la entrevista.

Los trabajadores del área de salud presentan un nivel bajo en mindfulness con tendencia hacia un nivel medio. Los resultados bajos y moderados que señalan poca capacidad de mantenerse en el momento presente, salir del piloto automático, ser capaz de observar sus propios pensamientos, emociones, sensaciones e identificar las mismas y describirlas. La capacidad de mantenerse en el momento presente y el nivel de concentración se vio muy comprometido en las primeras sesiones.

OBJETIVO N°2: Implementar un programa basado en el mindfulness para reducir el estrés percibido, aumentar el nivel de conciencia plena y de la salud mental.

Se logró recabar los datos de corte cuantitativo y quedar en una entrevista con cada participante. Durante la fase de la intervención, han podido desarrollar las cualidades de la atención plena, formulados en los objetivos de cada sesión. Mediante el escáner corporal se logró un desarrollo de la conciencia corpórea, una disminución en la actividad mental y una promoción de la respuesta fisiológica de relajación. La práctica de la benevolencia se ha logrado incrementar las emociones positivas, la conexión social y la autoaceptación. La atención abierta logró el desarrollo de la meta-cognición, de la capacidad atencional y del insight sobre los propios procesos cognitivo-emocionales. A su vez ha conseguido una defusión cognitiva, una experiencia no personalizada y un cambio en la autoconsciencia. Finalizando el taller se logró ofrecer un espacio de reflexión, retroalimentación y consolidación de la experiencia de cada persona.

OBJETIVO N°3 Evaluar si la implementación del programa basada en el mindfulness ha logrado reducir el estrés percibido, e incrementar el nivel de salud mental y mindfulness con significancia estadística.

La intervención basada en mindfulness ha reducido los niveles de estrés percibido desde un nivel entre medio y alto a un nivel entre medio y bajo. La prueba T de Student sobre comparación de medias de la puntuación total de estrés entre el pre y el post test señala una disminución siendo una diferencia estadísticamente significativo (p 0,003). A su vez existe una reducción en la media de la frecuencia cardiaca por grupo muestra de 78,41 a 71,95 señalado por la prueba T de Student como estadísticamente significativo (p 0,001) que corrobora los resultados anteriores ya que la literatura refiere una correlación con la disminución de la frecuencia cardiaca y la reducción de estrés.

En relación a la salud mental se evidencia la desaparición del nivel sospecha de psicopatología subumbral y presencia de psicopatología obteniendo un resultado de completa ausencia psicopatológica en los trabajadores. De la misma forma la comparación de medias de la puntuación total del GHQ-12 entre el pre y el post test señala una disminución entre el pre test y el post test y que tal diferencia es estadísticamente significativa. (p 0,002)

El nivel del mindfulness ha incremento en el nivel alto y la comparación de medias de la puntuación total del Mindfulness (FFMQ) entre el pre y el post test refiere un incremento estadísticamente significativo. ($p < 0,001$)

OBJETIVO GENERAL: Determinar si una intervención basada en el mindfulness reduce significativamente el estrés percibido, e incrementa significativamente la salud mental en trabajadores del área de salud en la ciudad de Tarija.

Concluyendo de manera general podemos determinar que la intervención basada en el mindfulness ha logrado reducir de manera significativa el nivel de estrés percibido, e incrementado de manera significativa el nivel de salud mental en los trabajadores del área de salud. A su vez el nivel de mindfulness ha incrementado.

En este sentido se rechaza la hipótesis nula H_0 de igualdad de promedios en las observaciones y se acepta la hipótesis de investigación H_1 , de que la intervención basada en el Mindfulness ha reducido significativamente el estrés percibido e incrementado la salud mental porque el p-valor de significancia ($p=0,002$) y ($p=0,003$), es menor a 0,05 con lo que se prueba el logro del objetivo del presente estudio.

6.2 Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la evaluación de los niveles de estrés y de salud mental recomendamos a las distintas instituciones aplicar medidas de detección, garantizando que los niveles de estrés del trabajador no afecten su salud mental y su funcionalidad en la institución.

En un segundo lugar recomendamos a tales instituciones ofrecer talleres o programas que permiten reducir los niveles de estrés de los trabajadores y mantener una buena salud mental. Estos talleres podrían desarrollarse anualmente y deberían ser gratuitos para los empleados, representando una política institucional en beneficio de la salud mental del trabajador en el área de la salud.

La elevada presencia del estrés puede referir una sobrecarga frente a una cantidad no manejable de pacientes, por lo que se sugiere mayor creación de ítems en el área de salud equilibrando de esta forma a la distribución de pacientes por profesional.

A futuros investigadores se recomienda realizar investigaciones sobre las intervenciones basadas en mindfulness para determinar su impacto y utilidad en diversos problemas de la salud mental y de la salud física. Con respecto al instructor del método del mindfulness se señala la importancia de una formación basado en la propia práctica como meditador e instructor de grupo, la lectura basada en evidencia para poder aclarar experiencias novedosas y dudosas de los participantes. Cabe mencionar una vez más que el instructor transmite gran parte de las cualidades de la conciencia plena desde su experiencia y autenticidad hacia los participantes.

Una metodología mixta cuantitativa-cualitativa parece indispensable para detectar los cambios psicológicos o físicos que un mero instrumento psicométrico no detecta. El uso de medición psicofisiológica como la frecuencia cardíaca es muy útil para incrementar la adherencia al tratamiento por parte de los sujetos de estudio. Y para discriminar los efectos del mindfulness frente a otros tratamientos se podría formar 2 grupos de tratamientos alternativos.

La muestra debería incluir una mayor cantidad de personas calculando pérdidas en el transcurso de la intervención. A su vez se puede determinar todavía cuál es el alcance beneficioso de una intervención basada en mindfulness con mayor brevedad.