



# **“Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja”**

---

Memoria del Trabajo Final Máster  
Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería  
Universitat Jaume I  
Curso académico 2014-2015.

Presentada por María del Mar García García

Realizado bajo la tutela Daniel Pinazo Calatayud



Máster Universitario en Ciencias  
de la Enfermería  
Universitat Jaume I

## AUTORIZACIÓN DEFENSA DEL TRABAJO FINAL DE MÁSTER

A/a Comisión Académica

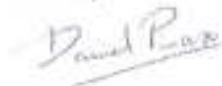
Asunto: Solicitud de defensa TFM

El presente Trabajo Fin de Máster elaborado por el estudiante María del Mar García García, con título: *Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja*, cumple con los requisitos establecidos por la comisión académica del Máster en Ciencias de la Enfermería para ser depositado y defendido en audiencia pública frente a un tribunal evaluador.

El trabajo ha sido tutelado y revisado por: Daniel Pinazo Calatayud

Agradecemos permitan al estudiante María del Mar García García realizar la defensa pública de su trabajo el día julio de 2015

Atentamente,



Fdo.: *[Firma]* DANIEL PINAZO CALATAYUD

Universitat Jaume I de Castellón

Castellón de la Plana, a 8 junio 2015.



BIBLIOTECA

Autorització per a la difusió en accés obert del treball de final de grau o de final de màster

REPOSITORI INSTITUCIONAL

Autorización para la difusión en acceso abierto del trabajo de final de grado o de final de máster

**A. Treball de final de grau o de final de màster / Trabajo de final de grado o de final de máster**

Grau/Màster (denominació oficial) / Grado/Máster (denominación oficial)

Máster Universitario en Ciencias de la Enfermería

Autor o autora / Autor o autora

María del Mar García García

DNI / DNI

18575086G

Títol / Título

Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja

**B. Vistiplau del tutor o tutora / Visto bueno del tutor o tutora**

Nom i cognoms / Nombre y apellidos

David Pardo Cristagui

Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI

No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI

No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo desde el Repositorio UJI

(Firma / Firma)



**C. Vistiplau del supervisor o supervisora / Visto bueno del supervisor o supervisora**

Nom i cognoms / Nombre y apellidos

Centre o empresa / Centro o empresa

Done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI Doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI

No done el vistiplau per a la difusió en accés obert d'aquest treball des del Repositori UJI

No doy el visto bueno para la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI

(Firma / Firma)



BIBLIOTECA

REPOSITORI INSTITUCIONAL

Autorització per a la difusió en accés obert del treball de final de grau o de final de màster

Autorización para la difusión en acceso abierto del trabajo de final de grado o de final de máster

D. Autorització i declaració de l'autor o autora / Autorización y declaración del autor o autora


Com a autor o autora del treball indicat / Como autor o autora del trabajo indicado  
Declaro / Declaro

1. El document indicat és un treball original elaborat per mi i no infringeix els drets d'autoria d'una altra persona o entitat.
2. El material amb drets de tercers està clarament identificat i reconegut en el contingut del document lliurat.
3. Autoritzo la Universitat Jaume I a conservar més d'una còpia d'aquest document i, sense alterar-ne el contingut, a transformar-lo en altres formats, suports o mitjans per a garantir-ne la seguretat, preservació i accés.
4. Aquesta autorització implica que la Universitat Jaume I ha d'identificar clarament el meu nom com a autor o autora o propietari o propietària dels drets d'explotació d'aquest treball i no ha de fer cap alteració del seu contingut diferent de les permeses en aquest document.
5. Autoritzo a reproduir, comunicar i distribuir aquest document mundialment en format electrònic amb caràcter no exclusiu en el Repositori UJI sota la llicència Creative Commons:
  - CC-BY-SA «Reconeixement-Compartir Igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública, la realització d'obres derivades i l'ús comercial sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent.
  - CC-BY-NC-SA «Reconeixement-No comercial-Compartir Igual». És permesa la reproducció, la distribució, la comunicació pública i la realització d'obres derivades sempre que se'n cite l'autoria i amb la mateixa llicència CC o equivalent, però no és permès fer-ne un ús comercial.
  - CC-BY-NC-ND «Reconeixement-No comercial-Sense obres derivades». És permesa la reproducció, la distribució i la comunicació pública sempre que se'n cite l'autoria, però no és permesa la realització d'obres derivades ni el seu ús comercial.

1. El documento indicado es un trabajo original elaborado por mí y no infringe los derechos de autoría de otra persona o entidad.
2. El material con derechos de terceros está claramente identificado y reconocido en el contenido del documento entregado.
3. Autorizo a la Universitat Jaume I a conservar más de una copia de este documento y, sin alterar su contenido, a transformarlo en otros formatos, soportes o medios para garantizar su seguridad, preservación y acceso.
4. Esta autorización implica que la Universitat Jaume I deberá identificar claramente mi nombre como autor o autora o propietario o propietaria de los derechos de explotación de este trabajo y no deberá realizar ninguna alteración de su contenido diferente de las permitidas en este documento.
5. Autorizo a reproducir, comunicar y distribuir este documento mundialmente en formato electrónico con carácter no exclusivo en el Repositorio UJI bajo la licencia Creative Commons:
  - CC-BY-SA «Reconocimiento-Compartir Igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública, la realización de obras derivadas y el uso comercial siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente.
  - CC-BY-NC-SA «Reconocimiento-No comercial-Compartir Igual». Se permite la reproducción, la distribución, la comunicación pública y la realización de obras derivadas siempre que se cite la autoría y con la misma licencia CC o equivalente, pero no se permite hacer un uso comercial.
  - CC-BY-NC-ND «Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas». Se permite la reproducción, la distribución y la comunicación pública siempre que se cite la autoría, pero no se permite la realización de obras derivadas ni su uso comercial.

- No autoritzo la difusió en accés obert d'aquest treball en el Repositori UJI.

(Firma / Firma)



- No autorizo la difusión en acceso abierto de este trabajo en el Repositorio UJI.

Logroño

, 08 de Junio

de 2015

## EVALUACIÓN DE LA EXPOSICIÓN/DEFENSA

Evaluador/a: \_\_\_\_\_

Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Alumno/a: \_\_\_\_\_

CRITERIO	VALOR	COMENTARIOS
La presentación se puede <b>ver</b> correctamente		
La presentación se puede <b>leer</b> correctamente		
La información es <b>adecuada</b>		
El <b>contenido</b> se ajusta al tema propuesto		
La <b>secuencia</b> expositiva es adecuada		
<b>Dinamismo</b> en la exposición		
El <b>tiempo</b> de exposición es el previsto (15')		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

OBSERVACIONES:

## EVALUACIÓN DE CONTENIDO

Evaluador/a: \_\_\_\_\_

Título del trabajo: \_\_\_\_\_

Alumna/o: \_\_\_\_\_

	<b>CRITERIO</b>	<b>VALOR 0</b> Ausente / Muy deficitario	<b>VALOR 1</b>	<b>VALOR 2</b>	<b>VALOR 3</b>	<b>VALOR 4</b> Muy Satisfactorio
1	Resumen	0	1	2		
2	Índice	0	1			
3	Enunciado e importancia del problema	0	1	2		
4	Marco teórico o conceptual	0	1	2	3	4
5	Descripción precisa del contexto sociosanitario	0	1	2	3	4
6	Hipótesis y/o preguntas de la investigación	0	1	2	3	4
7	Limitaciones	0	1			
8	Revisión de la literatura	0	1	2	3	4
9	Tipo de estudio y diseño	0	1	2	3	4
10	Creatividad / Novedad	0	1	2		
11	Población estudio definida	0	1	2	3	
12	Material o instrumentos	0	1	2	3	4
13	Procedimiento análisis datos	0	1	2	3	4
14	Resultados	0	1	2	3	4
15	Discusión	0	1	2	3	4
16	Conclusiones	0	1	2	3	4
17	Referencias en el texto	0	1	2		
18	Bibliografía según normativa	0	1	2	3	4
19	Perspectiva enfermera	0	1	2	3	4
20	Aplicabilidad	0	1	2		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Máx. 63) x 0,159</b>						

## **Agradecimientos**

Mi más profundo agradecimiento en primer lugar a mi tutor de este trabajo fin de máster, Daniel Pinazo Calatayud, por haber estado a mi lado todos estos meses, que sin su apoyo no hubiera sido posible.

Dar las gracias a todos los profesores del Máster de Ciencias de la Enfermería por su esfuerzo durante estos dos años en formarnos y estar volcados en nuestro aprendizaje, y a todos mis compañeros del Máster que nos hemos apoyado y hemos recorrido juntos esta andadura de dos años.

Dar las gracias a mi familia por darme todo su apoyo en los retos que me propongo, por entenderme y comprender mis sueños en todo momento, estando a mi lado en los momentos más difíciles.

“Se supone que los retos de la vida no te paralizan,  
sino que te ayudan a descubrir quién eres”

-BERNICE JHONSON REAGAN, Historiador y Músico Americano

## **TÍTULO: “Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro socio sanitario en La Rioja”**

### **RESUMEN:**

**Objetivos:** La terapia Mindfulness está siendo descrita últimamente con grandes efectos beneficiosos tanto en pacientes como en profesionales, y en especial en los profesionales de la salud. Se ha identificado en el estudio el siguiente objetivo general “Conocer el efecto de la intervención Mindfulness mediante el programa MSBR de las variables: estrés, ansiedad y empatía” y los siguientes objetivos específicos: “Conocer el grado de utilización de los ejercicios de Mindfulness” y “Conocer los cambios de percepción en sus pensamientos, sentimientos o reacciones”.

**Metodología:** Un ensayo clínico cuasi experimental ha sido llevado a cabo en un centro socio sanitario con una intervención educativa del Programa MSBR de 6 semanas. El estudio se ha llevado a cabo en los profesionales del centro. Disponiendo de 2 grupos, un grupo de intervención sobre el que se ha realizado la intervención educativa y un grupo control.

**Resultados:** Al finalizar las 6 semanas de estudio, los datos analizados estadísticamente muestran un cambio significativo (a un IC95% y p-value <0.05) en el nivel de empatía (p-value 0.04) de los participantes del grupo de intervención así como una disminución en el nivel de ansiedad (p-value 0.012).

**Conclusiones:** A pesar de que el estudio tiene limitaciones (tamaño de la muestra y su no aleatorización), la tendencia de resultados en el grupo de intervención es positiva tal y como muestran otros estudios similares, si bien sería necesario proseguir el estudio en un futuro atajando estas limitaciones presentadas.

**Palabras clave:** conciencia plena, meditación, estrés laboral, profesionales sanitarios, empatía, relajación



**TITLE: “Effect of a Mindfulness intervention in social health centre professionals in La Rioja”**

**ABSTRACT:**

**Aims:** Mindfulness therapy has recently been described as having extremely beneficial effects, both in patients and in professionals, although especially in healthcare professionals. The study has identified the following general objective: “To know the effect of Mindfulness intervention through the MSBR program of the variables: stress, anxiety and empathy” and the following specific objectives: “To know the degree of utilization of Mindfulness exercises” and “To know perception changes in their thoughts, feelings and reactions.

**Methodology:** A quasi-experimental clinical trial has been performed at a social health centre with a 6-week educational intervention from the MSBR Program. The study was performed on the centre professionals. It was made up of two groups, an intervention group which received the educational intervention and a control group.

**Findings:** On finalizing 6 weeks of study, the statistically analysed data show a significant change (to CI95% and p-value <0.05) in empathy levels (p-value 0.04) of intervention group participants, in addition to a decrease in anxiety levels (p-value 0.012).

**Conclusions:** Despite the study having its limitations (sample, size and its non-randomization), the intervention group results trend is positive, as shown by other similar studies, although further study would be necessary in the future to address the aforementioned limitations.

**Key words:** mindfulness, work stress, health professionals, empathy, stress, relaxation

## Índice

1.- Antecedentes y estado actual del tema	Pág. 11
2.- Hipótesis	Pág. 20
3.- Objetivos	Pág. 20
4.- Metodología	Pág. 21
4.1.- Diseño	Pág. 21
4.2.- Población y ámbito de estudio	Pág. 21
4.3.- Diseño muestral	Pág. 21
4.4.- Variables y métodos de medida	Pág. 22
4.5.- Fuentes de información	Pág. 22
4.6.- Recogida de datos	Pág. 25
4.7.- Análisis de los datos	Pág. 28
4.8.- Consideraciones éticas	Pág. 29
5.- Resultados	Pág. 29
6.- Discusión	Pág. 35
7.- Conclusiones	Pág. 39
8.- Referencias bibliográficas	Pág. 41
9.- Bibliografía adicional	Pág. 44
10.- Anexos	Pág. 45
10.1.- Anexo I y II- Consentimiento Informado	Pág. 46
10.2.- Anexo III- Carta a profesionales	Pág. 48
10.3.- Anexo IV- Cuestionarios	Pág. 50
-Empatía Jefferson	Pág. 50
-Ansiedad Rasgo	Pág. 51
-MAAS	Pág. 52
-SoMi	Pág. 53
10.4.- Anexo V- Hoja recolección datos	Pág. 58
10.5.- Anexo VI- Plan de trabajo	Pág. 59

## **1. Antecedentes y estado actual del tema**

### **a) Introducción**

El concepto Mindfulness (cuya traducción del inglés puede realizarse como «estar atento») es la acepción inglesa del término pali *Pati*. El pali es el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas y Mindfulness constituye uno de sus conceptos nucleares.<sup>1</sup>

Kabat-Zinn lo definió como “prestar atención de manera particular: conscientemente, al momento presente y sin juicios”. A partir de aquí se han desarrollado diferentes programas estandarizados de aplicación del Mindfulness.<sup>2</sup>

Otra de las descripciones complementarias de Mindfulness más usadas es la del monje budista Ticht Nat Hanh que la define como «mantener viva la propia conciencia focalizada en la realidad presente». ¿Qué implica o cómo se interpreta este “estar atento”? «Estar atento» implicaría que uno se concentra en la tarea que está realizando en ese momento, sin que la mente divague sobre el futuro o el pasado, y sin sensación de apego o rechazo. Esta aproximación produce al individuo energía, claridad de mente y alegría.<sup>1</sup>

En psicoterapia una de las definiciones del término más útiles es: « (1) Tomar conciencia... (2)... del momento presente... (3)... con aceptación ». Teniendo en cuenta que cada uno de estos tres elementos puede aparecer sin los otros.<sup>1</sup>

Actualmente podemos encontrar en diferentes bases de datos estudios de investigación sobre los efectos beneficiosos del Mindfulness, no sólo para reducir aspectos negativos como estrés y ansiedad sino para diferentes tipologías de pacientes y patologías, e incluso para nuestro crecimiento personal. Los diferentes estudios encontrados analizan intervenciones Mindfulness en el ser humano (desde niños hasta personas mayores). Si bien la búsqueda ha sido menos fructífera en profesionales de la salud, cada vez se están implantando más estas técnicas como reductoras del estrés y ansiedad y como efecto positivo en cuanto al desarrollo de una habilidad positiva como la empatía.

Las nuevas hipótesis de las investigaciones de los últimos 10 años se preguntan acerca de los mecanismos que expliquen sus efectos positivos sobre el bienestar psicológico.<sup>2</sup>

Retomando a García-Campayo analiza cómo influye la intervención Mindfulness tanto en los profesionales de la salud: “Existen estudios en profesionales sanitarios que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Especialmente interesante fue observar el hecho de que «estar atento» disminuía la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros. Pero *Mindfulness* no sólo mejora el funcionamiento y la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional (impresión clínica global) o por el propio paciente (ansiedad, somatización, ira/hostilidad, fobias y obsesividad)”.<sup>1</sup>

Como así en los pacientes: “Existen varios metaanálisis sobre la influencia del «estar atento» en las enfermedades psiquiátricas. Los resultados son, a veces, contradictorios. Así, mientras que una revisión llega a la conclusión de que el efecto de la MREBEA («meditación de reducción del estrés basada en el estar atento») cuya traducción viene del acrónimo inglés (MSBR - *Mindfulness-Based Stress Reduction* -) en la depresión y en la ansiedad es inapreciable, son más los estudios que confirman su eficacia en múltiples afecciones (depresión, ansiedad y dolor), con una magnitud del efecto de alrededor del 0,5.<sup>1</sup>

Brown y Ryan fueron unos de los primeros investigadores que analizaron este tipo de efectos hace más de 10 años. En sus estudios comenzaron a arrojar resultados favorables sobre este tipo de intervenciones en Mindfulness.<sup>3</sup>

Estos autores han seguido investigando y dando resultados sucesivos positivos sobre los efectos saludables del Mindfulness desde sus diferentes modalidades de intervención.<sup>4</sup>

Centrándonos en estrés y ansiedad, empatía y Mindfulness como habilidad, objeto de este estudio, y en primer lugar en el estrés, recalcar que puede provocar enfermedades y sufrimiento en las personas, la repercusión de este problema en término de pérdida de productividad, enfermedad y deterioro de la calidad de vida es muy alta, así como contribuir a la aparición de otros problemas de salud laboral, como son los trastornos musculoesqueléticos y puede poner en peligro la seguridad en el lugar de trabajo. La OMS define el estrés laboral como un patrón de reacciones psicológicas, cognitivas y conductuales que se dan cuando los trabajadores se enfrentan a exigencias ocupacionales que no se corresponden con su nivel de conocimiento, destreza o habilidades. Por tanto, es uno de los riesgos psicosociales más importantes en nuestra sociedad. Muchas profesiones se encuentran sometidas a niveles elevados de estrés, y dentro de ellas, el ámbito sanitario, y más en concreto los médicos y enfermeras, son considerados como uno de los sectores profesionales más expuestos niveles elevados de estrés, tanto de forma puntual como mantenida.<sup>5</sup>

En la profesión sanitaria, donde la convivencia con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, y sumándose a la creciente presión asistencial, con ritmos intensos y limitaciones presupuestarias hace que sea especialmente sensible al estrés. Se ha descrito que los médicos en EEUU llegan a tener un nivel de cortisol, uno de los principales índices de estrés fisiológico, tres veces mayor que la población general. Por otro lado, las fuertes emociones que expresan ciertos pacientes genera estrés y pueden afectar a los profesionales creando angustia, además de afectarles en sus decisiones sanitarias. Otros estudios indican la responsabilidad del estrés en errores médicos de internos y relacionan el estrés de los profesionales de la salud con una mayor incidencia de ansiedad y depresión.<sup>6</sup>

La ausencia de un proceso de recuperación tras un periodo de estrés continuado, así como la propia naturaleza acumulativa del mismo puede llevar a un estrés crónico y tiene un impacto negativo en la salud física y psicológica de las personas.<sup>7</sup>

En la profesión médica, el estrés ha motivado más de 600 trabajos publicados en los últimos 40 años y es el problema de salud laboral más citado en una encuesta nacional de 1.554 facultativos. Sin embargo, los programas oficiales de formación profesional continua de la sanidad en España no suelen incluir técnicas de reducción del estrés, a diferencia de otros países donde si existen referencias en favor de intervenciones psicosociales para este ámbito. En la actualidad, un nuevo entrenamiento de reducción de estrés, denominado MBSR (acrónimo de Mindfulness-based Stress Reduction), ha comenzado a aplicarse con éxito a profesionales de la salud. La mejora y reducción del estrés por tanto implicaría una reducción de sus efectos negativos tanto en la vida personal como profesionales de los trabajadores sanitarios.<sup>8</sup>

En segundo lugar las reacciones emocionales negativas o desagradables, como la ansiedad, ya relacionada con el estrés constituyen respuestas adaptativas ante situaciones relevantes y con posibles consecuencias adversas para el individuo. Estas respuestas de ansiedad están mediadas por procesos cognitivos, forman parte de nuestra vida cotidiana y por lo general nos ayudan a adaptarnos; sin embargo, también están presentes en el desarrollo de diferentes desórdenes mentales o condiciones físicas.<sup>9</sup>

Los trastornos de ansiedad constituyen un serio problema de salud pública. Entre el 15 y el 20 % de la población española sufre un episodio de ansiedad cada año y entre el 25 y el 30 % lo padece al menos una vez a lo largo de su vida. Las mujeres son especialmente sensibles a estas patologías, constituyendo dos terceras partes de la población general afectada.<sup>10</sup>

Diversos estudios han encontrado niveles de ansiedad entre moderada y grave entre un 10 - 30% de los profesionales sanitarios.<sup>11</sup>

La ansiedad por lo tanto incluye sentimientos de incertidumbre, impotencia y activación fisiológica; se presenta un alto grado de sensibilidad, vigilancia o prontitud para prestar atención a los potenciales peligros o amenazas, y en correspondencia con esto, investigadores afirman que, la ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto al futuro. Los resultados de este estudio muestran claramente que las estrategias de las personas ansiosas se caracterizan por la evitación y la percepción de pérdida de control, elementos fundamentales en las teorías etiológicas y de mantenimiento de la ansiedad; sin embargo, también muestra que la personas con ansiedad, suelen utilizar estrategias que se consideran como adaptativas (solución de problemas y reevaluación positiva), lo que indicaría que estas personas hacen el intento de adaptarse, pero es posible que no cuenten con las habilidades suficientes para poner en práctica, de forma eficaz, estas estrategias, lo que lleva a la frustración y por lo tanto, a retroalimentar la percepción de falta de control y la posterior evitación. Lo anterior consolida la idea de basar los tratamientos de la ansiedad, en diferentes técnicas con el objeto de su manejo.<sup>12</sup>

En cuanto a la empatía, se define como un atributo predominantemente cognitivo (en comparación con un afectivo) que implica la comprensión (en lugar de la sensibilidad) de las preocupaciones del paciente, experiencias de dolor, y el sufrimiento que combinados con una capacidad para comunicar esta comprensión y la intención de ayudar. Esta definición hace una distinción entre la empatía (un atributo cognitivo) y la simpatía (una respuesta afectiva). Esta distinción es importante en el contexto de la atención al paciente, ya que un exceso de simpatía, por su naturaleza afectiva, puede ser perjudicial para los pacientes, así como los médicos (la objetividad en las decisiones clínicas, agotamiento y desgaste). Sin embargo, la empatía, debido a su naturaleza cognitiva, incluso en exceso, siempre es beneficioso para la atención al paciente. Esta definición implica que un compromiso empático gira en torno a la reciprocidad y la comprensión mutua.<sup>13</sup>

Por otro lado tal y como analizaban en su estudio Galán et al (2014) la empatía es un concepto complejo y multidimensional constituido por dimensiones morales, cognitivas, emotivas y conductuales. En el sector de la atención sanitaria y social la empatía del personal es una habilidad fundamental para la prestación de servicios de calidad. A mayor empatía personal mejores son los resultados de la psicoterapia, disminuyendo la angustia del paciente, la mejora de la salud mental y la satisfacción con la atención de pacientes con cáncer entre otros. Algunos autores afirman que los profesionales muestran poca empatía o informan sobre el hallazgo de diferentes niveles de empatía entre los estudios. Estudios citados desde la década de 1960 hasta el final del siglo veinte en el Reino Unido y en los Estados Unidos de Norteamérica encuentran de forma consistente niveles bajos de empatía tanto en enfermeras de varias especialidades como en estudiantes de enfermería. La edad de las enfermeras, los años de experiencia y el nivel de educación fueron correlacionados significativamente con algunas de las habilidades empáticas.<sup>14</sup>

Retomando el Mindfulness como habilidad se ha postulado que la relación positiva entre su práctica y el bienestar psicológico podría deberse a la influencia sobre la regulación emocional.<sup>2</sup>

La atención plena tiene que ver con la calidad de la conciencia con la que vivimos nuestras vidas. La esencia del mensaje de la atención plena (*Mindfulness*) representa la situación de observación mínima y necesaria para la auto-observación terapéutica; es decir, para desarrollar el “yo observador” y facilitar el conocimiento de uno/a mismo/a a través de la comprensión de la propia experiencia. Nos encontramos no sólo ante una nueva generación de terapias, según la expresión tan común en la actualidad, sino a las puertas de un nuevo marco para la integración de las psicoterapias. La atención plena (*Mindfulness*) permite, por tanto, orientarse en el momento abriendo un espacio para mirar y formar la intención de ver lo que hay presente y vivo en la experiencia del momento. El cultivo de esta actitud permite la desidentificación de las secuencias automáticas (el “piloto automático”). Se accede, así, a verlas a medida que ocurren. Cuando las secuencias automáticas se observan con atención, curiosidad, aceptación, apertura y sin juzgar, disminuyen su impacto y su intensidad; es posible, entonces, elegir una respuesta apropiada a la situación. Aunque la ansiedad, la depresión, la ira, etc. no desaparezcan por completo al principio, al comenzar a observarlas con atención plena, se van haciendo menos

globales y se van restringiendo. Se incrementa, así, la autonomía en las situaciones que antes suscitaban angustia e impotencia. No es sorprendente, por tanto, que entre los beneficios de la práctica de la atención plena para la salud, destaquen los siguientes: 1) facilidad para regular las propias emociones, 2) mayor flexibilidad cognitiva y 3) mayor facilidad para cultivar estados y rasgos positivos.<sup>15</sup>

Desde el modelo de ciencias de la salud y la medicina, la ciencia está demostrando que la intervención Mindfulness puede tener un efecto positivo y beneficioso sobre la salud. Los investigadores están descubriendo que esta práctica tiene potencial para mejorar el bienestar físico, emocional, mental y espiritual.<sup>16</sup>

De todo ello mi interés por la terapia Mindfulness, dando a los profesionales una formación e intervención educativa con el objetivo de reducir su estrés y ansiedad y aumentar su grado de empatía.

## **b) Entrenamiento en Mindfulness**

Remontándonos a los orígenes del Mindfulness, nos situamos 2500 años atrás en el contexto religioso budista donde varias corrientes de esta tradición (zen, vipassana, etc.) han influido en los autores occidentales que proponen adoptar sus prácticas.<sup>17</sup>

En Occidente y en particular en los Estados Unidos, es donde se han obtenido mayores estudios de manera reciente. Es en la década de los 70 donde la influencia de las culturas orientales tiene un auge importante con el movimiento hippie y de la investigación, para evolucionar en la década posterior hacia el uso de constructos y programas basados en meditación y relajación. Es entonces cuando Universidades Americanas como Massachusetts y Harvard comienzan a investigar sobre ello en relación con la salud, sobre todo centrados en la reducción del dolor y el alcoholismo. En los años 80 empieza a abordarse el tema en el ámbito educativo siendo a partir de los 90 cuando comienza a implementarse para la reducción del estrés. En el tratamiento del estrés, ansiedad y desórdenes de pánico, fibromialgia, psoriasis y dolor crónico se mencionan como pioneros por su efectividad los programas de Kabat-Zinn basados en *Mindfulness* del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Del modelo de Kabat-Zinn deriva el programa conocido como *Mindfulness-Based Stress Reduction*, el cual ha sido ampliamente utilizado en estudios recientes refiere más de 240 programas alrededor del mundo que aplican el MBSR para mitigar los efectos del estrés y diversas enfermedades crónicas.<sup>18</sup>

Recopilando una serie de estudios mediante Intervención Mindfulness, muestran evidencias sobre su impacto positivo en enfermedades relacionadas con el estrés, entre las que se incluían la psoriasis, Diabetes mellitus tipo 2, fibromialgia, artritis reumatoide y dolor crónico de espalda, así como su reducción del estrés en pacientes con enfermedades crónicas. Tanto la investigación básica y clínica indican que el cultivo del ser de una manera más consciente se asocia con menos angustia emocional, más estados de ánimo positivos y una mejor calidad de vida.<sup>19</sup>

En otros de estos estudios se han encontrado cambios en la actividad cerebral que ayudan a efectos positivos relacionados con la depresión y el dolor.<sup>20</sup>

Así mismo otros arrojan cambios longitudinales en la concentración de materia gris del cerebro tras un curso de reducción del estrés basado en Mindfulness (MSBR) de ocho semanas en comparación con un grupo control. La hipótesis de los aumentos en la concentración de materia gris en el hipocampo izquierdo fue confirmada. Estos cambios se asocian a cambios en procesos de aprendizaje, memoria y regulación emocional entre otras.<sup>21</sup>

Las aplicaciones clínicas del Mindfulness han ido en aumento a medida que las investigaciones también lo han hecho, abarcando campos como: dolor, estrés, oncología, fobia social, ansiedad, depresión, abuso de sustancias, psoriasis, diabetes mellitus, sueño, parto/educación maternal, hipertensión arterial, asma y formación médica.<sup>22-24</sup>

En relación con el objeto de este estudio también se encuentran diferentes estudios donde analizan los efectos del Mindfulness en este tipo de desórdenes emocionales como el estrés, ansiedad y la depresión. El análisis sistemático de estos estudios parece indicar que las intervenciones terapéuticas basadas en la atención plena resultan moderadamente eficaces en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad y, dado que estas intervenciones se pueden llevar a cabo en grupo, podrían ser un coadyuvante significativo en el abordaje de tales síntomas.<sup>25</sup>

Algunos estudios establecen que una mayor autoconsciencia y un mayor nivel de autocontrol y autoeficacia debido a la práctica de Mindfulness pueden ser factores protectores frente al estrés. En concordancia con este planteamiento, consideran que el desarrollo de la capacidad de atención produce mejoras sobre el funcionamiento del sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo, lo que ayudaría al manejo del estrés y la ansiedad.<sup>26</sup>

En cuanto a evidencia encontrada al respecto, Krasner et al. (2009), de la Universidad de Rochester, realizaron una intervención basada en Mindfulness con profesionales de atención primaria y obtuvieron una reducción del burnout y de la alteración emocional, aumentando la empatía y el estado Mindfulness, reproduciéndose este tipo de estudios en España.<sup>27</sup>

Por otro lado la relación entre empatía y *Mindfulness* es muy antigua, aunque sus implicaciones neurobiológicas sean mucho más recientes. Una de las clásicas meditaciones budistas es la meditación sobre “*metta*”, palabra pali que se traduce por amor que junto con la compasión, la alegría y la ecuanimidad forma parte de los cuatro inconmensurables estados de la mente, palabra que en inglés se está traduciendo habitualmente como “loving-kindness” y en español, como “amor compasivo o bondad amorosa”. En ella el meditador fomenta en sí mismo, con ayuda de diversas técnicas, los sentimientos de compasión y amor hacia otras personas y hacia sí mismo<sup>28-29</sup>



Algunos de los siguientes enfoques psicoterapéuticos son los más relevantes en la intervención de la conciencia plena: la Reducción de Estrés Basada en la Conciencia Plena MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), la Terapia Dialéctica Conductual DBT (Dialectical Behavior Therapy), la Terapia de Aceptación y Compromiso ACT (Acceptance and Commitment Therapy).<sup>17</sup>

Las cuatro intervenciones se pueden clasificar a lo largo de varias dimensiones. El MBSR está más claramente enraizado en la filosofía oriental y la psicología, que hace hincapié en la importancia de la práctica vivencial, meditativa como un vehículo primario para el desarrollo personal y la transformación. La gran mayoría de las investigaciones sobre la atención plena se han centrado en los efectos de las intervenciones clínicas basadas en las prácticas para mejorar esta cualidad de la conciencia.<sup>4</sup>

Este modelo de la reducción de estrés basada en la atención plena MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction), comenzó a aparecer en el médico Kabat-Zinn con literatura psicológica hace 25 años.<sup>30</sup>

Las otras intervenciones sin embargo han sido posteriores: DBT (Dialectical Behavior Therapy) la terapia del comportamiento dialéctico, Linehan, (1993<sup>a</sup>),<sup>31</sup> ACT (Acceptance and Commitment Therapy) terapia aceptación y el compromiso, Hayes et al., (1999)<sup>32</sup> incluido en estudios posteriores y MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) terapia cognitiva basada en la atención plena en el año 2002.<sup>33</sup>

Haciendo hincapié en la terapia Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), por ser la que se ha realizado en este estudio, fue creada en su término original para 8 semanas, una intervención basada en la evidencia centrada en el paciente. Jon Kabat-Zinn lo desarrolló en un esfuerzo de enseñar a los pacientes con diferentes condiciones médicas crónicas en cómo llevar una vida más plena y saludable. Una revisión de la literatura encuentra que MBSR ha demostrado en repetidas ocasiones impactos positivos en la salud y el bienestar en una variedad de poblaciones.<sup>34</sup>

El programa, llevado a cabo por el propio J. Kabat-Zinn, constaba de reuniones semanales de unas 2-3 horas para practicar meditación, un retiro en silencio durante la sexta semana y un deber para casa que incluía prácticas de meditación para realizar durante una hora al día, 6 días a la semana. Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés, el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados en el programa. Todas ellas provienen del Zen y son las siguientes: no juzgar, tener paciencia, adoptar una “mente de principiante”, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básicas, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar (no apegarse). Los participantes cumplimentan autorregistros y practican los ejercicios individualmente en sus casas con la ayuda de cintas y vídeos. Los componentes del programa son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo (*Body Scan*) y un conjunto de estiramientos suaves procedentes del Hatha Yoga. Kabat-Zinn adoptó la meditación estática del zen, que se practica normalmente sentado en una silla o en el suelo, con la cabeza, el cuello y

la espalda alineados verticalmente. La postura tiene que ser relajada pero se ha de mantener una actitud de alerta. La instrucción básica al principio del programa es observar la respiración y cuando involuntariamente se dirige la atención hacia otro objeto, simplemente volver a la respiración. A medida que se avanza, se pasa a observar el cuerpo, los sonidos, los pensamientos y sentimientos, etc. Se trata de invertir la tendencia natural a “hacer” y permitirse simplemente “ser”. La atención en la vida cotidiana proviene también del Zen y consiste en poner toda la atención en el momento presente, en cualquier lugar y haciendo cualquier cosa: poner la mesa, comer, lavar los platos, hacer la colada, limpiar la casa, etc. Se entiende que, al poner toda la atención en la experiencia inmediata, ésta se convierte en más vívida, más brillante y más real. El objetivo es convertir la calma, el equilibrio y la visión clara en parte de la vida cotidiana. Esta práctica incrementa la habilidad para encontrarse con la totalidad de la vida prestando atención al *aquí* y *ahora*. Si se pierde el presente porque la mente está en otro lugar cualquiera, de alguna manera se acorta la propia vida. El último ejercicio proveniente del Zen es la meditación caminando. Consiste en prestar atención a la experiencia de caminar. Se puede avanzar en círculos o en línea recta girando sobre los propios pasos. Se camina lentamente sin ningún propósito aprovechando cualquier ocasión en la que se deba caminar, siempre que sea posible adoptar una actitud consciente. Se observan las sensaciones de los pies, de las piernas o de todo el cuerpo. Se puede integrar también la atención en la respiración. Lo importante es “estar” en cada paso. La revisión atenta del cuerpo (Body Scan) se plantea como otra forma de meditación que tiene como objetivo restablecer el contacto con el propio cuerpo. Su práctica desarrolla la capacidad de concentrar la atención, pero también la flexibilidad para enfocarla. La persona ha de concentrarse secuencialmente en diversas partes del cuerpo mientras permanece echada con los ojos cerrados. Empieza por los dedos de los pies y acaba en la parte superior de la cabeza. Se trata de observar cuidadosamente las sensaciones, de “sintonizar” con cada zona. No hay sensaciones buenas ni malas. Simplemente hay que observar la propia experiencia en cada momento, incluyendo, no sólo las sensaciones, sino también los pensamientos y sentimientos que emergen, aceptándolos y siguiendo adelante. El Hatha Yoga consciente se considera la tercera técnica formal de meditación del MBSR, junto con la meditación estática y la revisión atenta del cuerpo. Kabat-Zinn incorporó este ejercicio al MBSR porque adoptó la máxima de los fisioterapeutas “si no lo usas, lo pierdes”, que alude al estado cambiante del cuerpo en función de las demandas a las que tiene que atender. El desuso de determinados grupos musculares conduce a su atrofia. La técnica incluye diversas posturas sencillas, al alcance de todo el mundo, con objeto de obtener mayor conciencia de las sensaciones corporales. En ningún caso se trata de forzar los límites del propio cuerpo. Se instruye a los pacientes para que avancen lentamente en los estiramientos respirando justo en el límite de sus posibilidades, pero sin enfatizar la idea de “progreso”. Cuando se consigue realizar los estiramientos “siendo” más que “haciendo”, es cuando el ejercicio se transforma en meditación. Es entonces cuando la persona puede disfrutar de la actividad física.<sup>17</sup>

Diferentes estudios han dado datos positivos, entre la línea de base y el final de la semana 8 de la intervención mediante MBSR, los participantes mostraron una mejora en la salud general, disminución de la tensión, disminución burnout, y la mejora de otras áreas. Estas mejoras se mantuvieron hasta cuatro meses más tarde, y aquéllas

que continuaron esta práctica tras la intervención inicial de 8 semanas demostraron mejores resultados que los que no lo hicieron. Los resultados del estudio sugieren o indican que el programa MBSR puede ser un bajo costo, factible, y la intervención escalable que muestra el impacto positivo en la salud y el bienestar, y podría permitir MBSR que se entregará a los empleados que de otra manera no pueden acceder a programas tradicionales.<sup>35</sup>

Investigaciones anteriores han sugerido que el tradicional Programa MSBR de 8 semanas se puede adaptar con éxito para su uso en el lugar de trabajo y muestran un impacto significativo sobre el estrés percibido<sup>36</sup>

La reducción del estrés basado en Mindfulness (MBSR) ha producido beneficios conductuales, psicológicos y fisiológicos, pero estos programas suelen requerir un compromiso sustancial de tiempo de los participantes. Este otro estudio evaluó los efectos de una intervención MBSR acortada (6 semanas) sobre indicadores de estrés en los adultos sanos que trabajan para determinar si los resultados son similares a los obtenidos en el tradicional MBSR. Se analizaron la percepción de estrés, la calidad del sueño, y la atención, y se midieron al inicio y al final de la intervención de 6 semanas. El cortisol salival se evaluó semanalmente. Las reducciones significativas en la percepción del estrés y el aumento de la atención se obtuvieron sólo para el grupo de intervención. Las puntuaciones en la medida global de sueño mejoraron para ambos grupos. Se discuten las implicaciones y futuras investigaciones.<sup>37</sup>

Recalcar por ser el objeto de la investigación de este TFM más estudios en los que se indica que el programa *Mindfulness-Based Stress Reduction* ha sido aplicado para el manejo de la ansiedad, depresión, estrés... tanto en pacientes como en profesionales mostrando beneficios tras su aplicación.<sup>38-42</sup>

### **c) Justificación del estudio y establecimiento del valor de la investigación**

Se justifica por la relevancia comprobada del Mindfulness para reducir el estrés y la ansiedad, mejorar la empatía y el Mindfulness como habilidad. Recopilando la cantidad de estudios que arrojan resultados positivos sobre la intervención con Mindfulness en la salud me ha parecido muy interesante justificar el TFM en base a ello.

Si bien es cierto, generar un hábito en meditación ejerce una función importante en el desarrollo personal (psicológico, funcional, espiritual) que para meditadores entrenados es esencial como propósito existencial, de ahí su adherencia y motivación a persistir esta actividad y para las personas no expertas también les genera mejorías de una forma global en su calidad de vida.<sup>18</sup>

Se ha analizado el papel del Mindfulness en el medio sanitario y parece que el hecho de que los profesionales de la salud conozcan esta terapia Mindfulness y su uso, puede ser muy eficaz para ampliar sus beneficios en el sistema de salud. En

consecuencia, también se mejorarían dos aspectos: la vida laboral de los profesionales y la salud de los pacientes y/o usuarios.<sup>43</sup>

Un estudio reciente en España analiza con una revisión narrativa la puesta en práctica de la atención plena en los sistemas de salud.<sup>44</sup>

Aunque existen numerosos estudios que hablan y estudian el uso y aplicación de Mindfulness, cuando la búsqueda se acota al campo de la investigación de los profesionales sanitarios los hallazgos se reducen considerablemente como he comentado anteriormente. Por ello me parece interesante aplicar esta intervención en un grupo de profesionales de la salud de un centro socio sanitario, ya que no he localizado ningún estudio al respecto en La Rioja y poder valorar si los resultados son igual de positivos en los diferentes de estudios encontrados.

La circunstancia de ser el primer estudio de Mindfulness en un centro en La Rioja ha generado un gran interés en el centro donde se va a realizar el estudio. Podría ser el primer paso de validarse estos efectos buscados, para seguir implantando esta terapia a nivel laboral, no sólo en los profesionales, sino también en los pacientes.

## **2. Hipótesis.**

H1. El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la reducción del estrés y la ansiedad.

H2.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la mejora de la empatía.

H3.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en cambios de los aspectos del desarrollo de Mindfulness (individual y social)

## **3. Objetivos.**

Objetivo general: Conocer el efecto de la intervención Mindfulness mediante el programa MSBR de las variables: estrés, ansiedad, empatía y aspectos del desarrollo del Mindfulness.

Objetivos específicos:

1. Conocer el grado de utilización de los ejercicios de Mindfulness.
2. Conocer los cambios de percepción en sus pensamientos, sentimientos o reacciones.

## **4. Metodología**

### **a. Diseño**

Al realizarse un estudio en el ámbito de la psicoterapia con una intervención educativa, el estudio que se llevará a cabo será un Ensayo Clínico Cuasi experimental. La asignación de los pacientes no es aleatoria aunque el factor de exposición es manipulado por el investigador. A su vez se trata de un Estudio Unifactorial, que estudia un entrenamiento antes (PRE) y después (POST)), basado en una muestra de conveniencia con un grupo experimental y otro control, por lo que la muestra no ha sido aleatorizada, como se refería anteriormente.

Una de las desventajas de los estudios cuasi experimentales es la validez interna, debido al grado de aleatoriedad, eficacia del entrenamiento y sus problemas de control de factores extraños.

Por otro lado derivado del propio estudio no se tiene la certeza de que la muestra sea representativa de la generalidad, por tanto, esto constituirá una amenaza a la validez externa, de donde se deriva una limitación del estudio.

### **b. Población y ámbito de estudio.**

La población elegida para llevar a cabo el estudio ha sido un grupo de profesionales de la salud de atención directa en el entorno socio sanitario. Todos ellos son trabajadores de un centro residencial de personas mayores (CASER RESIDENCIAL Logroño). Este entorno está volcado en los cuidados formales en el ámbito de la dependencia, predominando mayor número de mujeres.

Derivado de la población a estudio se han marcado los siguientes criterios:

Criterios de inclusión: trabajadores del centro socio sanitario de atención directa con los pacientes/usuarios.

Preferentemente con contrato indefinido o que lleven tiempo igual o superior a 6 meses trabajando en el centro.

Criterios de exclusión: trabajadores del centros socio sanitario que no den atención directa (personal de limpieza, mantenimiento...)

Personal recién incorporado al trabajo del centro.

### **c. Diseño muestral.**

Para asegurarnos que el número de sujetos fuera suficiente en caso de haber resultados de la variabilidad de las medidas y no de las diferencias individuales se fijó un mínimo de 10 personas. Si bien es cierto en situaciones experimentales con medidas intraindividuales, diez sería un mínimo muy justo, donde suelen aceptarse 15 o 20 en los estudios duros. Al final la muestra del estudio fue 11 personas en el grupo de intervención y 10 personas en el grupo control.

La asignación a los grupos no fue aleatoria, debido al volumen de personal del centro y a las características del momento. Uno de los motivos es que el personal auxiliar estaba inmerso en otro estudio lo que dificultaba la inclusión a iguales en este ensayo clínico. Esto redujo totalmente las posibilidades de aleatorización, y ya que los trabajadores Enfermeros no estaban incluidos en el anterior estudio del personal auxiliar fueron incluidos en su totalidad dentro del grupo de intervención. El resto de participantes fueron incluidos de manera discrecional y de conveniencia por las características del mismo (intervención educativa, asistencia a las intervenciones semanales...)

#### **d. Variables y métodos de medida.**

La variable independiente contemplada en este estudio es el tratamiento/intervención Mindfulness.

Como variables dependientes se han tomado: estrés y ansiedad medidas por STAI, empatía medidas por Jefferson y habilidad Mindfulness personal y social medidas por MAAS y SoMi respectivamente.

#### **e. Fuentes de información.**

Los cuestionarios usados en el estudio han sido:

- Cuestionario de empatía de Jefferson
- Cuestionario de ansiedad (estado rasgo) STAI
- Cuestionarios de atención plena (MAAS)
- Cuestionario Hostilidad Social y Mindfulness (SoMi)

#### Cuestionario de empatía de Jefferson

Se creó la Escala de Empatía Médica de Jefferson (Jefferson Scale of Physician Empathy – JSPE), un instrumento para el idioma inglés pero que cuya validez y confiabilidad ha sido ampliamente demostrada en múltiples países. Hojat et al (2002) son los autores del mismo y fue aprobado en lengua castellana por Alcorta. A., et al., (2005) en Valencia (Venezuela).

Esta escala evalúa la empatía en tres dimensiones: Toma de perspectiva, compasión y ponerse en el lugar del otro. La versión usada en este estudio es la adaptada y validada al castellano.

Los puntajes de la EEMJ pueden fluctuar entre un mínimo y un máximo; mientras más alto sea el puntaje, más empática la orientación del individuo (Hojat et al., 2002).<sup>45-46</sup>

#### Cuestionario de ansiedad (estado rasgo) STAI

El STAI se compone de ítems formulados en términos afirmativos y negativos (con la finalidad de evitar la aquiescencia), la escala evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición a responder al estrés..<sup>47-49</sup>

### Cuestionarios de atención plena (MAAS)

Para la medida de la atención plena se ha utilizado la escala MAAS elaborada por Brown y Ryan, en su versión en castellano. Consta de 15 ítems, con seis posibles respuestas en una escala de Likert, respecto a la frecuencia en que se experimentan sensaciones relacionadas con la vida diaria.<sup>50-51</sup>

### Cuestionario Hostilidad Social y Mindfulness (SoMi)

Este cuestionario se basa en el Mindfulness Social, que es ser reflexivo de los demás en el momento actual, y teniendo en cuenta sus necesidades y deseos antes de tomar una decisión. En segundo lugar, la atención social implica una "mente social" que reconoce las necesidades y deseos de los demás en el momento presente. Sin esto, la gente ni siquiera puede ver las preferencias de los demás. El tipo de comportamiento prosocial asociada con la atención social requiere que las personas (a) ver lo que otros pueden querer, y (b) actuar en consecuencia. Sin embargo, ser consistente sin pensar también puede ser el resultado de la *hostilidad social*, o la otra cara de la atención social. Mientras que la atención social implica una tendencia superior a la posibilidad de elegir la opción no único, la hostilidad social implica una tendencia superior a la oportunidad de tomar la opción única, lo que limita las opciones de la otra persona.<sup>52</sup>

### Propiedades psicométricas:

Cuestionario de empatía de Jefferson Ha sido publicada y evidencia apoyo de los indicadores psicométricos (validez de constructo y confiabilidad de consistencia interna) de la escala. Todos los reactivos que registraron coeficientes mayores a 0.30 que integraron el factor 1, fueron las preguntas redactadas en forma positiva. De las preguntas planteadas en forma negativa cargaron en un segundo factor con coeficientes mayores a 0.40. La consistencia interna fue de 0.74. A la hora de recoger los datos de cada cuestionario es necesario tener en cuenta los ítems que van en planteamiento negativo invirtiendo el resultado de los mismos (ítems 9 a 17).<sup>45-46</sup>

### Cuestionario de ansiedad (estado rasgo) STAI

Para este estudio se utilizó la adaptación española del “*Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*” (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger *et al.*, 1970; Spielberger *et al.*, 2008) El STAI es un autoinforme compuesto por 40 ítems diseñado para evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), la usada en este estudio. El marco de referencia temporal en el caso de la ansiedad como estado es «ahora mismo, en este momento» (20 ítems) y en la ansiedad como rasgo es «en general, en la mayoría de las ocasiones» (20 ítems). En muestras de la población española se han encontrado niveles de consistencia interna que oscilan, tanto para la puntuación total como para cada una de las subescalas, entre 0,84 y 0,93. La fiabilidad estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación total del STAI fue 0,93. En el caso

de la subescala ansiedad rasgo, el alfa de Cronbach ascendió a 0,88, oscilando los índices de discriminación entre 0,23 y 0,64. A la hora de recoger los datos de cada cuestionario es necesario tener en cuenta los ítems que van en dirección negativa invirtiendo el resultado de los mismos (ítems 1, 6, 7, 10, 13, 16,19).

Fiabilidad test-retest 0.73-0.86 (subescala Rasgo) Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85).<sup>47-49</sup>

#### Cuestionarios de atención plena (MAAS)

Los análisis psicométricos de la versión española de la MAAS mostraron buenas propiedades, tanto en términos de validez como de fiabilidad. El instrumento presentó una buena validez convergente con la Five Facets *Mindfulness* Questionnaire (FFMQ) así como discriminante respecto a la clínica depresiva.

Así mismo obtuvo unos buenos índices de fiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach de 0,89), una buena estabilidad temporal y replica la estructura unifactorial original que agrupa el 42,8% de la varianza total. Los resultados obtenidos resultan congruentes con los estudios realizados con la versión en inglés del instrumento. La MAAS es un instrumento de simple y rápida administración que nos permite evaluar la capacidad general de *Mindfulness* de un individuo y que puede ser utilizado tanto en la investigación clínica como en sujetos sanos.<sup>50-51</sup>

#### Cuestionario Hostilidad Social y Mindfulness (SoMi)

En este cuestionario muy reciente se mide la atención social bajo la lógica de tener que elegir entre un único y un producto multiplicado. El paradigma consta de 24 pruebas en total, divididos en 12 experimental (grupo A) y 12 ensayos de control (panel B), con 12 categorías diferentes de productos. Los 24 ensayos se ofrecen con el fin totalmente al azar, con los productos colocados al azar en una línea horizontal. Cada categoría de productos se utiliza dos veces, dividida en los ensayos, de tal manera que todos los productos son parte de un experimental así de un ensayo de control; si se ofrece una vez en una estructura de 3, también será parte de una estructura 4. *Mindfulness* Social se calcula como la proporción de opciones socialmente conscientes en los ensayos experimentales (0-1).<sup>52</sup>

#### Sistema de puntuación:

##### Cuestionario de empatía de Jefferson

Esta escala adaptada que se ha usado en el estudio se conforma por un total de 17 ítems en un sistema de respuesta *Likert* de 9 puntos. Puntúa de 1 a 9 las siguientes cuestiones que se presentan (1 nada de acuerdo a 9 muy de acuerdo)

La puntuación total en cada uno entre 17 y 153 puntos, obteniendo una puntuación media de 1 a 9, donde 9 indica máxima empatía.<sup>45-46</sup>



### Cuestionario de ansiedad (rasgo) STAI

Esta subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta *Likert* de 4 puntos según la intensidad (0= casi nunca/nada;1= algo/a veces;2= bastante/a menudo;3= mucho/casi siempre). La puntuación total en cada uno de las subescalas oscila entre 0 y 60 puntos, obteniendo una puntuación media de 0 a 3, donde 3 indica máxima ansiedad.<sup>47-49</sup>

### Cuestionarios de atención plena (MAAS)

Consta de una puntuación posible de 1 a 6, correspondiendo a las categorías: 1: “Casi siempre”, 2: “Muy frecuente” 3: “Algo frecuente”, 4: “Algo infrecuente”, 5: “Muy infrecuente”, y 6: “Casi nunca”, y cuyo total se expresa como la media de las respuestas, pudiendo ir por tanto, de 1 a 6, donde 6 indica máxima atención.<sup>50-51</sup>

### Cuestionario Hostilidad Social y Mindfulness (SoMi)

Mindfulness Social se calcula como la proporción de opciones socialmente conscientes en los ensayos experimentales (0-1). Obteniendo una puntuación máxima 12/12, oscilando de 0 a 1 punto, siendo 1 la máxima puntuación en cuanto a la elección de producto único.<sup>52</sup>

## **f. Recogida de los datos.**

Tras una interiorización al Mindfulness durante 3 meses, se acordó una planificación con el centro en cuanto a la intervención a llevar a cabo para el estudio.

El estudio fue llevado a cabo durante 6 semanas, entre las fechas 26 de marzo y 30 de abril de 2015. Cada semana se realizaba una intervención grupal de 2 horas de duración, con unos objetivos marcados así como tareas para casa por parte de cada uno de los participantes a llevar a cabo durante el resto de la semana hasta la siguiente intervención grupal.

Los datos recogidos de los autorregistros pre y post sólo han sido tratados por parte del autor de este TFM.

A continuación se detallan las intervenciones aplicadas durante las 6 semanas de estudio, basadas en el método MSBR, en este caso el modelo corto en relación con el original de 8 semanas.

### **Sesión 1: Introducción al Mindfulness (26/03/2015)**

**Objetivos:** Conocer el Mindfulness  
Atender al presente: Escuchar tu cuerpo, tus emociones, tus pensamientos, sin juzgar

### **Sesión 2: Estrés y ansiedad (01/04/2015)**

- Objetivos:** Conocer la información sobre el concepto de estrés, la reacción y la respuesta al estrés.  
Poner en práctica Mindfulness para reducir el estrés

### **Sesión 3: Observación del cuerpo, conflicto y percepción (09/04/2015)**

- Objetivos:** Conocer la conceptualización de conflicto y percepción. “El conflicto se encuentra en la percepción, no en el hecho”  
*“Cuando yo veo conflicto en una situación estoy poniendo atención a la situación. Entonces creo que el conflicto lo provoca la situación. Cuando vuelvo la atención al interior, y comprendo que toda situación en si misma es neutra, ni buena ni mala, voy dándome cuenta de que soy yo quien la interpreta, y la hago buena o mala. Al juzgar una situación esta se hace conflictiva o no, pero soy yo quien la crea, es mi percepción”*

### **Sesión 4: Eliminando bloqueos mentales (16/04/2015)**

- Objetivos:** Conocer cuáles son los bloqueos más frecuentes que impiden el desarrollo de la creatividad y desarrollo mental  
*“La resistencia es distracción. Renuncia al control. Este momento no puede ser de otra manera. Confía en él. Regálate paz. Agradece darte cuenta”*  
Poner en práctica ejercicios para mejorar en estos aspectos

### **Sesión 5: Autoestima, bienestar y aceptación (23/04/2015)**

- Objetivos:** Conceptualizar autoestima, bienestar y aceptación  
Observar cual es la actitud que adoptas hacia ti mismo/a, escuchar aquellos aspectos que no te agradan, ya sean atributos físicos, psicológicos, etc.  
Reconocer qué actitud adoptas ante estos aspectos: *quizás resignación, aceptación, rechazo, etc. ¿De qué manera tu actitud hacia lo que no te gusta de ti influye en tu bienestar?. ¿Podrían estos aspectos darte pistas de como orientas tu vida personal? En lugar de esforzarte en cambiar lo que eres, observa con atención, sonríe y respira conscientemente. Permite lo que no aceptas de ti, y en vez de buscar cambiarlo dedícate un tiempo para reconocerlo, investigarlo como parte de tu camino, y ver como el pensamiento que tú has creado, un hábito de tu mente. ¿Cómo percibes el mundo a tu alrededor de modo que te permita seguir alimentando esa imagen?*

### **Sesión 6: Compasión y autocompasión (30/04/015)**

- Objetivos:** Conocer qué es la compasión y la auto-compasión y cómo se relacionan con el Mindfulness

Las tareas llevadas a cabo por los participantes han sido similares a las llevadas a cabo en las intervenciones semanales grupales con el objeto de aumentar la práctica desde su casa. Para ello se ha hecho uso de material audiovisual, dándoles a cada participante del grupo de intervención un pendrive con el material a usar.

### **Tareas para casa sesión 1: Introducción al Mindfulness (Atención plena)**

**1-Observación consciente (caramelo u otro tipo de objeto):** volverte mucho más consciente de la realidad y descubrir detalles que pasan desapercibidos en nuestra atención diaria sobre las cosas.

**2- Un minuto de atención plena en la respiración:** tener una primera experiencia de aproximación al Mindfulness.

**3- Contemplación de las sensaciones corporales o “Body Scan”**

### **Tareas para casa sesión 2: Estrés y ansiedad**

**1-Observación consciente (una comida completa):** volverte mucho más consciente de la realidad y descubrir detalles que pasan desapercibidos en nuestra atención diaria sobre las cosas.

**2- 5 minutos de atención plena en la respiración:** tener una primera experiencia de aproximación al Mindfulness.

**3- Repetir un día de la semana la visualización guiada (audio relajación sesión 2 pendrive)**

**4- Repetir un día de la semana la meditación (audio meditación sesión 2 pendrive) “Body-scan”**

### **Tareas para casa sesión 3: Observación del cuerpo, conflicto y percepción**

**1-Observación consciente (LAVARSE LOS DIENTES):** volverte mucho más consciente de la realidad y descubrir detalles que pasan desapercibidos en nuestra atención diaria sobre las cosas.

**2-Meditación: podéis usar cualquier otro de los del pendrive o de los enlaces web**

Audio d-meditación-1 (+- 22 minutos)

**3-Relax: podéis usar cualquier otro de los del pendrive o de los enlaces web**

Audio relax6 (+9 minutos)

### **Tareas para casa sesión 4: Eliminando bloqueos mentales**

**1-Observación consciente (LAVARSE LOS DIENTES):** volverte mucho más consciente de la realidad y descubrir detalles que pasan desapercibidos en nuestra atención diaria sobre las cosas.

**2- Meditación: podéis usar cualquier otro de los del pendrive o de los enlaces web**

Audio d-meditación-1 (+- 22 minutos) o cualquier otro

**3-Relax: podéis usar cualquier otro de los del pendrive o de los enlaces web**

Audio relax6 (+-15 minutos)

### **Tareas para casa sesión 5: Autoestima, bienestar y aceptación**

**1-Observación consciente (LAVARSE LOS DIENTES):** volverte mucho más consciente de la realidad y descubrir detalles que pasan desapercibidos en nuestra atención diaria sobre las cosas.

**2- Meditación: podéis usar cualquier otro de los del pendrive o de los enlaces web**

Audio d-meditación-1 (+- 22 minutos) o cualquier otro

**3- Cantar mantras:** tomar contacto con el efecto que la música tiene sobre ti y serenar la mente. Audio Shima Shima (+-15 minutos) Respiración más Shima

Cuando realicéis la meditación pensar en este texto:

Lo único que tienes que hacer es detener tus pensamientos, y los pensamientos no se detienen tratando de detenerlos.  
Los pensamientos se detienen observándolos y no haciéndoles caso.  
Hay una pared entre tus pensamientos y la conciencia.  
Rompe esa pared en tu mente, y deja que los pensamientos fluyan hacia la conciencia donde serán trascendidos totalmente y la conciencia será tu realidad.  
Así que no te pelees con tus pensamientos.  
No trates de hacer que las cosas sucedan.

Tras la sesión 6 no se envió ninguna tarea para casa, dejando en mano de cada participante la voluntad de seguir con la práctica de Mindfulness.

El entorno donde se realizaban las intervenciones grupales era una sala del propio centro donde realizan de forma habitual la formación continuada de los profesionales, con todos los materiales necesarios para llevarlo a cabo, así como amplitud suficiente para llevar a cabo las actividades de meditación bien tumbados, sentados o andando), sin factores externos que pudieran interrumpir la sesión.

En la sala sólo permanecía el grupo de intervención con el autor del TFM que guiaba las sesiones semanales.

### **g. Análisis de datos.**

#### **H1. El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la reducción del estrés y la ansiedad**

Para esta hipótesis se tomarán los resultados del questionario STAI por participante de cada grupo PRE y POST. Se realizará un contraste para datos apareados y comprobar si existen diferencias significativas entre las medias de las dos variables, primero dentro de cada grupo del estudio,

Posteriormente se realizará un test t de muestras independientes para comparar las medias entre ambos grupos.

## **H2.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la mejora de la empatía**

Para esta hipótesis se tomarán los resultados del cuestionario de empatía de Jefferson por participante de cada grupo PRE y POST Se realizará un contraste para datos apareados y comprobar si existen diferencias significativas entre las medias de las dos variables, primero dentro de cada grupo del estudio, Posteriormente se realizará un test t de muestras independientes para comparar las medias entre ambos grupos.

## **H3.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en cambios de los aspectos del desarrollo de Mindfulness (individual y social)**

Para esta hipótesis se tomarán los resultados del cuestionario de atención plena (MAAS) y del cuestionario SoMi por participante de cada grupo PRE y POST Se realizará un contraste para datos apareados y comprobar si existen diferencias significativas entre las medias de las dos variables, primero dentro de cada grupo del estudio. Posteriormente se realizará un test t de muestras independientes para comparar las medias entre ambos grupos.

### **h. Consideraciones éticas**

#### I. Declaración del Consentimiento Informado:

Teniendo en cuenta las consideraciones éticas (Declaración de Helsinki<sup>53</sup>) y tras haber sido informado de manera anterior el Comité de Ética de Caser Residencial por medio de la dirección del Centro se procede a elaborar los consentimientos informados y pasarlos a los integrantes del estudio.

Se adjuntan en los anexos (I y II) los diferentes modelos, para grupo control y para grupo intervención. Estos consentimientos informados fueron recogidos por el autor del TFM al inicio del estudio. Acompañando al consentimiento informado se elaboró una carta a los profesionales solicitando su participación en el mismo (anexo III).

En los consentimientos informados ha permanecido el anonimato de los participantes así como en el manejo de datos, cuantificando a cada participante con un número sobre el que trabajar estadísticamente.

El estudio no ha sido usado para difundir los resultados del estudio.

El centro dio su consentimiento de manera verbal, estando en el estudio la dirección del centro. Los datos obtenidos de los participantes se han registrado según la legislación vigente sobre la ley de protección de datos.<sup>54</sup>

## **5. Resultados.**

### 1. Características de la muestra:

La muestra ha estado compuesta por 20 participantes, 11 en el grupo de intervención y 9 en el grupo control. En el post un cuestionario del grupo de intervención no fue devuelto perdiendo los datos de este participante en T2.

La media de edad en el grupo de intervención fue de 28,63 años con una desviación estándar de 6,95, siendo en el grupo control de 37,44 años con una desviación estándar de 12,74.

En cuanto a la distribución por sexos, el grupo de intervención estaba compuesto por 10 mujeres y 1 varón, estando formado el grupo control por 9 mujeres.

Las categorías laborales a las que pertenecían los participantes del grupo de intervención fueron: 7 enfermeros, 1 auxiliar de enfermería, 1 directora del centro, 1 psicóloga y 1 supervisora. En el grupo control se incluían: 3 auxiliares de enfermería, 2 médicos, 2 recepcionistas, 1 terapeuta ocupacional y 1 trabajador social.

Las medias totales de las variables dependientes del estudio fueron: Empatía (T1=7,62, T2= 7,93), Ansiedad (T1=0,88, T2=0,75), Mindfulness como habilidad personal –MAAS- (T1=4,67, T2= 4,71), Mindfulness como habilidad social –SoMi- (T1=0,43, T2=0,40).

En cuanto a los resultados de las hipótesis planteadas:

**H1. El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la reducción del estrés y la ansiedad.**

$H_0 \mu \text{ PRE STAI} = \mu \text{ POST STAI}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario STAI son iguales en PRE (T1) y POST (T2)

$H_1 \mu \text{ PRE STAI} \neq \mu \text{ POST STAI}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario STAI son diferentes en PRE (T1) y POST (T2)

**H2.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la mejora de la empatía.**

$H_0 \mu \text{ PRE Jefferson} = \mu \text{ POST Jefferson}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario Jefferson son iguales en PRE (T1) y POST (T2)

$H_1 \mu \text{ PRE Jefferson} \neq \mu \text{ POST Jefferson}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario Jefferson son diferentes en PRE (T1) y POST (T2)

**H3.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en cambios de los aspectos del desarrollo de Mindfulness (1-individual (MAAS) y 2-social (SoMi)).**

1.- $H_0 \mu \text{ PRE MAAS} = \mu \text{ POST MAAS}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario MAAS son iguales en PRE (T1) y POST (T2)

$H_1 \mu \text{ PRE MAAS} \neq \mu \text{ POST MAAS}$

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario MAAS son diferentes en PRE (T1) y POST (T2)

2.-H<sub>0</sub>  $\mu$  PRE SoMi =  $\mu$  POST SoMi

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario SoMi son iguales en PRE (T1) y POST (T2)

H<sub>1</sub>  $\mu$  PRE SoMi  $\neq$   $\mu$  POST SoMi

Los valores de las medias obtenidas en el cuestionario SoMi son diferentes en PRE (T1) y POST (T2)

Posteriormente se ha realizado un test t para muestras independientes para la diferencia de medias de ambos grupos y todas las variables. Hipótesis:

H<sub>0</sub>  $\mu$ STAIT1 grupo intervención=  $\mu$ STAIT1 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ STAIT1 grupo intervención $\neq$   $\mu$ STAIT1 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ STAIT2 grupo intervención=  $\mu$ STAIT2 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ STAIT2 grupo intervención $\neq$   $\mu$ STAIT2 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ MAAST1 grupo intervención=  $\mu$ MAAST1 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ MAAST1 grupo intervención $\neq$   $\mu$ MAAST1 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ MAAST2 grupo intervención=  $\mu$ MAAST2 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ MAAST2 grupo intervención $\neq$   $\mu$ MAAST2 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ EMPATIAT1 grupo intervención=  $\mu$ EMPATIAT1 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ EMPATIAT1 grupo intervención $\neq$   $\mu$ EMPATIAT1 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ EMPATIAT2 grupo intervención=  $\mu$ EMPATIAT2 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ EMPATIAT2 grupo intervención $\neq$   $\mu$ EMPATIAT2 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ SoMiT1 grupo intervención=  $\mu$ SoMiT1 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ SoMiT1 grupo intervención $\neq$   $\mu$ SoMiT1 grupo control

H<sub>0</sub>  $\mu$ SoMiT2 grupo intervención=  $\mu$ SoMiT2 grupo control

H<sub>1</sub>  $\mu$ SoMiT2 grupo intervención $\neq$   $\mu$ SoMiT2 grupo control

En la tabla 1 se pueden ver los resultados obtenidos estadísticamente.

Tabla 1: Paired Samples Test and Welch Two Sample t-test					
Paired Samples Test					
G. INTERVENCIÓN	Mean T1	Mean T2	t	df	p-value
STAI1 – STAI2	0,90	0,69	3,89	9	0,004
MAAS1 – MAAS2	4,38	4,55	-1,73	9	0,117
EMPATI1 – EMPAT2	7,62	7,93	-3,16	9	0,012
SOMI1 – SOMI2	0,42	0,44	-0,64	9	0,540
G. CONTROL	Mean T1	Mean T2	t	df	p-value
STAI1 - STAI2	0,84	0,82	0,23	8	0,004
MAAS1 - MAAS2	5,04	4,90	0,59	8	0,117
EMPATI1 - EMPAT2	7,62	7,49	0,35	8	0,012
SOMI1 - SOMI2	0,43	0,36	0,27	8	0,540
Welch Two Sample t-test entre grupos					
AMBOS GRUPOS	Mean (G. INTERVENCIÓN)	Mean (G. CONTROL)	t	df	p-value
STAI1	0,90	0,84	-0,43	17,06	0,668
STAI2	0,69	0,82	0,86	16,72	0,398
MAAS1	4,38	5,04	1,86	17,91	0,086
MAAS2	4,55	4,90	1,25	16,85	0,231
EMPATI1	7,62	7,62	-0,01	11,16	0,989
EMPATI2	7,93	7,49	-1,07	11,22	0,283
SOMI1	0,42	0,43	0,21	17,43	0,834
SOMI2	0,44	0,36	-0,75	16,99	0,461



**H1. El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la reducción del estrés y la ansiedad**

Una vez realizado el Test T para datos relacionados en el grupo de intervención obtenemos un p-value=0,04 a un IC95%. Por lo que rechazamos la  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ , pudiendo afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la ansiedad antes y después del programa Mindfulness en el grupo de intervención.

**H2.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la mejora de la empatía**

Una vez realizado el Test T para datos relacionados en el grupo de intervención obtenemos un p-value=0,012 a un IC95%. Por lo que rechazamos la  $H_0$  y aceptamos  $H_1$ , pudiendo afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la empatía antes y después del programa Mindfulness en el grupo de intervención.

**H3.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en cambios de los aspectos del desarrollo de Mindfulness (individual y social)**

Una vez realizado el Test T para datos relacionados en el grupo de intervención obtenemos un p-value=0,117 a un IC95% para Mindfulness individual y un p-value=0,540 Por lo que para ambos resultados no rechazamos la  $H_0$  no pudiendo afirmar que haya diferencias estadísticamente significativas entre las medias de Mindfulness antes y después del programa en el grupo de intervención.

En el grupo control no ha habido diferencias significativas en ninguna de las variables tras su análisis estadístico con p-value  $>0.05$  por lo que no rechazamos  $H_0$  y no pudiendo afirmar que haya diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la empatía, estrés y ansiedad y aspectos Mindfulness en T1 y T2.

En cuanto a la comparación de medias pre y post de cada variable entre ambos grupos, test t muestras independientes, obtenemos p-value  $>0.05$  en todas las variables por lo que no rechazamos  $H_0$  y no pudiendo afirmar que haya diferencias estadísticamente significativas entre las medias de la empatía, estrés y ansiedad, y aspectos Mindfulness en T1 y T2 entre grupo control y grupo intervención.

Los resultados obtenidos nos marcan unas diferencias significativas en el grupo de intervención en 2 variables. Por un lado se observa una disminución de la ansiedad en el grupo de intervención, así como un aumento de la empatía.

Si bien en las otras 2 variables de manejo de Mindfulness no se han obtenido diferencias significativas, al igual que en el grupo control donde no se han dado diferencias significativas en ninguna de las variables.

Lo que se puede recalcar es que al inicio (T1) los grupos eran similares y la tendencia en el grupo de intervención es positiva, aunque estos datos deben tomarse con cautela al ser un grupo tan reducido para el estudio.

Tampoco se han obtenido diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables.

En las figuras 1 y 2 se puede observar la tendencia de las 2 variables donde se han obtenido diferencias significativas (ansiedad y empatía) en ambos grupos.

Figura 1: Diagrama de Caja. Medias Pre y Post Empatía.

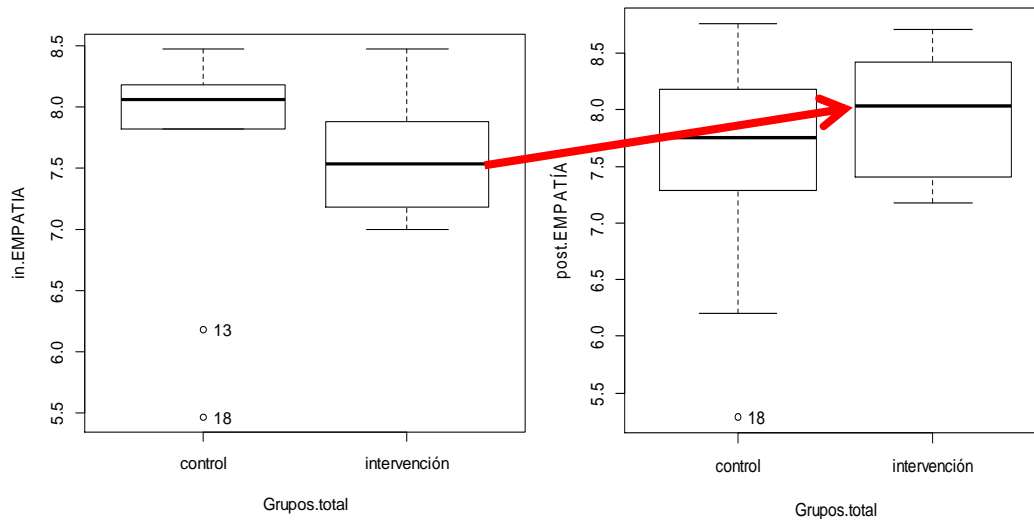
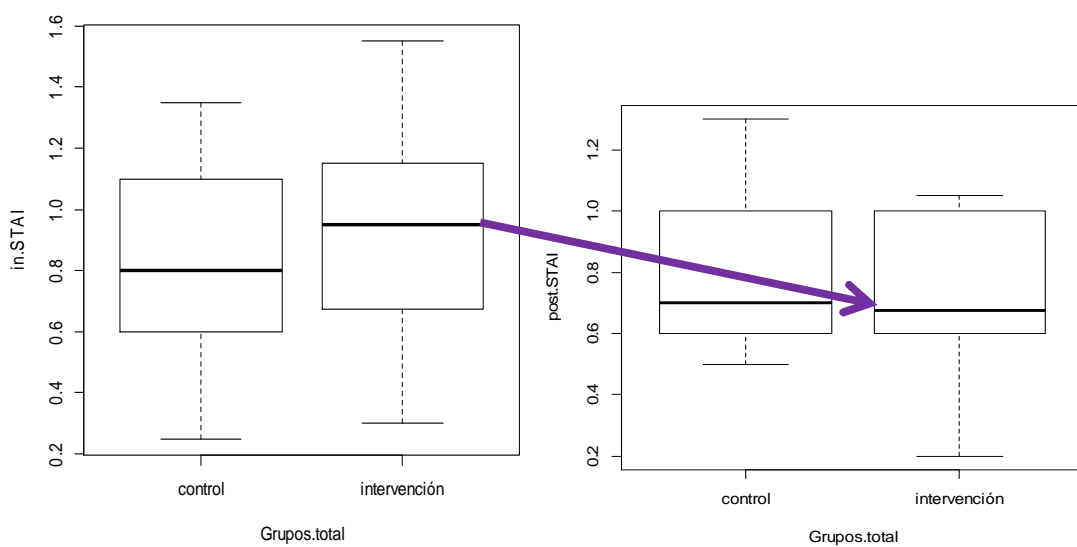


Figura 2: Diagrama de Caja. Medias Pre y Post Estrés y Ansiedad.



Como resultados secundarios destacar la asistencia a las intervenciones semanales, la cual fue igual o superior al 80%.

Los cambios que semanalmente reflejaban los participantes fueron:

1. Práctica de ejercicios: la práctica fue llevada a cabo por todos ellos, si bien en algunos radicaban dificultades o limitaciones, como no encontrar el momento adecuado donde no hubiera interrupciones, dificultad a la hora de concentrarse adecuadamente en la tarea, especialmente en las primeras semanas de estudio, así como dificultad para concentrarse en la respiración.

2. Percepción cambio atención plena: mayoritariamente en cuanto a la percepción de llevar las tareas diariamente con atención plena no fue reflejada con tanta intensidad sobre todo en las primeras sesiones, pero sí la percepción de que cada vez eran más conscientes de lo que habían realizado sin atención plena, tanto en su entorno personal como laboral.

Los cálculos estadísticos han sido realizados con el programa informático estadístico R<sup>55</sup>, siendo corroborados con el programa SPSS.

## **6. Discusión.**

Este estudio nos lleva a un planteamiento en cuanto al cambio de las variables a estudio tras una intervención educativa Mindfulness en el grupo de intervención. Esta intervención se ha llevado a cabo por medio del programa MBSR durante 6 semanas, una versión reducida del original MBSR de 8 semanas.

Se han puesto a estudio los cambios en estrés y ansiedad, empatía, y Mindfulness como habilidad personal y social en un grupo de intervención y en un grupo control.

Se han incluido en este capítulo la discusión y la interpretación de los hallazgos encontrados en este estudio, así como una comparación de los mismos con la literatura existente.

En este estudio se han verificado 2 de las 3 hipótesis planteadas para el grupo de intervención en las variables estrés y ansiedad, y empatía, para un IC95% sin obtener cambios en ninguna de las hipótesis en el grupo control en el que no se ha llevado a cabo la Intervención Mindfulness.

Entre grupos no ha habido cambios significativos en ninguna de las variables estudiadas en T2.

En definitiva se ha conseguido conocer el efecto de la intervención Mindfulness mediante el programa MBSR y alcanzar los objetivos marcados en esas variables en las cuales ha descendido el grado de estrés y ansiedad y ha aumentado el grado de empatía en los profesionales del centro, verificando dichas hipótesis y corroborando los resultados con otros estudios similares en el grupo de intervención.

Así mismo también se ha dado respuesta a los objetivos específicos en cuanto a conocer el grado de utilización de los ejercicios Mindfulness y los cambios de percepción en el grupo de Intervención.

### **H1. El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la reducción del estrés y la ansiedad.**

Revisando la variable estrés y ansiedad en la que hemos encontrado mejora y disminución de los niveles, encontramos estudios que si bien los más actuales el número de participantes es mayor en ellos, los resultados post-intervención respaldan los obtenidos en este estudio.

En el estudio realizado por Martín Asuero et al<sup>6</sup> (2005) se llevó a cabo un programa de intervención MBSR de 8 semanas en profesionales de la salud para valorar la reducción de estrés. La muestra fue mayor que la de este estudio compuesta por 28 personas de los que 16 eran profesionales socio sanitarios como los que componen este estudio. Los resultados medidos fueron también significativos con p-value <0,001 y una asistencia similar al estudio presentado. El estudio es del año 2005 y es de los primeros que he encontrado en España al respecto en cuanto a profesionales de la salud.

Otro de los estudios revisados con un programa MBSR de 10 sesiones llevado a cabo por León et al<sup>26</sup> (2011) con una muestra experimental de 20 personas y control de 17 compuesta por un 83,3% de mujeres. Usaron el mismo cuestionario STAI pero registrando el cuestionario completo con sus dos subescalas (Estado y Rasgo) encontrando diferencias significativas en todas sus variables con p-value de 0,001.

En la revisión sistemática llevada a cabo por Miró et al<sup>25</sup> (2011) se encuentran 2 estudios similares (Lee 2007 –Corea del Sur) y (Ramel 2004 –USA-). El primero consistió en un ECA y en su comparación también encontraron mejoría significativa en las escalas de ansiedad (STAI) con una muestra de 46 personas. En el segundo estudio la muestra fue de 27 personas sin ser un ensayo clínico con los mismos resultados en cuanto a la reducción de los niveles de ansiedad.

Martín Asuero ha sido uno de los investigadores en España que ha seguido realizando este tipo de estudios. En el año 2010 volvió a obtener resultados significativos aumentando la muestra de estudio.<sup>8</sup>

En el año 2013 el estudio se realizó en profesionales de atención primaria ampliando el tiempo de intervención a 1 año y la muestra del mismo, donde también se obtuvieron resultados significativos.<sup>27</sup>

Otros estudios revisados realizados fuera de España como el de Simor et al<sup>56</sup> (2011, Hungría) con una muestra de 587 personas, muestran resultados similares en el cuestionario STAI en este caso con p-value <0,01.

Resultados similares los encontramos en los estudios de Vøllestad et al<sup>57</sup> (2011, Noruega) o el de Hoge et al<sup>58</sup> (2013, Boston (USA)).

Estos resultados encontrados nos permiten respaldar los resultados de este estudio, aunque si bien es cierto que las muestras en casi todos ellos son de una magnitud bastante mayor, en cuanto a diferencias en los estudios, así como la aleatorización de las personas o el tiempo de intervención. Para poder hacer una comparación más exhaustiva la muestra debiera de ser más parecida a los estudios encontrados.

## **H2.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en la mejora de la empatía.**

La segunda variable con diferencias significativas ha sido la empatía. El estudio de Martín Asuero et al<sup>27</sup> midió la empatía con el mismo cuestionario usado en este estudio, la Escala de Jefferson. También encontró diferencias significativas en su estudio respecto a esta variable, la diferencia radicó en la muestra y en el tiempo de intervención.

Otro estudio llevado a cabo en Nueva York en 2013 por Barbosa et al<sup>59</sup> midieron el efecto por medio del MBSR de 8 semanas en estudiantes de la salud, en el cual para medir la empatía usaron el mismo cuestionario. 33 personas completaban la muestra divididos en 2 grupos al igual que este estudio. El p-value de este estudio fue 0,0096 a un IC95%.

Sin embargo un estudio del año 2010 llevado a cabo en Canadá por Birnie et al<sup>60</sup> no encontraron diferencias significativas tras pre y post intervención aunque sí en las diferentes dimensiones de la escala que usaron, EC (Empathic Concern). En este caso el estudio se llevó a cabo sobre pacientes con enfermedades crónicas y no sobre profesionales de la salud con un total pre-post de 51 participantes de los 104 iniciales.

Los 2 primeros estudios encontrados y revisados que han llevado a cabo el mismo tipo de estudio y valorado la empatía con el mismo instrumento respaldan los resultados de este estudio.

Si bien el tercer estudio es contradictorio, debemos remarcar la diferencia de las personas a estudio (en este caso pacientes), y la pérdida de la mitad de la muestra en T2.

Por ello creo que los estudios que la respaldan son suficientes para corroborar los resultados.

## **H3.- El entrenamiento en Mindfulness tendrá efectos significativos en cambios de los aspectos del desarrollo de Mindfulness (individual y social)**

La tercera variable a estudio, Mindfulness como habilidad personal y social, no se ha verificado en la hipótesis propuesta, donde no hemos obtenido diferencias significativas.

Diferentes estudios encontrados contradicen los resultados de este estudio para esta hipótesis, donde se valora el grado de desarrollo del Mindfulness (atención plena) pre-post. Sí se encuentran resultados significativos pre-post en diferentes estudios: Brown y Ryan<sup>3</sup> (2003), Martín Asuero<sup>27</sup> (2013), Medeiros y Pulido<sup>61</sup> (2011) una experiencia piloto con 12 participantes mujeres funcionarias en el Hospital de Santiago de Chile. Carmody et al<sup>62</sup> (2009), Feicht et al<sup>63</sup> (2013). Algunos de ellos han usado otro tipo de instrumento validado para esta variable.

El hecho de ser contradictorio nos hace ver las diferencias sobre la muestra de este estudio, en cuanto a número, distribución por sexo así como su no aleatorización y el tiempo de intervención que ha sido de 6 semanas.

Este mismo aspecto puede ser el motivo sobre el no haber encontrado diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables.

Cabe a destacar como punto fuerte del estudio la posibilidad de haber reproducido al completo una intervención Mindfulness basada en MBSR en el modelo reducido de 6 semanas, manteniendo una asistencia semanal elevada así como haber tenido sólo una pérdida en T2 por no haber sido devuelto los cuestionarios a tiempo, así como haber verificado 2 de las 3 hipótesis planteadas.

En cuanto a las limitaciones metodológicas:

- 1) La muestra seleccionada ha sido a conveniencia y no aleatorizada por las características y personal del momento.
- 2) Los resultados obtenidos pueden ser robustos para este grupo con sus características pero no como para generalizar los resultados de una manera completa.
- 3) Hay orientaciones en cuanto a las características de los instructores en MBSR.<sup>64</sup> El estudio ha sido llevado a cabo por el autor del trabajo tras haber realizado una iniciación al Mindfulness anteriormente, no siendo instructor certificado.
- 4) Se han revisado estudios en los que la intervención es superior a las 8 semanas originales, encontrando estudios de 1 año de duración. Este aspecto nos puede plantear si la prolongación temporal del estudio mejora los resultados, ya que los estudios más actuales mantienen temporalidades más largas.
- 5) Así mismo el desconocimiento de si los resultados tras una vez acabada la intervención Mindfulness se mantienen en el tiempo o se pierden volviendo a los obtenidos en T1.

## **7. Conclusiones**

- 1) Tras una intervención Mindfulness mediante el programa MBSR podemos concluir que los beneficios que se reflejan en el estudio son cuanto a la efectividad en la reducción de estrés y ansiedad y aumento de la empatía, habilidades fundamentales para los profesionales de la salud.
- 2) Aunque no ha habido diferencias significativas en el aumento del estado Mindfulness (personal y social), sí que la percepción de los participantes invita a una tendencia positiva del programa tras 6 semanas de intervención.
- 3) El hecho de no haber encontrado diferencias significativas en el grupo control remarcan los beneficios y la efectividad de este tipo de intervenciones que además carecen de efectos negativos en las personas.
- 4) El acogimiento del programa Mindfulness mediante MBSR ha sido alentador en cuanto a su asistencia y participación y la posibilidad de seguir ampliando este tipo de estudios en el sector sanitario y socio sanitario.

Las implicaciones para la enfermería y resto de profesionales de la salud son muy positivas tanto a nivel personal como profesional.

El hecho de que mediante este tipo de intervenciones se mejoren las habilidades estudiadas propicia a una mejor intervención profesional con los pacientes, así como el hecho de haber incluido al resto de profesionales, ya que el trabajo en equipo es esencial en la profesión sanitaria.

El nivel de empatía en los profesionales lleva asociado de manera inherente una mejor atención y percepción de los pacientes sobre el trabajo de los profesionales.

El no conocimiento del Mindfulness ha sido generalizado al inicio de la Intervención por todos los participantes del estudio, por lo que este estudio en un centro socio sanitario puede ser el inicio de una práctica que reporta beneficios tanto a nivel personal como profesional, pudiendo seguir llevándose a cabo con posterioridad.

En cuanto a las recomendaciones para investigaciones futuras pueden ser:

- 1) Llevar a cabo el estudio aumentando la muestra y realizando una aleatorización adecuada y no por conveniencia.

2) El hecho de realizar el estudio en un centro concreto limita este tipo de cuestiones pudiendo ampliar el entorno de investigación a la inclusión de más centros que además permitiera comparar resultados entre grupos y entre centros.

3) Se podría optar por la realización de un programa MBSR de 8 semanas, llevando a cabo el modelo original pudiendo comparar resultados con los obtenidos en el programa reducido, verificando si el tiempo de intervención también puede ser influyente en los resultados.

4) Podría ser interesante incluir en los futuros estudios la percepción de los pacientes pre-post intervención en cuanto a las intervenciones profesionales llevadas a cabo por los participantes durante el tiempo de la investigación..



## 8. Referencias.

- 1 García Campayo J. “La práctica del estar atento (Mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales”, *Aten Primaria*. 2008; 40(7):363-66.
- 2 Felipe A., Rovira T, Martín-Asuero A. “Mindfulness y regulación emocional: un estudio piloto”, *Revista de Psicoterapia*. 2014; 25 (98): 123-32.
- 3 Brown K, Ryan R. “The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being”, *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84 (4): 822-48
- 4 Brown K, Ryan R, Creswell JD. “Mindfulness: Theoretical Foundations and Evidence for its Salutary Effects”, *Psychol Inq*. 2007; 18(4): 211-37.
- 5 Aguado JI, Bátiz A, Quintana S. “El estrés en personal sanitario hospitalario; estado actual”, *Med Segur Trab (Internet)* 2013; 59 (231): 259-75
- 6 Martín A, García G, Benito E. “Reducción de estrés mediante atención plena: La técnica MSBR en la formación de profesionales de la salud”, *Análisis y Modificación de Conducta*. 2005; 31(139):557-71
- 7 Rodríguez. R, de Rivas S. “Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención”, *Med Segur Trab (Internet)* 2011; 57 (1): 72-88
- 8 Martín A, García G. “El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud”, *Spanish Journal of Psychology*. 2010;13(2):895- 903.
- 9 Cano A. “Los desórdenes emocionales en atención primaria”, *Ansiedad y estrés*. 2011; 17(1): 75-97.
- 10 García J, Muiños R, Ferrer-García M, Tous J. “La ansiedad como estigma: el estereotipo de la persona ansiosa en la población clínica, sanitaria y general”, *Anuario de Psicología*.2012; 42(1):113-27.
- 11 Franco JC. “Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (Mindfulness)”, *Aten Primaria*. 2010; 42:564–70.
- 12 Gantiva C, Luna A, Dávila A, Salgado MJ. “Estrategias afrontamiento en personas con ansiedad”, *Psychologia: avances de la disciplina*. 2010; 4(1):63-70.
- 13 Hojat M, Louis D, Maio V, Gonnella J. “Empathy and Health Care Quality”, *American Journal of Medical Quality*. 2013; 28 (1): 6-7.
- 14 Galán J.M, Romero R, Morillo MS, Alarcón JM. “Descenso de empatía en estudiantes de enfermería y análisis de posibles factores implicados”, *Psicología Educativa*. 2014; 20: 53-60.
- 15 Miró MT. “La atención plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia”, *Revista de Psicoterapia*.2006; 17(2): 31-76.
- 16 Hart MD. “Clinical Applications for Meditation”, *Alternative and Complementary Therapies*. 2007; 2: 24-29.
- 17 Pérez MA, Botella L. “Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas”, *Revista de Psicoterapia*. 2006; 17(2):77-120.
- 18 Sánchez G. “Meditación, *Mindfulness* y sus Efectos biopsicosociales. Revisión de literatura”, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2011; 14(2): 223-54.

- 19 Greeson, JM. “Mindfulness Research Update: 2008”, *Complementary Health Practice Review*. 2009; 14 (1):10-18.
- 20 Kerr , Sacchett M, Lazar S, Moore C, Jones S. “Mindfulness starts with the body: somatosensory attention and top-down modulation of cortical alpha rhythms in mindfulness meditation”, *Frontiers in Human Neuroscience*. 2013; 7(12): 1-15.
- 21 Hölzel B et al. “Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density”, *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2011; 191(1): 36-43.
- 22 Liétor N, Fortis M, Moraleda S. “Mindfulness en medicina”, *Med Fam Andal*. 2013; 2:166-179.
- 23 Keng S, Smoski M, Robins C.”Effects of Mindfulness on psychological health: A review of empirical studies”, *Clinical Psychology Review*. 2011; 31: 1041-56.
- 24 Franco C, Mañas I, Justo E. “Mejora en algunas dimensiones de salud percibida en pacientes con fibromialgia mediante la aplicación de un programa de meditación Mindfulness”, *Psychology, Society, & Education*. 2010; 2 (2):117-30.
- 25 Miró MT, et al. “Eficacia de los tratamientos basados en Mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2011; 16 (1): 1-14.
- 26 León C. et al “Mindfulness para la reducción del malestar emocional en pacientes oncológicos. Estudio comparativo con una intervención psicoeducativa estándar”, *Psicooncología*. 2013; 10(2):263-74.
- 27 Martín-Asuero A, Rodríguez T, Pujol E, Berenguera A, Moix J. “Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness en profesionales de atención primaria”, *Gaceta Sanitaria*. 2013; 27(6):521-28.
- 28 Simón V. “Mindfulness y neurobiología”, *Revista de Psicoterapia*.2006; 17(2): 5-30.
- 29 Parra M, Montañés J, Montañés M, Bartolomé R. “Conociendo Mindfulness”, *Ensayos, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*. 2012; 27:29-46.
- 30 Kabat-Zinn, J. “An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results”, *General Hospital Psychiatry*. 1982; 4: 33–47.
- 31 Linehan, M “Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.” New York: Guilford; 1993a.
- 32 Hayes S, Pistorello J, Levin M. “Acceptance and Commitment Therapy as a Unified Model of Behavior Change”, *The Counseling Psychologist*. 2012; 40(7):976-1002.
- 33 Crane C. et al. “The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the Staying Well after Depression Trial”, *Behaviour Research and Therapy*. 2014; 63: 17-24.
- 34 Irrázaval L. “Psicoterapia basada en *Mindfulness*: un antiguo método para una nueva psicoterapia”, *Rev Psiquiatría Universitaria*. GPU 2010; 6(4): 465-71.
- 35 Bazarko D, Cate R., Kreitzer M. “The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting”, *Journal of Workplace Behavioral Health*. 2013; 28:107-33.
- 36 Klatt M, Buckworth J, Malarkey W. “Effects of low-dose mindfulness- based stress reduction (MBSR-ld) on working adults”, *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*. 2009; 36(3): 601-14.

- 37 Pipe T, Bortz J, Dueck A, Pendergast D, Buchda V, Summers J. “Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial”, *Journal of Nursing Administration*. 2009; 39(3):130-37.
- 38 Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordoba M. “Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial”, *International Journal of Stress Management*. 2005; 12(2):164-76.
- 39 Sarenmalm K et al.: Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer, *BMC Complementary and Alternative Medicine*. 2013; 13:248.
- 40 Smith J, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. “Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review”, *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52(3):315-27.
- 41 Carlson L, Garland S. “Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients”, *International Journal of Behavioral Medicine* 2005; 12(4): 278-85.
- 42 Asmaee S, Seghatoleslam T, Homan H, Akhvast A, Habil H. “Effect of Mindfulness Based Stress Management on Reduction of Generalized Anxiety Disorder”, *Iranian J Publ Health*. 2012; 41(10):24-28.
- 43 McCabe K, Mackenzie E. “The Role of Mindfulness in Healthcare Reform: A Policy Paper”, *Explore*. 2009; 5(6): 313-23.
- 44 De Marzo M, Cebolla A, García-Campayo J “The implementation of Mindfulness in healthcare systems: a theoretical analysis”.*Psychiatry*, *Medicine and primary care*.2015;34(2):166-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2014.11.013>
- 45 Hojat et al. “The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level”, *Academic Medicine*. 2002; 77(10):58-60.
- 46 Alcorta-Garza A, González-Guerrero J, Tavitas S, Rodríguez F, Hojat M. “Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos”, *Salud Mental*.2005; 28(5):57-63
- 47 Fonseca E., Paino M., Sierra. S, Lemos S. “Propiedades psicométricas del “cuestionario de ansiedad estado-rasgo” (STAI) en universitarios”, *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2012; 20(3):547-61
- 48 Guillén A, Buela G. “Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI)”, *Psicothema* 2011; 23(3):510-15.
- 49 Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. 1982. *Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA (Según referencia marcada a la adaptación española)
- 50 Soler J et al “Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS)”, *Actas Esp Psiquiatr* 2012; 40(1):19-26.
- 51 Barajas S, Garra L. “Mindfulness and psychopathology: Adaptation of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) in a Spanish sample”, *Clínica y Salud*. 2014; 25: 49-56.
- 52 Van Lange P, Van Doesum N. “Social Mindfulness and social hostility”, *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2015; 3:18-24.
- 53 WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 2013 Oct 19 [cited 2014 Apr 1]; Available from: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>

- 54 Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (Boletín Oficial del Estado, número 298, de 14-12-1999).
- 55 R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org>.
- 56 Simor P, Köteles F, Sándor P, Petke Z, Bódizs R. “Mindfulness and dream quality: The inverse relationship between Mindfulness and negative dream affect”, *Scandinavian Journal of Psychology*. 2011; 52: 369-75.
- 57 Vøllestad J, Sivertsen B, Høstmark G. “Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial”, *Behaviour Research and Therapy*. 2011;1-8. doi:10.1016/j.brat.2011.01.007
- 58 Hoge E et al. “Randomized Controlled Trial of Mindfulness Meditation for Generalized Anxiety Disorder: Effects on Anxiety and Stress Reactivity”, *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(8): 786-92.
- 59 Barbosa P et al. “Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduce anxiety for graduate healthcare students”, *Education for Health*. 2013; 26(1):9-14.
- 60 Birnie K, Speca M, Carlson L. “Exploring Self-compassion and Empathy in the Context of Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR)”, Published online in Wiley InterScience ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI: 10.1002/smi.1305.
- 61 Medeiros S, Pulido R. “Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile”, *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2011; 49 (3): 251-57
- 62 Carmody J, Baer R, Olendzki N. “An Empirical Study of the Mechanisms of Mindfulness in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program University of Massachusetts Medical School”, *Journal of clinical psychology*. 2009; 65(6): 613-26.
- 63 Feicht et al. “Evaluation of a Seven-Week Web-Based Happiness Training to Improve Psychological Well-Being, Reduce Stress, and Enhance Mindfulness and Flourishing: A Randomized Controlled Occupational Health Study”, *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. [Internet] 2013; [Acceso el 4 de junio de 2015] Article ID 676953:1-14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/676953>.
- 64 Crane et al. “Competence in Teaching Mindfulness-Based Courses: Concepts, Development and Assessment”, *Mindfulness*. 2012; 3:76-84

## **9. Bibliografía adicional.**

- 1 Argimon J, Jiménez J. “Métodos de investigación clínica y epidemiológica”. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 2 Puddicombe A. “Mindfulness Atención plena”. Madrid: Edaf; 2011.
- 3 Smalley S, Winston D. “Conciencia plena. Ciencia, arte y práctica del Mindfulness”. Barcelona: Obelisco; 2012.
- 4 Stahl B, Goldstein E. “Mindfulness para reducir el estrés”. 3ª ed. Barcelona: Kairos; 2013.
- 5 d’Ors P. “Biografía del silencio”. 8ª ed. Madrid: Siruela; 2014.

## **10. Anexos.**

a. Documentos de consentimiento y/o las cartas enviadas.

- 1.-Anexo I.- Consentimiento Informado GI
- 2.-Anexo II.- Consentimiento Informado GC
- 3.-Anexo III.-Carta a profesionales

b. Copias de todos los instrumentos utilizados.

1.-Anexo IV.-Cuestionarios:

1. ESCALA DE EMPATÍA “Escala de Empatía Médica de Jefferson”
2. ESCALA ANSIEDAD RASGO “Subescala STAI”
3. ESCALA MINDFULNESS PERSONAL “Escala MAAS”
4. ESCALA MINDFULNESS SOCIAL “Escala SoMi”

c. Documentos para la recolección de datos (según corresponda).

1.- Anexo V- Hoja recolección de datos

d. Anexo VI.-Plan de trabajo (Gráfica Gantt- Programación Proyecto de Investigación)

## **ANEXO I.- CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO INTERVENCIÓN:**

**Título del estudio: Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja**

Investigadora: Mar García García, enfermera docente en la CCAA de La Rioja.

La Señora Mar García es una enfermera que estudia las posibilidades de mejorar el estrés, empatía y ansiedad en los profesionales de la salud. El estudio ofrecerá información que puede permitir identificar que este tipo de intervenciones reportan efectos positivos en la salud.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por el Centro Sociosanitario CASER RESIDENCIAL de Logroño e informado el Comité de Ética de CASER RESIDENCIAL. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles para los participantes, el cual incluye pasar a formar parte de un grupo en el estudio de investigación mediante la intervención Mindfulness. El tiempo previsto del estudio es de 6 sesiones (semanas) de 2 horas de duración, desde el 24 marzo hasta el 30 de abril. Se pasarán unos cuestionarios breves al inicio y al final de la intervención, entre otros, el cuestionario MAAS, el cuestionario de empatía de Jefferson ,un cuestionario de ansiedad, y el cuestionario SoMi. Se aconseja la presencialidad de todas las sesiones, aunque se podrá hacer un estudio guiado mediante email y la intervención realizada en cada sesión.

Para cualquier duda sobre el estudio o su participación puede llamar a la señora García al número 696078369 (móvil) o al correo electrónico: mar76gg@gmail.com

Su participación al estudio es voluntaria y no tiene ninguna obligación. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado. Toda la información será recopilada por la señora García y el equipo de investigación manteniéndose en un lugar seguro y no será compartida por nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Firma del Sujeto

Fecha

## **ANEXO II.- CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO CONTROL:**

**Título del estudio: Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro sociosanitario en La Rioja**

Investigadora: Mar García García, enfermera docente en la CCAA de La Rioja.

La Señora Mar García es una enfermera que estudia las posibilidades de mejorar el estrés, empatía y ansiedad en los profesionales de la salud. El estudio ofrecerá información que puede permitir identificar que este tipo de intervenciones reportan efectos positivos en la salud.

El estudio y sus procedimientos han sido aprobados por el Centro Sociosanitario CASER RESIDENCIAL de Logroño e informado el Comité de Ética de CASER RESIDENCIAL. El procedimiento del estudio implica que no habrá daños previsibles para los participantes, el cual incluye pasar a formar parte de un grupo en el estudio de investigación mediante la intervención Mindfulness. El tiempo previsto del estudio es desde el 24 marzo hasta el 30 de abril. Se pasarán unos cuestionarios breves al inicio y al final de la intervención, entre otros, el cuestionario MAAS, el cuestionario de empatía de Jefferson, un cuestionario de ansiedad y el cuestionario SoMi

Para cualquier duda sobre el estudio o su participación puede llamar a la señora García al número 696078369 (móvil) o al correo electrónico: mar76gg@gmail.com

Su participación al estudio es voluntaria y no tiene ninguna obligación. Tiene derecho a abandonar el estudio cuando quiera.

La información del estudio será codificada para que no pueda relacionarse con usted. Su identidad no se publicará durante la realización del estudio, ni una vez haya sido publicado. Toda la información será recopilada por la señora García y el equipo de investigación manteniéndose en un lugar seguro y no será compartida por nadie más sin su permiso.

He leído el formulario de consentimiento y voluntariamente consiento participar en este estudio.

Firma del Sujeto

Fecha

### **ANEXO III.- CARTA A PROFESIONALES:**

Estimado/a compañero/a,

Me dirijo a usted con motivo de la realización de mi trabajo fin de Máster de Ciencias de la Enfermería de la Universidad Jaume I de Castellón, que trata sobre la intervención Mindfulness (Atención Plena) en profesionales de la salud.

Por esta razón, solicito su colaboración, mediante su inclusión en el estudio y la cumplimentación de unos breves cuestionarios.

El concepto Mindfulness (cuya traducción del inglés puede hacerse como «estar atento») es la acepción inglesa del término pali Pati. El pali es el lenguaje en el que se transmitieron las enseñanzas budistas y Mindfulness constituye uno de sus conceptos nucleares.

Actualmente podemos encontrar en diferentes bases de datos estudios de investigación sobre los efectos beneficiosos del Mindfulness, no sólo para reducir el estrés sino para diferentes tipologías de pacientes, e incluso para nuestro crecimiento personal.

Recopilando una serie de estudios mediante Mindfulness, uno de ellos muestra evidencias sobre su impacto positivo en enfermedades relacionadas con el estrés, entre las que se incluían la psoriasis, Diabetes mellitus tipo 2, fibromialgia, artritis reumatoide y dolor crónico de espalda, así como su reducción del estrés en pacientes con enfermedades crónicas. Tanto la investigación básica y clínica indican que el cultivo del ser de una manera más consciente se asocia con menos angustia emocional, más estados de ánimo positivos y una mejor calidad de vida.

El hecho de que los profesionales de la salud conozcan la existencia y uso de la atención plena, puede ser muy eficaz para ampliar sus beneficios en el sistema de salud. Con ello también se mejoraría por un lado la vida laboral de los profesionales y en consecuencia la salud de los pacientes y usuarios.



*“Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro socio sanitario en La Rioja”*

Para su realización, les remito un consentimiento informado donde se le informa de las características del estudio de investigación.

A la finalización del trabajo, estaré encantado de compartir los resultados con los centros que así lo soliciten, o bien de manera personal con los compañeros/as interesados.

Ante cualquier problema o duda, no tengo ningún inconveniente en que contacte conmigo bien por teléfono, o bien por correo electrónico, en las señas que encontrareis junto a mi firma.

Agradeciendo mucho la colaboración prestada, y sin nada más que añadir, reciba un afectuoso saludo.

Mar García García

## **ANEXO IV: CUESTIONARIOS**

### **1. ESCALA DE EMPATÍA Escala de Empatía Médica de Jefferson (Adaptación de la versión traducida al castellano por Alcorta-Garza et al., 2005)**

Puntúa de 1 a 9 las siguientes cuestiones que se presentan (1 nada de acuerdo a 9 muy de acuerdo)

1      2      3      4      5      6      7      8      9

1 Mi comprensión de los sentimientos de los pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.	
2 Trato de ponerme en el lugar de los pacientes cuando los estoy atendiendo	
3 Los pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos	
4 Un componente importante de la relación con los pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias	
5 Trato de pensar como los pacientes para poder darles un mejor cuidado	
6 Tengo un buen sentido del humor que creo que contribuye a un mejor resultado clínico	
7 Considero que el lenguaje no verbal del paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico-paciente	
8 Trato de entender qué está pasando en la mente de los pacientes poniendo atención a su comunicación no verbal y lenguaje corporal	
9 La atención a las experiencias personales de los pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento	
10 Mi comprensión de los sentimientos del paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico	
11 Considero que preguntarles a los pacientes sobre lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas	
12 Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica	
13 Las enfermedades de los pacientes sólo pueden ser curadas con tratamiento médico; por lo tanto, los lazos afectivos con ellos no tienen un valor significativo en este contexto	
14 Trato de no poner atención a las emociones de los pacientes durante la entrevista e historia clínica	
15 No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias	
16 Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de los pacientes	
17 La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas de la perspectiva del paciente	

## 2. ANSIEDAD RASGO – SUBESCALA STAI

A CONTINUACIÓN, ENCONTRARÁS UNAS FRASES QUE SE UTILIZAN CORRIENTEMENTE PARA DESCRIBIRSE UNO A SÍ MISMO. Lee cada frase y rodea la puntuación (0 a 3) que indique mejor cómo TE SIENTES EN GENERAL en la mayoría de las ocasiones.				
<b>0=Casi nunca    1= A veces    2= A menudo    3= Casi siempre</b>				
1.- Me siento bien	0	1	2	3
2.- Me canso rápidamente	0	1	2	3
3.- Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4.- Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5.- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6.- Me siento descansado	0	1	2	3
7.- Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8.- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10.- Soy feliz	0	1	2	3
11.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12.- me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13.- Me siento seguro	0	1	2	3
14.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades	0	1	2	3
15.- me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16.- Estoy satisfecho	0	1	2	3
17.- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18.- Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19.- Soy una persona estable	0	1	2	3
20.- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**3. CUESTIONARIO MAAS-** (Brown & Ryan, 2003) assessed trait mindfulness (15 items; e.g., “I find myself preoccupied with the future or the past”; “I find myself doing things without paying attention”). Responses were made on a 6-point scale from 1 (almost always) to 6 (almost never); higher scores reflected higher trait mindfulness.

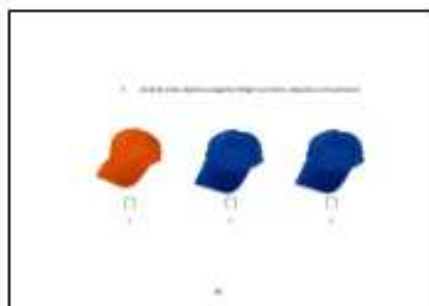
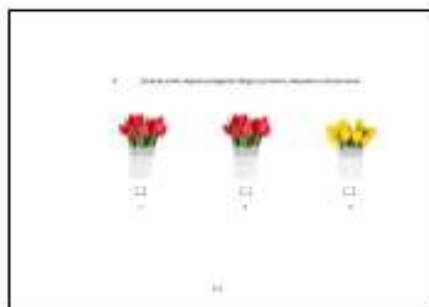
1	2	3	4	5	6
Casi siempre			Casi nunca		
MAAS1.- Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.					
MAAS2.- Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.					
MAAS3.- Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente					
MAAS4.- Tiendo a caminar rápido para llegar a dónde voy, sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.					
MAAS5.- Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad, hasta que realmente captan mi atención.					
MAAS6.- Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.					
MAAS7.- Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.					
MAAS8.- Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.					
MAAS9.- Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar, que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla					
MAAS10.- Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo					
MAAS11.- Me encuentro a mi mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.					
MAAS12.- Conduzco “en piloto automático” y luego me pregunto por qué o cómo fui allí.					
MAAS13.- Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado					
MAAS14.- Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.					
MAAS15.- Pico sin ser consciente de que estoy comiendo					

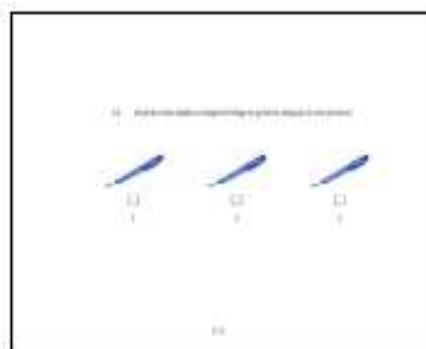
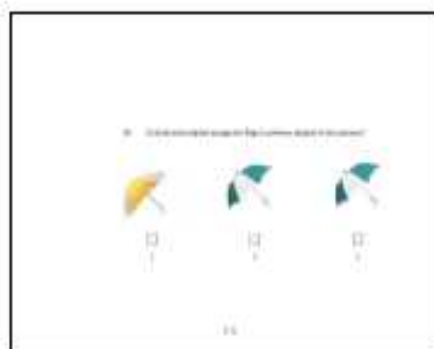
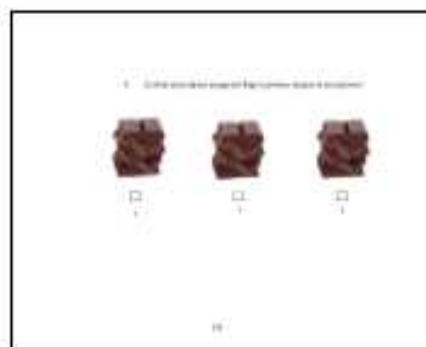
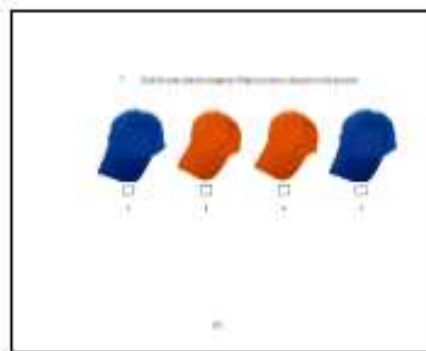
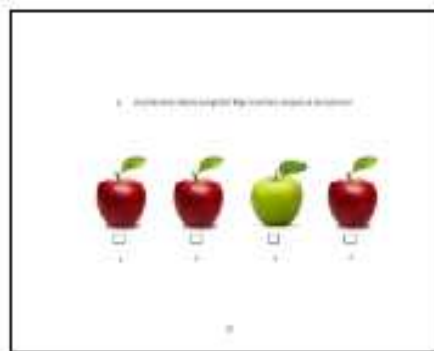
#### **4. CUESTIONARIO SoMi:**

##### **TAREA DE DIAPOSITIVA (SoMi)**

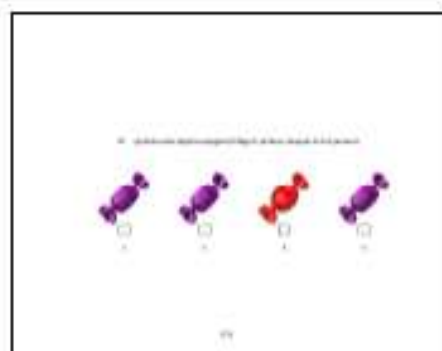
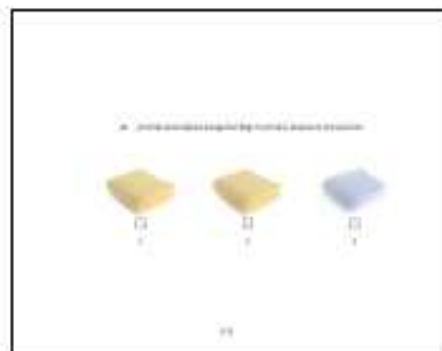
<b>Nº pregunta</b>	<b>respuesta</b>	<b>Nº pregunta</b>	<b>respuesta</b>	<b>Nº pregunta</b>	<b>respuesta</b>
1		9		17	
2		10		18	
3		11		19	
4		12		20	
5		13		21	
6		14		22	
7		15		23	
8		16		24	

“Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro socio sanitario en La Rioja”



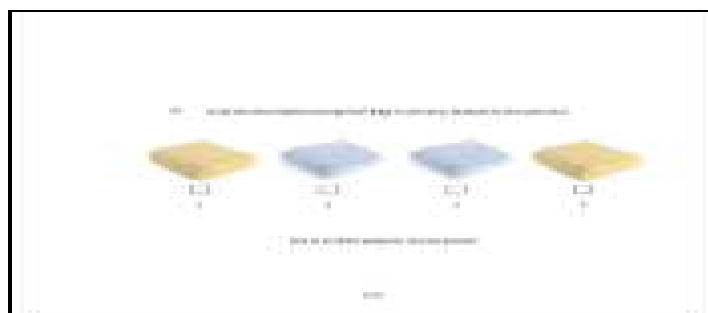
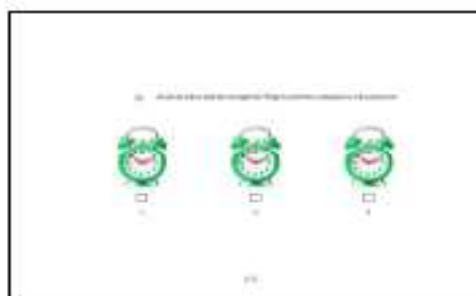
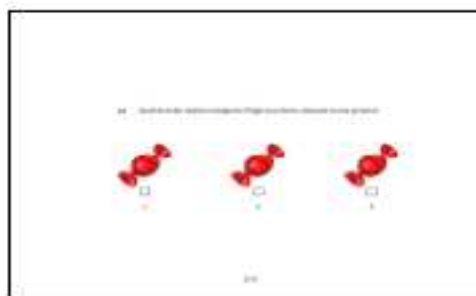


*“Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro socio sanitario en La Rioja”*





*“Efecto de una intervención educativa Mindfulness en los profesionales de un centro socio sanitario en La Rioja”*



**ANEXO V: HOJA RECOLECCIÓN DE DATOS\***

**PARTICIPANTE N°:**

SEXO:

EDAD:

ESTUDIOS:

PUESTO LABORAL:

AÑOS QUE LLEVAS TRABAJANDO EN LA EMPRESA:

¿CONOCES ELMINDFULNESS?:

¿HAS MEDITADO ALGUNA VEZ?: SI / NO  
sí)

(si has contestado

¿MEDITAS CON FRECUENCIA?

\*Continúa con los cuestionarios

**ANEXO VI.- PLAN DE TRABAJO.-**

GRÁFICA DE GANTT PARA LA PROGRAMACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

ACTIVIDADES	TIEMPO EN SEMANAS (cada cuadro equivalente a 2 semanas)													
	DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		MAYO		JUNIO	
Revisión de la literatura	■	■	■	■										
Elaboración del protocolo			■	■	■	■								
Adquisición de material			■	■	■									
Capacitación /Instrucción del autor del estudio			■	■	■	■	■							
Trabajo de campo								■	■	■				
Análisis de la información											■	■		
Redacción												■	■	