



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**“INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE  
REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA  
(REBAP)  
EN PERSONAS CON SÍNDROME DE AGOTAMIENTO PROFESIONAL (SAP)”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**ROSARIO GARCÍA ROMERO**

**DIRECTORA DE TESIS: M. en C. MARITZA V. GARCÍA MONTAÑEZ**

**REVISOR DE TESIS: DR. SALVADOR JURADO CÁRDENAS**



**México D.F. Noviembre 2014**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Toda mi gratitud a aquellos  
que ha hecho posible, no solo este trabajo,  
sino el aprendizaje de vida que conlleva,  
ha sido un grandioso presente....

A mis padres por su apoyo incondicional....

A mi esposo por siempre estar a mi lado....

A mi hija que es lo mejor de mi vida y  
me da la fuerza para ser mejor...

*“Lo importante no es lo que han hecho de nosotros,  
sino lo que nosotros hacemos  
con lo que han hecho de nosotros”.*  
*Jean Paul Sartre*

*“La materia por sí sola es inherente, no tiene  
vida ni piensa ni siente, necesita unirse al espíritu.”  
Allan Kardec*

<b>ÍNDICE.....</b>	<b>4</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAP. I. REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN LA ATENCIÓN PLENA (REBAP).</b>	
1.1 El desarrollo del cultivo de la Atención Plena.....	10
1.2 Reflexión desde la práctica no religiosa de la Atención Plena.....	14
1.3 La Atención Plena y su uso en el contexto terapéutico.....	15
1.4 El Programa de Reducción del Estrés Basado en La Atención Plena (REBAP).....	17
1.4.1 Primera Clínica en español.....	22
1.4.2 REBAP en México.....	24
1.4.3 Beneficios de la práctica de REBAP.....	25
1.4.4 Estudios afines.....	27
1.4.5 Otros estudios.....	30
<b>CAP. II. EL SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO EMOCIONAL.</b>	
2.1 ¿Que es el Síndrome del Agotamiento Profesional?.....	32
2.2 Estrés.....	33
2.2.1 El Estrés: respuesta fisiológica.....	34
2.3 Perfil de Estrés de Nowack.....	37
2.4 Estrés Laboral.....	38
2.4.1 Tipos de estrés laboral.....	39
2.4.2 Causas efectos y de estrés laboral.....	39
2.5 El Síndrome de Agotamiento Profesional.....	44
2.5.1 Delimitaciones del concepto.....	45
2.5.2 Perspectivas de estudio y modelos explicativos del Síndrome de Agotamiento Profesional.....	46
2.5.3 Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Agotamiento Profesional.....	47
2.5.4 Consecuencias del Síndrome de Agotamiento Profesional.....	53
2.5.5 Identificación del Síndrome de Agotamiento Profesional.....	54
2.5.5.1 El “Maslach Burnout Inventory” (MBI). ¿Se puede medir el Síndrome de Agotamiento Profesional?.....	55
2.6 Calidad de Vida.....	58
2.6.1 Importancia de la Calidad de Vida en el Trabajo.....	59
2.6.2 Dimensiones de la Calidad de Vida.....	59
2.6.3 Escala de Calidad de Vida SF-36.....	61
<b>CAP. III INVESTIGACIÓN</b>	
3.1 Planteamiento del Problema.....	65
3.1.1 Justificación.....	65
3.2 Pregunta de investigación.....	66
3.3 Objetivo General.....	66
3.3.1 Objetivos específicos.....	66
3.4 Hipótesis.....	66
3.5 Definiciones conceptuales operacionales de variables.....	66
3.5.1 variables independientes atributivas.....	66
3.5.2 Variable independiente activa.....	67
3.5.3 Variables dependientes.....	69
3.6 Método.....	70
3.6.1 Participantes.....	70
3.6.2 Tipo de estudio.....	70
3.6.3 Tipo de Investigación.....	70
3.6.4 Diseño de investigación.....	71
3.6.5 Escenario.....	71
3.6.6 Instrumentos.....	71
3.7 Procedimiento.....	71
<b>4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....</b>	<b>72</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>73</b>
5.1 Discusión.....	79
5.2 Conclusiones.....	80
5.3 Limitaciones del estudio y recomendaciones.....	82
<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>84</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>93</b>

## **RESUMEN**

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la influencia del Programa Reducción al Estrés Basado en Atención Plena (REBAP)(Kabat-Zinn, 1993), en el Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), Estrés y la percepción de la Calidad de Vida en profesionales de la salud. El SAP fue medido mediante el instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI); el Estrés con el Perfil de Estrés de Nowack y la percepción de la Calidad de Vida con el cuestionario SF-36 v1. Se contó con la participación de un grupo de 30 personas: 24 enfermeras, 3 administrativos y 3 médicos de un hospital psiquiátrico. El diseño fue pre-experimental intra-sujetos de medidas repetidas (pre-test, un mes y un año), sin grupo control.

El entrenamiento se realizó en 9 semanas. Los datos fueron analizados con la prueba "t" (Student) para muestras relacionadas. Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas. Se observó que el programa REBAP reduce el SAP y los signos de estrés, además de aumentar drásticamente la percepción de Calidad de vida gracias a dicha disminución.

Palabras Clavé:

Reducción del Estrés Basado en Atención Plena, Síndrome de Agotamiento Profesional, Estrés, Calidad de Vida.

## **ABSTRACT**

*The objective of this study was to determine the influence of the Program Mindfulness-Based Stress Reduction Stress (Kabat-Zinn, 1993), in the Burnout Syndrome (SAP), Stress and the perception of the quality of life in health professionals. The SAP was measured using the instrument Maslach Burnout Inventory (MBI); the Stress Profile with the stress of Nowack and the perception of the quality of life with the SF-36 v.1 questionnaire. It was attended by a group of 30 people: 24 nurses, 3 administrative and 3 doctors of a psychiatric hospital. The design was pre-experimental intra-subject of repeated measures (pre-test, one month and one year), without a control group.*

*The training was conducted in 9 weeks. The data were analyzed with the "t" test (Student) for related samples. The results indicate statistically significant differences. It was noted that the program REBAP reduces the SAP and the signs of stress, in addition to drastically increase the perception of quality of life thanks to the decline.*

Key Words:

*Mindfulness-Based Stress Reduction, Professional burnout, stress, Quality of Life.*

## **INTRODUCCIÓN.**

Las últimas décadas han sido testigo de los cambios en las tablas de mortalidad de todos los países. Tales cambios son más notorios en los países desarrollados y menos marcados en los países en desarrollo (Rivera Luna, 1994), se ha observado que profesionistas, quienes se encuentran en un estrés constante, pueden desarrollar padecimientos vinculados al ambiente laboral, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) ha incorporado acertadamente a sus políticas de salud a los agentes Psicosociales en dichos ambientes; a pesar de ello, constantemente se muestra la falta de conocimiento que existe de esos agentes y los daños a la salud mental y a las diversas enfermedades que producen.

Las condiciones en las que se desempeña un trabajo son factores importantes en la salud del trabajador. La oportunidad de control, la adecuación entre las exigencias del puesto y las capacidades de la persona que lo desempeña les permite demostrar su competencia y autodeterminación (White, 1959; Deci, 1975); las relaciones interpersonales, el salario y la seguridad física son, entre otros, aspectos importantes que ejercen una gran influencia sobre el bienestar psicológico, en la que se encuentra satisfacción y auto compensación (Maslow, 1970). El grado en que un empleo reúne estos elementos está fuertemente asociado al grado de satisfacción laboral y de salud de los trabajadores.

El estrés excesivo relacionado con el trabajo acarrea tensiones en el mismo, lo cual se conoce desde antaño; de hecho, cualquier tipo de trabajo es por sí solo capaz de producir estrés, pero para las personas que tienen que tratar, cuidar, alentar, comprender y ayudar a otras personas, el trabajo es aún más agotador y, consecuentemente, produce más estrés. En la década de los 70's fue introducido en la literatura el término Síndrome de Agotamiento

Profesional, empleado para designar a una serie de signos y síntomas que manifiesta un sujeto como respuesta a la situación laboral cuando no puede manejar el estrés resultante (Gil-Monte y Peiro, 1997).

Como lo menciona Pando (2000), en los asistentes o profesionistas de la salud el exceso de trabajo, la alta competitividad, los conflictos de rol, la ambigüedad de rol, el convivir con la idea de lo muerte, el trabajo con el paciente y con sus familias, la falta de organización en el servicio, los conflictos entre compañeros, los cuidados de los enfermos críticos, son, todas ellas, variables que aumenta el riesgo de presentar SAP.

Aproximaciones innovadoras de tratamiento terapéutico dirigidas hacia la naturaleza crónica de enfermedades mentales y su reincidencia se están considerando cada vez más en la literatura psiquiátrica (Segal, Williams y Teasdale, 2002 en: O'Haver Day y Horton-Deutsch, 2004). Las evidencias que apoyan el uso de tratamientos terapéuticos alternativos para aliviar la aflicción emocional y física de pacientes con enfermedades físicas y/o mentales también van en aumento (Snyder y Lindquist, 1998 en: O'Haver Day y Horton-Deutsch, 2004).

En la presente investigación se utilizó un programa basado en la práctica de la Atención Plena, el cual ha sido propuesto por Kabat-Zinn (1993), en el que se ofrece una forma única de ayuda a la gente para manejar el estrés, el dolor y las enfermedades crónicas, como cardiopatías, cáncer, diabetes, dolor crónico, hipertensión arterial y muchos otros trastornos relacionados con el estrés. Al igual que otras terapias mente-cuerpo, el cultivo de Atención Plena puede inducir estados de relajación profunda y a veces mejora los síntomas físicos y ayuda a llevar una vida más satisfactoria.

En el cultivo de la Atención Plena (*shamata*) y sus aplicaciones



(*Vipassana*) el paciente no ignora los pensamientos distractores, las distracciones, las incomodidades físicas, en lugar de ello nota y se deja pasar. Esta práctica emerge primeramente ligada a la tradición budista y fue desarrollada para cultivar una mayor conciencia y sabiduría con el objetivo de ayudar a la gente a vivir cada momento de su vida –incluso los más dolorosos– tanto como sea posible (Kabat-Zinn, 1993).

Los efectos y beneficios específicos que se han encontrado por la práctica de la Atención Plena son varios. En estudios recientes se encontró que las áreas cerebrales asociadas a la atención, memoria y procesamientos sensoriales son aproximadamente un 5% más densas en personas que practican la Atención Plena que en personas que no lo hacen (Andrews, 2005). La intensidad de impulsos cerebrales medidos por el electroencefalograma (EEG), asociada a actividades como la atención y el aprendizaje, también resultó haberse incrementado con la intensidad de un tipo de atención plena que apunta hacia la generación de compasión, amor y amabilidad incondicional (Davidson, 2005 en: Bhattacharjee, 2005) . En cuanto al manejo de estrés (Galantino, 2005), ansiedad (Andrews, 2005) y problemas para conciliar el sueño (Carlson, 2005), existen estudios en los que la práctica de la Atención Plena también ha probado ser una estrategia exitosa. Hay pruebas de que esta práctica beneficia a personas que experimentan síntomas de dolor muscular o de articulaciones, al igual que disminuye el uso de drogas y tranquilizantes (Monk-Turner, 2003). Por otro lado, las personas que practican la Atención Plena son más felices, tienen una mejor autoestima y pueden manejar mejor sus emociones (Pascopella, 2005).

## **CAP. I REDUCCIÓN DEL ESTRÉS BASADO EN ATENCIÓN PLENA (REBAP).**

La concepción de la salud de acuerdo a la Organización mundial de la Salud (OMS, 1995, aquel estado de bienestar físico, psíquico, emocional, social y espiritual) es retomada y sostenida por diferentes corrientes científicas en occidente, derivando en la utilización de técnicas meditativas dentro del marco psicológico o en el contexto de una psicoterapia. Ambos aspectos, la práctica de la Atención Plena y psicoterapia, han sido analizados en los últimos 40 años como plausibles de ser integrados y aplicados a la ayuda de desarrollo personal y tratamiento de sufrimiento psicológico (Deatherage, 1975; Needleman, 1977, citado en Bogart, 1991).

Uno de estos tratamientos es el programa REBAP que consiste en el desarrollo de Mindfulness, que se puede traducir como Conciencia plena o Atención plena, que muestra eficacia y aplicabilidad en muy variadas circunstancias (Bishop, 2002, Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004) y tiene como finalidad reducir el malestar psicológico, o sufrimiento, asociado al estrés o a otras condiciones clínicas, como el dolor crónico. Esta técnica fue desarrollada por Jon Kabat-Zinn y sus colegas en la Clínica de Reducción del Estrés, fundada por este biólogo en 1979 en la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 2003).

Esta intervención forma parte de las terapias conocidas como complementarias y alternativas citadas por el Instituto Nacional de salud de EEUU, dentro de la denominada Medicina Mente-Cuerpo (*Mind-Body Medicine*) que se centra en las interacciones entre el cerebro, mente, cuerpo y comportamiento y en la forma en que los factores emocionales, mentales, sociales, espirituales y del comportamiento afectan a la salud (NCCAM, 2006).

De acuerdo al Dr. Jon Kabat-Zinn de esta manera ecuánime y atenta de

observar y estar presentes con nuestra experiencia, primero durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana, desactivaría gradualmente los patrones mentales habituales que se encuentran a la base del mal-estar humano: el “apego” hacia lo que consideramos agradable, la “aversión” a lo que consideramos desagradable, y la “ignorancia” de las verdaderas causas de la felicidad, conocidos como los “tres venenos” en la tradición budista (Kabat-Zinn, 2003).

### **1.1 El desarrollo del cultivo de la Atención Plena.**

La presente investigación está ligada a la tradición meditativa oriental – específicamente la tradición budista-, por ello la importancia de comprenderla al menos en términos generales.

Según Wilber (1988), existen variados tipos de procesos que conducen a variados estados introspectivos, los cuales pueden ser vistos como facetas complementarias conducentes al logro del bienestar psicológico integral. Estas diversas prácticas suelen dividirse en dos grandes categorías: las prácticas concentrativa o de atención focalizada y las prácticas de plena conciencia o de monitoreo abierto (Lutz y et.al, 2008).

De acuerdo al Psicólogo e instructor Jack Kornfield (Walsh y Vaughan, 1993), en la práctica de la meditación concentrativa, el énfasis está en entrenar la mente focalizándola fijamente en un objeto particular. La concentración significa focalizarse en la respiración, en un mantra, en la llama de una vela, etc., de tal manera que se excluyen otras distracciones, otros pensamientos y otras entradas sensoriales (Walsh y Vaughan, 1993)

Así mismo Kornfield (en Walsh y Vaughan, 1993), define las prácticas de Atención Plena, plena conciencia o monitoreo abierto, como la práctica de la

Atención Plena no intenta alejar la mente de la experiencia actual para focalizarse en un solo objeto para generar así diversos estados. Más bien, trabaja con la experiencia presente, cultivando el darse cuenta y la atención al flujo momento-a-momento de lo que constituye nuestra vida- vista, sonido, sabor, olor, pensamientos y sentimientos (Walsh y Vaughan, 1993).

El método de Atención Plena, se trata de una práctica gentil, suave, no agresiva realizada paso por paso para aclarar el funcionamiento de los procesos mentales, como resultado, en la mente del meditador surge espontáneamente el conocimiento de introspección (Sobin, 2000)

La práctica de la Atención Plena (Miró, 2006; Pérez y Botella, 2007), o directamente en su término inglés mindfulness (Nhat Hanh, 2007), consiste en ser plenamente consciente de los estímulos internos y externos que surgen en el momento presente, con aceptación, con ecuanimidad, sin juzgar, sin expectativas o creencias, con serenidad, bondad y abiertos, de este modo, a la experiencia del aquí y ahora (Parra-Delgado, 2011). Esta forma de dirigir la atención se caracteriza por ser intencional, por focalizarse en la experiencia presente (Kabat-Zinn, 1990).

El Dr. Vicente Simón, Profesor de Psicología de la Universidad de Valencia, sostiene que atención plena “[...] es una capacidad humana universal y básica, que consiste en la posibilidad de ser conscientes de los contenidos de la mente momento a momento. Es la práctica de la autoconciencia” (Simón 2007, 66-67).

Alan Watts propone que la práctica meditativa budista es más cercana a un tipo de psicoterapia que a una religión (Watts, 1992). En contraste, podría decirse que la actitud mental opuesta al cultivo de la Atención Plena es lo que se designa como estar en “piloto automático”. Como primer efecto de la práctica de

Atención Plena, e desarrolla la capacidad de concentración de la mente y aumenta el poder de la misma, llegando así a la serenidad. Esto es lo que permitiría el aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) desde un punto de vista más objetivo, no preso de las reacciones emocionales que la experiencia presente genera habitualmente (Segal, Teasdale y Williams, 2002; Kabat-Zinn, 1993).

Hoy en día, dentro de la literatura de la Atención Plena, hay numerosos programas para desarrollar habilidades especiales como los que describe Hanh (1976, citado en Germer, 2005), Kabat-Zinn (1990) y Linehan (1993, citado en Germer et.al., 2005), entre otros. Kabat Zinn (1990) quien sugiere prestar atención a las experiencias internas que ocurren momento a momento, como sensaciones corporales, pensamientos y emociones. Linehan (1993), propone observar prestando atención a aspectos del entorno, imágenes y sonidos. Todos aseguran que la Atención Plena debe ser practicada con una actitud de aceptación y sin juzgamiento (Germer et.al., 2005).

Es decir, los fenómenos que percibe la conciencia del individuo mientras se practica Atención Plena (como percepciones, cogniciones, emociones o sensaciones), son observados cuidadosamente pero no evaluados como "buenos" o "malos", "verdaderos" o "falsos", "sanos" o "enfermos", "importantes" o "triviales" (Marlatt y Kristeller, 1999, (Germer et.al., 2005).

La psicología contemporánea ha adoptado el cultivo de la Atención Plena como un acercamiento para incrementar la conciencia y responder acertadamente a procesos mentales que contribuyen al malestar emocional y conductas desadaptativas (Germer, et.al. 2005).

Según Thich Nhat Hanh (1976) Atención Plena es mantener viva la conciencia en la realidad del presente, lo que es común a diversas formas de meditación (Bishop et. al., 2004).

Bishop y sus colaboradores (2004) desarrollaron una definición operacional del término Atención Plena, basándose en dos componentes esenciales. Por un lado existe el componente básico, la característica fundamental de Atención Plena, que consiste en mantener la atención centrada en la experiencia inmediata del presente. Es, por decirlo, la instrucción eje que hay que seguir: ser conscientes de lo que sucede en el presente inmediato. La técnica más utilizada, sobre todo al principio, consiste en centrar la atención sobre la respiración, siguiendo el ritmo inhalación-exhalación, en cada movimiento respiratorio. El segundo componente de la definición es la actitud con la que se aborda el ejercicio del primer componente, es decir, cómo se viven esas experiencias del momento presente. En relación con la actitud que se adopta de cara a la experiencia, Bishop (2004) resalta la curiosidad, la apertura y la aceptación. Kabat-Zinn (2003) recomienda: no juzgar, aceptación, mente de principiante, no esforzarse, paciencia, soltar o practicar el desapego, confianza y constancia. Siegel (2007), reduce las características de la actitud correcta a cuatro: curiosidad, apertura, aceptación y amor.

Al mirar hacia "adentro", observando los propios pensamientos y su devenir en la conciencia, se puede descubrir el constante cambio de las imágenes, ideas, sensaciones corporales, emociones. Esto alude a la enseñanza budista de que la existencia condicionada, sin excepción, está en un constante estado de flujo, siendo la palabra pali *anicca* quien lo expresa y que significa literalmente "inconstante", refiriéndose a una de las señales de la realidad y que corresponde a su aspecto transitorio; es decir, todo está sometido a un cambio continuo y nada es estático (Carmody y Carmody, 1993).

Según Germer (2005), estar plenamente atento, significa despertarse, reconocer lo que está pasando en el momento presente. Usualmente nos distraemos con pensamientos o en opiniones acerca de lo que está pasando en el momento, sin atender realmente a lo que sucede. Esto sería un ejemplo de desatención. Tal es el caso de cuando realizamos acciones en “piloto automático”, sin tener memoria consciente de haber realizado tales actos. Otros ejemplos son el romper o perder cosas por no prestar la debida atención; fallar en darse cuenta de cambios sutiles en sensaciones y sentimientos de displacer, o estar preocupados en exceso por el futuro o el pasado.

Kabat-Zinn (1990), refiriéndose a la práctica de atención plena, pone de relieve la importancia de vivir plenamente el presente, indicando que los medios y el fin de ella son en realidad los mismos. No intentamos llegar a ningún sitio, sino sólo esforzarnos en estar donde ya estamos y estar ahí enteramente”.

## **1.2 Reflexión desde la práctica no religiosa de la Atención Plena.**

El interés de los científicos por el cultivo de la Atención Plena comenzó hace ya algunos años. En las décadas de los 60 y los 70 se había demostrado que el uso de estas técnicas proporcionaba una extraordinaria concentración. Un profesor de medicina de la Universidad de Harvard (EEUU), Herbert Benson, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la práctica milenaria contrarresta los mecanismos cerebrales asociados al estrés (Hayes, 2005).

La práctica con Atención Plena perteneciente a la filosofía budista es la que más se ha extendido en un contexto no religioso constituyendo una de las manifestaciones más interesantes de lo que se denomina el budismo occidental (Hayes, 2005).

Al incluir en la moderna psicología científica, tecnologías provenientes de tradiciones espirituales y religiosas, debemos sentirnos libres de interpretarlas y transformarlas teóricamente, sin limitaciones derivadas de su pasado religioso y espiritual (Hayes, 2005).

En la Facultad de Medicina de la Universidad de Massachusetts se encuentra el mayor y más antiguo centro del mundo dedicado a la reducción del estrés (*University of Massachusetts Stress Reduction Clinic*). Fundado en 1979 por el Dr. Jon Kabat-Zinn, su preocupación se enfoca en lograr un equilibrio, control y participación en la vida. La técnica utilizada es la llamada Reducción del Estrés basada en la Atención Plena (MBSR, sus siglas en inglés a partir de *Mindfulness-Based Stress Reduction*) (Hayes, 2005).

En su último libro, *“Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness”* (Volver a los sentidos: sanarse uno mismo y el mundo mediante la Atención Plena), el Dr. Kabat-Zinn expone cómo sintonizar con la experiencia del presente mediante la utilización de los sentidos. Además de los cinco sentidos que conocemos, añade la mente como sexto sentido, siguiendo la tradición budista (Hayes 2005).

### **1.3 La Atención Plena y su uso en contextos terapéuticos.**

El vasto desarrollo de estrategias meditativas por parte de la tradición budista para disminuir el sufrimiento humano, y en particular la práctica de la Atención Plena, ha penetrado de manera sostenida en la cultura occidental durante el curso del siglo XX, y su adaptación con fines terapéuticos ha encontrado un terreno fértil en la medicina comportamental, en la psicología de la salud y en la terapia cognitiva (Kabat-Zinn, 1990 y 2003; Miró 2006). Tales ámbitos de la salud se caracterizan por afirmar que los factores mentales y emocionales, la manera de pensar y comportarnos, pueden tener efectos



importantes sobre nuestra salud cuando estamos sanos, y sobre nuestra capacidad de recuperarnos o mejorar nuestra calidad de vida, cuando estamos enfermos.

Consecuentemente, el enfoque de la atención plena ha demostrado a través de décadas de investigación progresivamente más abundante y compleja, su efectividad en ámbitos tan diversos como la prevención de recaídas depresivas (Segal, Teasdale y Williams, 2002); la disminución del estrés y aumento de la calidad de vida en pacientes con cáncer (Carlson, Speca, Patel y Goodey, 2003; Speca, Carlson, Goodey y Angen, 2000; Shoeleman y García-Montañez, 2013); reducción del dolor crónico y la fibromialgia (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney y Sellers, 1987; Kaplan, Goldenberg y Galvin, 1993; Goldenberg, Kaplan, Nadeau, Brodeur, Smith y Schmid, 1994); y la recuperación de los tejidos de la piel en pacientes con psoriasis (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf y Cropley 1998; Kabat-Zinn, 2003), entre otros.

Dentro de los enfoques terapéuticos basados en la Atención Plena, los que cuentan actualmente con mayor respaldo empírico son: el programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (MBSR: Kabat-Zinn, 1990 y 2003); la Terapia Cognitiva Basada en la Conciencia Plena (MBCT: Segal Teasdale y Williams, 2002); la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT: Hayes, Strosahl y Houts, 2005) y la Terapia Conductual Dialéctica (DBT: Linehan, 1993), utilizada en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad y disminución de la conducta suicida.

En estos modelos terapéuticos se enseña la práctica de la Atención Plena a través de variaciones y desarrollos del programa propuesto inicialmente por Kabat-Zinn en la Clínica de Reducción del Estrés (Kabat-Zinn, 1990). Este programa es ofrecido actualmente en más de 250 hospitales y clínicas en

distintos lugares del mundo (Salmon, Santorelli y Kabat-Zinn, 1998), no existiendo evidencia de que haya sido aplicado previamente en algún hospital en Psiquiátrico en México hasta esta experiencia.

#### **1.4 El Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP).**

El Programa de Reducción de Estrés basado en la Atención Plena (REBAP) (MBSR, Kabat-Zinn, 1982 y 1990) fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn, quien popularizó e impulsó el uso de la práctica de la Atención Plena como procedimiento para tratamiento de trastornos psicofisiológicos o psicosomáticos dentro del marco de la medicina comportamental. Desde 1979 se lleva impartiendo en la Clínica de Reducción del Estrés, del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts (EEUU). El programa hoy en día, y el arduo trabajo de sus estudiosos han dado como resultado la realización del Centro de *Mindfulness* (CFM: *Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society*) establecido en 1995 por Kabat-Zinn y dirigido por el Dr. Saki Santorelli, mismo que funciona dentro de la división de Medicina Preventiva y del Comportamiento de la Facultad de Medicina de esta universidad.

Durante su carrera, Kabat-Zinn ha entrenado a grupos de jueces, líderes de negocio, los abogados, clero, y los atletas olímpicos (el equipo de remo de 1984 hombres olímpicos), y los activistas ambientales en Atención Plena. Bajo su dirección, el centro para *Mindfulness* condujo programas de MBSR en el centro urbano en español así como en inglés, y en el sistema penitenciario del estado en Massachusetts. Él conduce los tratamientos anuales del *Mindfulness* para los líderes de negocio y los innovadores, y con sus colegas en la que entrena a los profesionales de la salud para este mismo fin. Cerca de 200 centros médicos y clínicas por toda la nación estadounidense y al exterior ha

utilizar el modelo de MBSR, incluyendo 17 en el sistema de Kaiser-Permanente en California.

Kabat-Zinn, el inventor del REBAP, menciona que la creación de este inicialmente tuvo dos intenciones. La primera iba dirigida hacia una forma de entrenamiento de la Atención Plena para el alivio del sufrimiento de pacientes médicos. Para esto se necesitaba una intervención libre de factores culturales, religiosos e ideológicos asociados a los orígenes budistas de esta técnica, porque el objetivo no era enseñar budismo, sino ofrecer un ambiente en el cual fuera posible experimentar procedimientos para explorar y aliviar el sufrimiento tanto en niveles mentales como corporales. Si la experiencia de esta primera intención mostraba ser exitosa tanto para los participantes como para los médicos que los refirieron, como fue el caso, la segunda intención del REBAP sería que funcionara como modelo para otros hospitales y centros médicos, y se adaptara a otros contextos en los cuales ayudara al manejo de estrés, dolor emocional y/o físico y enfermedad (Kabat-Zinn, 2003).

El programa REBAP se define explícitamente como programa educativo en el contexto de la medicina mente-cuerpo para reducir el estrés y mejorar la salud (Kabat-Zinn, 1990), y no como tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico.

El programa REBAP está basado en el entrenamiento intensivo del cultivo de la Atención Plena, una forma de desarrollar nuevos tipos de control y sabiduría basados en prestar atención con aceptación, adquirir conciencia de cada instante y tener una visión profunda. Esto constituye un importante vehículo para la auto comprensión y la sanación (Kabat-Zinn, 2003). Se trata de aprender a cuidarse mejor a uno mismo y de hallar o descubrir una sensación profunda de tranquilidad y paz mental.

Además de la práctica de la Atención Plena, la educación psicológica forma parte del programa, proporcionando información a los sujetos sobre qué es el estrés, qué factores lo pueden precipitar y cuáles prevenir, qué relación existe entre pensamiento-emoción y sensaciones corporales.

La actitud mantenida en la práctica de la Atención Plena será determinante en el proceso de aprendizaje para lograr lo máximo del proceso de introspección. Existen factores relacionados con la actitud que constituyen los principales soportes de la práctica de la Atención Plena:

- No juzgar, asumiendo intencionadamente una postura de testigos imparciales de la propia experiencia, tratando de no valorar o reaccionar ante cualquier estímulo interno o externo que esté aconteciendo en el presente. Cuando se encuentra a la mente enjuiciando, lo importante y necesario es darse cuenta de que lo está haciendo.
- Paciencia, comprendiendo que las cosas suceden cuando tienen que suceder, sin acelerar el proceso.
- Mente de Principiante, estando dispuestos a verlo todo como si fuese la primera vez, quitando el velo de las propias ideas, razones, impresiones, creencias, etc., ningún momento es igual a otro, ninguna experiencia es igual a otra.

Para cada práctica se instruye a los participantes a focalizar su atención en un aspecto específico - como los pies al caminar o el movimiento del abdomen al respirar - observando con ecuanimidad el surgimiento esperable de pensamientos, emociones o sensaciones diversas. Cuando la persona nota que se ha distraído, y que su mente ha divagado hacia otros pensamientos, fantasías o recuerdos, la práctica consiste en reconocer en ese momento el contenido de ese pensamiento y retornar al foco de atención. Este proceso circular consistente en a) prestar atención plena, b) distraerse y c) notar que uno se ha

distraído y amablemente volver a prestar atención plena, puede tomar lugar literalmente cientos de veces durante las primeras sesiones de práctica, disminuyendo gradualmente la tendencia a la distracción a medida que aumenta la familiaridad con la práctica.

Durante el programa REBAP, en la práctica grupal semanal se discute acerca de diversos aspectos del estrés, tales como la interacción cuerpo mente, la respuesta de lucha-huida, o el estrés relacional, y se comentan y comparten un amplio abanico de maneras de enfrentar dicho estrés utilizando las herramientas de atención plena que se van aprendiendo gradualmente en el programa. Un ejemplo de esto es el ejercicio consistente en respirar (inhalar-exhalar) con atención plena durante tres minutos tres veces al día, en momentos predefinidos por la persona. En esta práctica, la persona detiene la actividad que está realizando, endereza la columna - puede estar de pie o sentado - y lleva su atención al movimiento de su abdomen durante la inhalación y la exhalación. Este ejercicio, que se realiza a partir de la tercera semana del programa, sirve de base para la construcción de estrategias de enfrentamiento de situaciones de estrés en semanas posteriores del programa.

Un aspecto importante del programa, es la complementación del trabajo durante las sesiones con al menos media hora diaria de práctica formal – recorrido del cuerpo, yoga, atención plena- utilizando discos compactos (CDs) con las instrucciones en audio de los ejercicios durante las primeras semanas, además de la realización de prácticas informales y registro en protocolos entregados semana a semana por el instructor junto con el resumen de los puntos centrales de cada sesión. Dado el carácter del programa, es indispensable, como lo señala Kabat-Zinn (2003) y Baer (2003), que el instructor tenga experiencia personal con prácticas de plena conciencia, y no meramente haber asistido a uno o dos cursos o charlas al respecto, ya que, la relación que el instructor tiene con la Atención Plena basada sobre una práctica personal

extensiva, la enseñanza y la guía que uno pueda introducir en el contexto clínico va a tener poca energía, autenticidad, relevancia, y este déficit va a ser sentido prontamente por los participantes (Kabat-Zinn, 2003).

El REBAP no persigue alcanzar ningún estado en particular, sino permanecer presentes y despiertos sobre lo que ocurre a cada momento. Cabe destacar que el programa es el mismo, sea cual sea el problema de base de la persona que lo realiza. Asimismo, decir que es entendido como un complemento a la terapia y nunca una alternativa a la misma.

Este programa se estructura a lo largo de 9 semanas con una sesión semanal de entre 1,5 y 2,5 horas y trabajo a realizar en casa durante el resto de la semana. Entre la sexta y séptima semana se realiza un retiro intensivo de un día, que transcurre en silencio (Baer, 2003) El tamaño del grupo varía aunque suele rondar las treinta personas por instructor.

Durante este período se trabaja la Atención Plena (*mindfulness*) de diferentes formas (Chiesa, Serretti, 2009):

- A través de la meditación con Atención Plena, ya sea sentado o caminando, que incluye atención plena sobre la respiración y otras sensaciones corporales así como la conciencia de la constante marea de pensamientos y distracciones de nuestra mente sin emitir juicios sobre ello.
- A través de la auto-conciencia corporal, con una técnica llamada “*body-scan*” (Kabat-Zinn, 2004), consistente en recorrer el cuerpo reconociendo las sensaciones que vienen de él, sin juzgarlas, y centrándonos en la respiración como punto de anclaje.

- A través de ejercicios de *hatha* yoga, que incluyen respiraciones, estiramientos y posturas encaminados a fortalecer y flexibilizar el sistema músculo-esquelético.
- Otros: discusiones, poemas, contemplación de sensaciones (Delgado, 2009)

Un principio fundamental del REBAP es hacer la Atención Plena manera de vivir y no una simple técnica, y por ello a los participantes les son facilitados un buen número de prácticas. Un ejemplo de ello es el “ejercicio de la uva pasa” (Miró, 2006), donde se propone realizar con conciencia plena algo que normalmente se realizaría en “piloto automático”, tardándose entre 10 y 15 minutos desde que se toma la uva con la mano hasta que se ingiere, prestando atención a cada sensación del proceso.

#### **1.4.1 Primera clínica en español.**

En 1991, el Dr. Kabat-Zinn solicitó la financiación de un programa satélite sirviendo a los barrios pobres de Worcester, Massachussets: “El objetivo y propósito de esta solicitud fue demostrar, entre otras cosas, que es posible introducir con éxito un programa de medicina mente/cuerpo bajo el formato de una clínica de reducción de estrés basada en la atención plena dirigida a una comunidad multi-racial, multi-cultural y de bajos recursos económicos en colaboración con un centro sanitario de barriada ya establecido”.

El financiamiento fue concedido por “*The Nathan Cummings Foundation*” de Nueva York. El estudio tuvo lugar entre 1992 y 1994. La narrativa final del estudio de viabilidad se iniciaba con las siguientes palabras: “Desde la perspectiva de las tradiciones meditativas, sobre las que se basa nuestro programa, la pobreza material no ha sido nunca un factor que impida la receptividad de las enseñanzas de atención consciente y acción correcta, que

son en su raíz universales. Ha llegado el momento para que nuestro sistema de cuidados de salud perciba la universalidad de los principios de la medicina mente/cuerpo, y esto solo puede conseguirse a través de proyectos de demostración (culturalmente adecuados) del tipo que proponemos. El éxito en este terreno puede llevarnos a modelos que utilicen los sistemas de salud para catalizar un profundo cambio psicosocial relacionado con la salud en poblaciones que quizás carezcan del suficiente conocimiento, (motivación y confianza), para tomar una responsabilidad efectiva hacia su propia salud y quizás desconozcan relativamente la importancia de complementar los cuidados de la medicina tradicional con su propio, sistemático y científicamente validado esfuerzo interno para permanecer sanos y para sanar.”

Los resultados del estudio de viabilidad resultaron tan efectivos que Kabat-Zinn decidió seguir adelante con el programa bilingüe de reducción de estrés de la clínica satélite.

Las clases en esta clínica se ofrecían en inglés y en español. Los barrios pobres de Worcester registran una amplia población caribeña principalmente de Puerto Rico y la República Dominicana que desconocen el inglés. Durante los dos años del estudio, los instructores de las clases en español no eran nativos, el español era su segunda lengua.

En otoño de 1994 Jon Kabat-Zinn y Fernando A. de Torrijos, se conocieron en una conferencia en Boston. Este encuentro “casual” llevó al rápido entrenamiento de Fernando en las técnicas REBAP y a su incorporación primero como instructor y unos meses más tarde como director de la clínica satélite de reducción de estrés. Fernando, oriundo de Madrid, España, y residente en EEUU desde 1983, coordinaba en aquella época un programa para el departamento de salud pública de Massachussets en una de las clínicas comunitarias de



Worcester, estando así muy familiarizado con las necesidades de la población de los barrios pobres y particularidades culturales de la misma.

En esta misma época surgía otra clínica sirviendo al mismo tipo de población en el estado vecino de Connecticut. Este programa lo dirigía Beth Roth, una enfermera practicante que domina muy bien el español y que se había entrenado con Jon en Worcester. Desde entonces Beth y Fernando han mantenido una estrecha amistad y colaboración (<http://www.rebapveracruz.com>).

#### **1.4.2 REBAP en México.**

El Dr. Alejandro Córdova, miembro psicoanalista del Instituto Mexicano de Psicoanálisis (IMPAC) y alumno de Fromm, en el 2003 invitó a Fernando A. de Torrijos a impartir el curso para instructores de REBAP en México, el cual se realizó en la ciudad de Huatusco en el Estado de Veracruz. Los asistentes fueron 32 personas, la mayoría del área de la salud, oriundas de diferentes estados de la República Mexicana, pero sobre todo de Veracruz por ser el estado donde radica el Dr. Córdova. Del D. F. asistieron 5 participantes, psicoanalistas integrantes del IMPAC (Alejandro Córdova, Javier Arteaga, Cynthia Núñez, Pablo Varela Fregoso y Maritza García Montañez). Esta reseña es importante, en cuanto el Dr. Córdova ha sido quien más ha rescatado el efecto de la psicología y filosofía budista en Fromm, fundador del IMPAC y maestro de Córdova. En la literatura de Fromm, especialmente en el Arte de Escuchar (2001), Fromm menciona que una de las recomendaciones a los psicoanalistas novatos es la de practicar la atención plena, como método de introspección, de empatía, de consciencia. A partir de este curso impartido por de Torrijos, se forman, por un lado en el IMPAC la práctica de la atención plena todos los jueves a las 8 pm, además de multiplicación del REBAP por lo menos dos veces al año, y por otro lado, en Veracruz, se forma REBAP Veracruz, participando incluso psicoanalistas del IMPAC. A partir de ahí, el programa

REBAP se ha venido realizando indistintamente en el D. F. que en Veracruz, con el objetivo de compartir el beneficio del mismo, no sólo en sujetos con estrés crónico, sino fibromialgias, hipertensión, neurodermatitis, etc. (comunicación personal de García-Montañez, 2013).

A finales del mes de Agosto del 2002 hubo una reunión denominada el Círculo de Enseñanza de la Atención Plena en Español en la Universidad de las Américas en la Ciudad de Puebla a la cual asistieron varios miembros del grupo del puerto de Veracruz. Allí, el Dr. Córdova entró en contacto con Fernando de Torrijos (con el que ya había tenido, con anterioridad, comunicación por correo electrónico), miembro del grupo de instructores del programa de Reducción de Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP) del Centro Médico de la Universidad de Massachussets. Al terminar la reunión invitaron a de Torrijos a Veracruz en donde impartió una conferencia ante tres asociaciones médicas y un curso de dos días sobre el programa de REBAP.

Con el fin de continuar profundizando en la exploración, el doctor Córdova apoyado por el Centro Universitario Hispano Mexicano (CUHM) decidió invitar al licenciado Fernando de Torrijos para que impartiera un curso intensivo de siete días de entrenamiento profesional sobre la aplicación de la Atención Plena, tal y como se enseña en la clínica de reducción de estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachussets, fundada por el Dr. Jon Kabat-Zinn y actualmente dirigida por el Dr. Saki Santorelli (<http://www.rebapveracruz.com>).

### **1.4.3 Beneficios de la práctica de REBAP**

La práctica de la Atención Plena nos enseña de manera metódica y científica cómo funciona todo este proceso. Tendiendo así una herramienta para cambiar hábitos y patrones negativos a la vez que potenciamos nuestras virtudes y aspectos positivos. De manera que nuestra vida esté repleta de

acciones positivas, pacíficas, sabias, pudiendo sernos más útiles a nosotros mismos y a los demás. Saliendo del mal hábito de las reacciones ciegas a las que tan acostumbrados estamos y que tanta desdicha nos crean (Sobin, 2000).

Entre los beneficios podemos destacar:

- Proporciona el saber derivado de la experiencia. Conduce por el camino a que lleva a romper con el apego a los conceptos, que son convenciones útiles pero no la verdad última.
- Cultiva el amor universal y la compasión, el gozo y la paz mental.
- Provee al meditador de un instrumento para aprender a conocerse a sí mismo y comportarse de manera natural.
- Cultiva la gratitud y la bondad, promueve la generosidad para ayudar a otros sin egoísmo.
- Dirige la mente mediante la acción y disminuye la velocidad de la actividad mental. Entrena y educa la mente sin controlarla.
- Relaja la mente de la tensión y ansiedad de la vida cotidiana.
- Proporciona la posibilidad de crear condiciones para liberarse de la ira, el deseo, la preocupación, los anhelos, la vanidad, la aflicción el pesar, el desasosiego y la agitación mental.
- Fomenta la claridad de la actividad mental y diluye la confusión. Lleva a la mente a completar las condiciones para anular la duda y la confusión.
- Promueve la unión de la humanidad y respeto por todos los seres que sienten.
- Pone al practicante en contacto con la posibilidad de entender la verdad al alejarlo de todas las creen, ideas y formaciones mentales que dirige su vida y que en la mayoría de los casos es pura ilusión (Sobin, 2000).

#### **1.4.4 Estudios afines.**

En la actualidad existen diversos enfoques psicoterapéuticos basados en la Atención Plena que ya forman parte de la corriente principal de la psicología contemporánea, dejando gradualmente el terreno de lo alternativo o complementario. Ha sido crucial que varios acontecimientos y diferentes profesionales y científicos hayan acercado las técnicas de Atención Plena a nuestra cultura occidental provocando el interés y entusiasmo de una gran parte de la comunidad científica relacionada con la salud. En la psicología contemporánea, la Atención Plena ha sido adoptado como una aproximación para incrementar la conciencia y responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al estrés emocional y al comportamiento desadaptativos (Bishop et al., 2004).

Se ha demostrado que aproximaciones basadas en la Atención Plena mejoran la aflicción y el sentido de control en individuos con enfermedades crónicas de tipo médico o psiquiátrico (Miller, Fletcher, y Kabat-Zinn, 1995; Kutz, I., Borysenko J.Z., Benson H.; Kabat-Zinn, Lipworth, y Burney, 1985). La presencia mental ofrece a los individuos habilidades como la práctica de la Atención Plena con la respiración y prácticas de relajación, con las cuales se puede responder de forma calmada a la experiencia de la aflicción (Santorelli, 1992). Según Gunaratana (2002), el cultivo de de la Atención Plena ofrece un nuevo camino para experimentar el mundo y el impacto de las enfermedades mentales en la propia vida de las personas.

Esta profesionalización de las aplicaciones de la Atención Plena en la salud y el interés que está recibiendo de la comunidad científica también se ve reflejada en la amplia proliferación de publicaciones respecto al tema en revistas indexadas. Las bases de datos *PsycInfo* y *Medline* entre los años 2005 y 2009 arrojan 940 trabajos publicados con el término mindfulness (Atención Plena) en

el título, de los cuales 443 fueron publicados en revistas científicas. De acuerdo al sitio *Mindfulness Research Guide* (<http://www.mindfulexperience.org>) 2422 artículos fueron publicados de 1982 a 2012, sobre este tema en diversas revistas científicas a nivel mundial y según *PubMed* entre 2010 y enero del 2014 existen 182 publicaciones haciendo referencias a *Mindfulness Based Stress Reducción* (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>).

Desde el *Center for Mindfulness*, el programa de reducción de estrés continúa su expansión alrededor del mundo, a través de diferentes programas clínicos y ampliando su oferta a personas con enfermedades en las que el estrés es un agravante como en cáncer (Smith et al 2005; Yaowarat Armer, 2011; Carlson, Speca, Patel, y Goodey, 2003; Ledesma y Kumano, 2009; Tacón, Caldera, y Ronaghan, 2004), sida (Robinson, Mathews, y Witek- Janusek, 2003), enfermedades del corazón (Robert McComb, Tacon, Randolph, & Caldera, 2004), diabetes (Young, Cappola, & Baime, 2009), relación de pareja (Carson, Carson, Gil, y Baucom, 2007), problemas de sueño (Winbush, Gross, y Kreitzer, 2007), dolor crónico (Bohlmeijer et al, 2010; Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn et al 1985; Morone et al, 2009; Plews-ogan et al, 2005; Rosenzweig et al 2010, Sagula y Rice 2004; Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe y Schorling, 2005) fibromialgia (Sephton et al., 2007; Lush, Salmon, Floyd, Studts, y Weissbecker, 2009; Merkes, 2010; Rosenzweig et al., 2010; Weissbecker et al., 2002; Quintana y Rincón, 2011 Grossman et al, 2007; Reibel et al, 2001), Artritis reumatoide, enfermedad autoinmune que afecta a las articulaciones produciendo dolor y deformidad (Pradhan et al, 2007), fatiga crónica (Surawy, Roberts y Silver, 2007), esclerosis múltiple (Hankin, 2010), adicciones (Vallejo y Amaro, 2009), trastorno obsesivo compulsivo (Patel, Carmody & Simpson, 2007) en trasplante de órganos (Gross, Kreitzer, 2007), así como disminución del estrés en población sana, poniendo al REBAP como herramienta para mejor el estrés y aumentar el bienestar en personas sin ninguna patología física o psíquica (Chiesa, Serreti , 2009), entre otros.

También existe una amplia investigación con muestras de sujetos que, por su profesión, están expuestos a padecer estrés, como los profesionales de la salud (Beddoe, Murphy, 2004; Irving et al, 2009; Shapiro et al, 1998, Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, & Shapiro, 2004; Irving, Dobkin & Park, 2009; Martín-Asuero & García- Banda, 2010), padres y cuidadores de niños con problemas del desarrollo (Bazzano et al., 2010), disminución del estrés en niños y adolescentes, especialmente vulnerables a un exceso de tensión psicológica favoreciendo problemas de rendimiento escolar, desadaptación social, agresividad, etc., (Burke, 2010). Esta actividad clínica ha supuesto también resultados en diversas investigaciones científicas. En ellas se ha constatado, por ejemplo, la utilidad del programa para modificar ciertas funciones fisiológicas e inmunitarias (Davidson, 2003). Lo cierto es que desde la publicación en 1982 del primer trabajo sobre dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982) han aparecido estudios que muestran su utilidad en trastornos de ansiedad (Kabat-Zin, Massion, Kristeller, Peterson, Fletcher y Pbert, 1992, Chiesa, Serreti, 2009; Jain et.al., 2007; Larraburu, 2009; Shapiro et al, 2008; Toneatto, Nguyen, 2007) o en psoriasis disminuyendo la duración de la fototerapia de rayos UV (Kabat-Zinn, Wheeler, Light, Skillings, Scharf, Cropley, Hosmer & Bernhard, 1998), en las prisiones se ha puesto en práctica, en este sentido podemos mencionar la importancia que ha surgido en con el reporte titulado “Reducción del Estrés Basada en la Atención Plena (REBAP), en mujeres adolescentes en conflicto con la ley” (García-Montañez, 2012 publicación en curso) y el Síndrome del “burnout” o estrés laboral, (Chiesa, Serreti, 2009; Irving et al, 2009; Martín, 2008) por ejemplo. Paul Grossman dirige el Instituto de Investigación Mindfulness Inteligencia Emocional Plena de la Universidad de Friburgo en Alemania y se centra también en el Mindfulness como programa de control de estrés. Se ha publicado un meta-análisis (Grossman, Niemann, Schmidt, y Walach, 2004) sobre el uso de estos programas, en él se constata los resultados mostrando la utilidad del procedimiento tanto en muestras clínicas como en personas “normales”.

El doctor Jon Kabat-Zinn, es uno de los principales exponente de esta técnica es el autor de diversos textos importantes (1982; 2002,1990, 1991, 1994,) y co-autor J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L. Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992); J., Wheeler, E., Ligth, T., Skillings, A., Scharf, M. y Cropley, T.G., 1998); J. Mark, G. Williams, John D. Teasdale and Zindel V. Segal, 2007; Richard Davidson, 2012entre otros.

#### **1.4.5 Otros estudios.**

En otros estudios se encontró que las áreas cerebrales asociadas a la atención, la memoria y los procesos sensoriales son aproximadamente un 5 % más gruesas en personas que practican la Atención Plena, que las que no lo hacen (Andrews, 2005; Lazar et al. 2005). La intensidad de impulsos cerebrales EEG asociados a actividades como la atención y el aprendizaje también se incrementa con la intensidad de Atención Plena, la generación de compasión, amor y amabilidad hacia todos (Davidson, 2005). Hay pruebas de que la práctica con Atención Plena beneficia a personas que experimentan síntomas de dolor muscular o de articulaciones, al igual que disminuye el uso de drogas y tranquilizantes (Monk-Turner, 2003).por otra parte las personas que meditan se vuelven más felices, aumenta su autoestima y pueden manejar mejor sus emociones (Pascopella, 2005).

Los estudios neuronales demuestran un incremento de actividad en el lóbulo frontal izquierdo, que es la residencia de las emociones positivas. Al mismo tiempo se reduce el funcionamiento de la región derecha. Los neurocientíficos han observado que las personas que emplean más la zona izquierda tardan menos tiempo en eliminar las emociones negativas y la tensión que pueden provocar, por ejemplo, un atasco o una discusión con el jefe. Este desequilibrio entre los hemisferios conlleva también a una reducción del miedo y la cólera (Boton, 2007).

Las investigaciones en los monjes budistas con años de experiencia en la Atención Plena indican que éstos tienen una actividad significativamente mayor en el lóbulo izquierdo que las personas que no practican esta técnica (Boton, 2007).

En el Centro Clínico Essen-Mitte, en Alemania, los médicos han empleado durante cinco años un programa Atención Plena antiestrés diseñado por Jon Kabat-Zinn, en casi 3.000 pacientes con todo tipo de patologías entre las que se incluye el cáncer. La experiencia no se planteó como un ensayo clínico, de modo que no existen datos objetivos de los resultados, pero los facultativos observaron que la mayoría de los individuos experimentaba mejorías significativas en su enfermedad (Boton, 2007).



## **CAP. II. EL SÍNDROME DEL AGOTAMIENTO PROFESIONAL.**

### **2.1 ¿Qué es el Síndrome de Agotamiento Profesional?**

La sociedad moderna vive y se desarrolla de manera acelerada enfrentándose cada día a fuertes demandas impuestas por el medio, provenientes de corrientes como el consumismo y la globalización, las cuales llevan a los individuos a cambiar su ritmo de vida, generando una serie de reacciones y estados emocionales tensos, los cuales impiden la realización de tareas específicas que pueden resumir en una corta palabra: estrés. Es ineludible que el trabajo es una parte fundamental en la vida del ser humano que influye en la salud y en su calidad de vida. Levi (2000) plantea que esta influencia puede ser positiva o negativa. La importancia de este tema se muestra en la prevalencia creciente del SAP.

Actualmente el SAP es un problema grave dentro del ámbito laboral ya que las consecuencias que derivan de él son de un alto costo para el profesional tanto físico, social y psicológico. El informe sobre salud en el mundo laborado por la Organización Mundial de la Salud en el año 1995, estuvo dedicado a evaluar la calidad de los servicios de salud y como proceder en su mejoría. En éste se señaló que los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para el buen funcionamiento de éste y para conseguir que el mismo ofrezca una mejor calidad de los servicios. Según la Organización Mundial de la Salud (2000), estos son el recurso más importante que pone el sistema de salud para lograr la eficacia, porque esta depende de los conocimientos, destreza, motivación y amor por sus profesionales. En la actualidad, el término SAP se utiliza para referirse al desgaste profesional que sufren los trabajadores de los servicios a personas (administraciones públicas, enseñanza, salud, administración de Justicia, policía,...) debido a unas condiciones de trabajo que tienen fuertes demandas sociales.

Gil Monte (1997) advierte sobre la importancia de marcar una diferenciación conceptual del SAP con el Estrés, ya que la mayoría de las veces se confunde al SAP como sinónimo de Estrés, y se debe de puntualizar que estos no son sinónimos sino que la exposición prolongada de estrés (estrés crónico) es el promotor del SAP, es en este sentido que cualquier revisión del tema debe de tratar de clasificar estos conceptos y establecer los límites entre ellos.

Para entender entonces, qué es el SAP, debemos comenzar por entender, qué es el estrés.

## **2.2 Estrés.**

El término estrés aparece en nuestro vocabulario en forma cotidiana con acepciones muy diversas.

El término estrés proviene de la física y la arquitectura y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. En la Psicología, estrés suele hacer referencia a ciertos acontecimientos en los cuáles nos encontramos con situaciones que implican demandas fuertes para el individuo, que pueden agotar sus recursos de afrontamiento.

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la Psicología por parte del fisiólogo canadiense Hans Selye (1956).

El estrés ha sido entendido, sobre todo coloquialmente como estímulo; pero es una respuesta psicofisiológica de adaptación y reacción a un daño al organismo, así:

- El estrés puede ser definido como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuáles debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente (laboral, social, etc.) es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica (Lazarus 1984).

### **2.2.1 El estrés: respuesta fisiológica.**

Previa a esta concepción del estrés, en la primera mitad del siglo pasado, se había investigado la respuesta fisiológica no específica de un organismo ante situaciones estresantes, a la que Selye (1948) le denominó Síndrome de Adaptación General y que incluía tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Selye consideraba que cualquier estímulo podía convertirse en estresor (estímulo que genere estrés), siempre que provocase en el organismo la respuesta inespecífica de reajuste o reequilibrio homeostático como agentes estresores. Hoy en día sabemos que los estímulos emocionales pueden provocar reacciones de estrés muy potentes.

Las fases del estrés definidas por Selye, (1948) son:

- Reacción de alarma: el organismo, ante la aparición de un peligro o estresor, se produce una reacción durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal, y se caracteriza por los siguientes síntomas: taquicardia, aumento de la capacidad respiratoria, dilatación de pupilas, aparición de palidez y tensión muscular.

- Resistencia o adaptación, el organismo intenta superar, adaptar o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo hasta desaparecer la sintomatología.
- Agotamiento, el cual se presenta cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona son insuficientes para conseguir un nivel de adaptación. Cuando esto sucede aparece la patología llamada psicósomática. (Selye 1976)

Según el modelo de Lazarus (1984) el proceso cognitivo de valoración de la situación supone una estimación de las posibles consecuencias negativas que pueden desencadenarse para el individuo. Si el resultado de esta valoración concluye que las consecuencias pueden ser un peligro para sus intereses, entonces valorará su capacidad de afrontamiento frente a este peligro potencial. Si las consecuencias son muy amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de estrés. La reacción de estrés será mayor que si la amenaza no fuera tan grande y los recursos de afrontamiento fuesen superiores. Una vez que ha surgido la reacción de estrés el individuo seguirá realizando reevaluaciones posteriores de las consecuencias de la situación y de sus recursos de afrontamiento, especialmente si hay algún cambio que pueda alterar el resultado de sus valoraciones. Estas reevaluaciones son continuas y pueden modificar la intensidad de la reacción, disminuyéndola o aumentándola.

Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan, por lo tanto no todo el estrés tiene consecuencias negativas, sólo cuando la situación desborda la capacidad de control del sujeto y se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina diestrés, a diferencia del estrés positivo, o eustrés, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual - laboral, por ejemplo- (Lazarus y Folkman, 1986).

En nuestra sociedad el estrés es visto más que como una respuesta adaptativa como experiencias nocivas las cuales producen problemas de salud por ello se debe definir el eustrés (o “estrés positivo”) y diestrés (o “estrés negativo”).

Peiró (1992) señala que el estrés es un fenómeno adaptativo de los seres humanos que contribuye, en buena medida, a su supervivencia, a un adecuado rendimiento en sus actividades y a un desempeño eficaz en muchas esferas de la vida.

En todos los ámbitos de la vida, se generan tensiones y cuando alguien pretende eliminarlas por completo, es muy probable que lo único que consiga es estresarse aún más, por lo que como seres humanos racionales lo inteligente y positivo es saber controlar las tensiones para canalizarlas luego de manera positiva.

En términos generales se puede hablar de dos tipos de estrés, estrés positivo (Eustrés) y estrés negativo (Diestrés).

Pose (2005) define el eustrés como un estado en el cual las respuestas de un individuo ante las demandas externas están adaptadas a las normas fisiológicas del mismo.

El eustrés es el fenómeno que se presenta cuando las personas reaccionan de manera positiva, creativa y afirmativa frente a una determinada circunstancia lo cual les permite resolver de manera objetiva las dificultades que se presentan en la vida y de esta forma desarrollar sus capacidades y destrezas.

Según Pose (2005) cuando las demandas del medio son excesivas, intensas y/o prolongadas, y superan la capacidad de resistencia y de adaptación

del organismo de un individuo, se pasa al estado de diestrés o mal estrés.

Se puede decir que el estrés puede ser visto como un fenómeno de adaptación en los individuos ya que depende de cada persona y de la situación que se le presente el tipo de respuesta que proporcione a su entorno y esta le podrá beneficiar o no en su crecimiento personal y/o profesional.

### **2.3 Perfil de Estrés de Nowack.**

El perfil de Estrés de Nowack (2002), mide siete dimensiones, situaciones estresantes (salud, trabajo, finanzas, familia, entorno social o del ambiente), hábitos de salud (ejercicio, descanso-sueño, alimentación-nutrición y prevención al riesgo), red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento (valoración positiva, minimización de la amenaza y concentración en el problema) y bienestar psicológico. Las propiedades psicométricas del instrumento reportan confiabilidad por mitades de 0,89 y 0,91 en poblaciones de diferentes razas y nivel educativo. La homogeneidad de las escalas con confiabilidad test-pos test muestran un rango de 0,51 a 0,92 alpha de Cronbach y los análisis factoriales las reportan con baja a moderada relación (0,41 a 0,75 eigen), lo que confirma que los constructos representados por estas dimensiones son lo suficientemente independientes para justificar su interpretación por separado. En conjunto, las dimensiones explican el 57% de la varianza. El cuestionario se presenta con 118 ítems. Cada cuestión ofrece 5 opciones de respuesta y su calificación se explicita en el manual. El tiempo para ser contestado fluctúa entre 20 y 25 minutos. Aunque el Perfil de Estrés de Nowack incluye la variedad de subescalas que se mencionaron anteriormente, para obtener los resultados relevantes para este estudio, únicamente se tomaron en cuenta los puntajes referentes a la escala del estrés. Además, los datos de un sujeto que es mayor a 70 años se excluyeron para el análisis de datos de esta prueba, ya que las normas del Perfil de Estrés de Nowack se extrajeron de una muestra de

mujeres y hombres de entre 20 y 68 años de edad.

## **2.4 Estrés Laboral.**

El estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física y mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés.

Desde la entrada en vigor de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, en 1995, se ha dado un impulso a los aspectos relacionados con la Salud Laboral, entre los factores desencadenantes de distintos problemas de salud, deterioro de las relaciones interpersonales, ausentismo y disminución de la productividad, se encuentra el estrés (Vida y Trabajo, 1999).

"Los efectos del estrés varían según los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas" (Peiró, 1993, p.11).

Peiró (1993), señala que existen en los individuos diferencias en características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes que permiten predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral.

La mayoría de las concepciones actuales sobre el estrés laboral lo definen como un fenómeno consistente en una relación o transacción entre la persona (el trabajador, definido por sus capacidades y recursos personales) y el entorno o ambiente (en este caso, laboral, definido por las condiciones y demandas de

trabajo), que resulta ser gravosa (o que la persona percibe como tal) para el bienestar del individuo, y que deviene en trastornos psicológicos, conductas insanas y finalmente, en enfermedad (Cooper, 1990; Lazarus y Folkman, 1984).

Otros estudiosos también hablan sobre el estrés laboral:

- Karasek (1990), el estrés laboral depende del conjunto de las demandas del trabajo y de los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador
- Lazarus (1991), el estrés laboral interviene en una interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones del trabajo que conducen a trastornos psicológicos, conductas insanas y finalmente a enfermedad o a la muerte
- Gutierrez, Contreras et.al. (2003), el estrés laboral es la percepción que tiene el trabajador de las condiciones a los conflictos interpersonales, a una supervisión, gerencia o dirección ineficaz y a los conflictos entre el trabajo y las obligaciones personales y las necesidades propias de la autorrealización.
- Ortega (2006), el estrés laboral surge como consecuencia de altas demandas y responsabilidades derivadas del trabajo, la excesiva variedad de tareas, incapacidad para delegar, incapacidad para establecer prioridades, la falta de retroalimentación en el desempeño y rendimiento del trabajo, las condiciones inadecuadas, la escasa calidad de las relaciones interpersonales en el trabajo, la inadecuada distribución del tiempo, el nivel de satisfacción en el puesto que se desempeña, la preocupación por la profesión y por la falta de expectativas. Considera al "Estrés Laboral" como una de las principales patologías del ámbito laboral en la sociedad moderna.



### **2.4.1 Tipos de estrés laboral**

Según Slipack (1996) existen dos tipos de estrés laboral:

- El Episódico: Es aquel que ocurre momentáneamente, es un estrés que no se posterga por mucho tiempo y luego de que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron; un ejemplo de este tipo de estrés es el que se presenta cuando un trabajador es despedido de su empleo.
- El Crónico: El estrés crónico es aquel que se presenta varias veces o frecuentemente cuando un trabajador es sometido a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no afronte esa exigencia de recursos, el estrés no desaparecerá. Este se puede originar cuando la persona se encuentra sometida a una o varias de las siguientes situaciones:
  - Ambiente laboral inadecuado
  - Sobrecarga de trabajo
  - Alteración de ritmos biológicos
  - Responsabilidades y decisiones muy importantes

### **2.4.2 Causas y efectos del estrés laboral.**

El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral (Doval, Moleiro y Rodríguez 2004).

Por otra parte es necesario tomar en cuenta que el origen del estrés laboral según Melgosa (1999, en Doval et.al,2004) , puede considerarse como de naturaleza externa o interna, es decir que cuando los agentes externos o

ambientales son excesivamente fuertes hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés laboral y cuando un trabajador es muy frágil psicológicamente aun los agentes estresantes suaves le pueden ocasionar trastornos.

González Cabanach (1998 citado en Doval et. al, 2004) distingue que algunas de los factores estresantes en el contexto laboral son:

- Factores intrínsecos al propio trabajo
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional

Santos (2004) menciona que el avance tecnológico en el área industrial ha incorporado como factor estresante la monotonía, haciendo énfasis que este fenómeno no es perceptible fácilmente por los individuos en su trabajo.

La exposición a situaciones de estrés no es en sí misma algo "malo" o negativo, solo cuando las respuestas de estrés son excesivamente intensas, frecuentes y duraderas pueden producirse diversos trastornos en el organismo (Doval et al. 2004).

A continuación se presentan los principales efectos negativos del estrés laboral según (Doval et al. 2004):

- Efectos Fisiológicos
  - Aumento de la tasa cardíaca (Hipertensión)
  - Tensión muscular
  - Dificultad para respirar

- Efectos Cognitivos:
  - Preocupaciones
  - Dificultad para decidir
  - Sensación de confusión
  
- Efectos Motores:
  - Hablar rápido
  - Temblores
  - Tartamudeo

Los estilos de vida actuales son cada día más demandantes, esto lleva al hombre moderno a incrementar notablemente en mucho sus cargas tensionales y esto produce la aparición de diversas patologías (Villalobos, 1999; Santos, 2005) hace referencia que al debilitarse las defensas del organismo las actividades del cuerpo se desaceleran y pueden cesar totalmente, generando problemas psicológicos, una enfermedad física o incluso la muerte.

Según Villalobos (1999) las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés laboral pueden clasificarse en dos grupos:

- Enfermedades por Estrés Agudo.
- Úlcera por Estrés
- Estados de crisis
- Neurosis Post Traumática
- Patologías por Estrés Crónico.
- Dispepsia
- Gastritis
- Ansiedad
- Accidentes

- Frustración

Cualquier situación o condición que presiona al individuo en su actividad laboral puede provocar la reacción de estrés, incluso, en ocasiones, aunque la situación objetivamente no sea muy estresante (por ejemplo, puede que sea agobiante para un individuo, pero que no lo sea para otro), si un individuo interpreta dicha situación como un peligro, o como una amenaza potencial, surgirá la reacción de estrés. Por lo tanto, aunque hagamos un listado exhaustivo de factores que pueden desencadenar estrés, dicho listado será siempre incompleto. No obstante los siguientes factores han sido recogidos en un amplio informe sobre el estrés laboral de la Comisión Europea (Villalobos, 1999):

- Exceso o falta de trabajo
- Tiempo inadecuado para completar el trabajo de modo satisfactorio para nosotros y para los demás
- Ausencia de una descripción clara del trabajo, o de la cadena de mando
- Falta de reconocimiento o recompensa por un buen rendimiento laboral
- No tener oportunidad de exponer las quejas
- Responsabilidades múltiples, pero poca autoridad o capacidad de tomar decisiones
- Superiores, colegas o subordinados que no cooperan ni nos apoyan
- Falta de control o de satisfacción del trabajador por el producto terminado fruto de su trabajo
- Inseguridad en el empleo, poca estabilidad de la posición
- Verse expuesto a prejuicios en función de la edad, el sexo, la raza, el origen étnico o la religión
- Exposición a la violencia, a amenazas o a intimidaciones
- Condiciones de trabajo físico desagradables o peligrosas
- No tener oportunidad de servirse eficazmente del talento o las

capacidades personales

- Posibilidad de que un pequeño error o una inatención momentánea tenga consecuencias serias o incluso desastrosas
- Cualquier combinación de los factores anteriores

Cada persona que sufre de estrés está pagando un alto precio por su salud personal, pero también paga un alto costo la empresa para la cual trabaja trayendo como consecuencia, entre otros:

- Ausentismo.
- Rotación o fluctuación del personal.
- Disminución del rendimiento físico (Villalobos 1999).

## **2.5 El Síndrome de Agotamiento Profesional.**

Si bien el estrés laboral se encuentra en cualquier trabajo o profesión, el SAP es propio de ciertas profesiones y tiene características específicas que lo diferencian del agotamiento físico o emocional producido por el estrés en general. El primero en usar el término fue Graham Green en una publicación de 1961, "*A Burnout Case*". Existen referencias al SAP en otras profesiones que no necesariamente implican el trato directo con personas (Salanova et.al., 2000), aunque no es la perspectiva más extendida. En 1974, Freudenberger acuñó el término Burnout Syndrome que ha sido traducido a nuestro idioma como desgaste o agotamiento profesional e inclusive como síndrome de quemarse por el trabajo, siendo este último término inapropiado por subjetivo, inespecífico, no concreto.

Freudenberger (1974) observó que médicos internos de una Clínica de Rehabilitación para Adictos jóvenes, al año de trabajo terminaban agotados, se volvían cínicos y sentían que no importaba lo que hubieran trabajado, no había cambio ni reconocimiento de su labor; esta experiencia es lo que lo llevó a

conceptualizar el desgaste profesional como un proceso factorial: agotamiento personal, despersonalización y falta de realización laboral.

En 1976, la Psicóloga Cristina Maslach utilizó el mismo término que empleaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo: Burnout, refiriéndose al Burnout Syndrome (en español, como se mencionó antes, SAP). <http://www.monografias.com/trabajos7/tain/tain.shtml>)

### **2.5.1 Delimitación del concepto.**

En la actualidad no existe una definición única para el concepto de SAP, pero existe consenso acerca de que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico propio de las profesiones de servicio en las que el trabajador (médico, asistente social, personal penitenciario, etc.) está en contacto estrecho y directo con quien recibe el servicio. El trabajador, que tiene una fuerte vocación de servicio y una marcada motivación por ayudar a los demás, inicia su trayectoria con expectativas, muchas veces, de trascendencia. La discrepancia entre esas expectativas e ideales iniciales y las características de la realidad cotidiana del trabajo inciden en la aparición del SAP. La conceptualización de Maslach y Jackson (1981), abarca las tres dimensiones, es la más extendida:

- Agotamiento emocional: el trabajador siente que sus recursos afectivos han sido superados por el estrés producido por el contacto diario con las personas que reciben directamente su servicio.
- Despersonalización: el trabajador desarrolla sentimientos negativos hacia las personas con quienes trabaja, que se traducen en comportamientos y actitudes acordes a esos sentimientos.

- Baja realización personal: el trabajador evalúa de forma negativa su labor, lo cual afecta su auto-concepto, su auto-estima y las relaciones con los demás.

Gil Monte identifica cuatro dimensiones:

- Ilusión por el trabajo: deseo de la persona de lograr metas en relación a su trabajo, que percibe como atractivo y que le acarrea satisfacciones personales.
- Desgaste psíquico: agotamiento emocional y físico en relación al contacto diario con personas que presentan problemas.
- Indolencia: actitudes de cinismo y de indiferencia hacia las personas que reciben el servicio. Insensibilidad hacia los problemas de las personas.
- Culpa: estos sentimientos se han identificado como un síntoma característico de quienes desarrollan el SAP (Gil Monte, 2000).

### **2.5.2 Perspectivas de estudio y modelos explicativos del Síndrome de Agotamiento Profesional.**

Desde las iniciales investigaciones de Freudenberger (1974) las explicaciones respecto del SAP han venido desarrollándose dentro de dos líneas:

- La perspectiva clínica, que considera al síndrome del SAP como un estado que el trabajador padece (Freudenberger, 1974), y
- La perspectiva psicosocial, que lo enfoca como un proceso en el que participan tanto las características del entorno laboral como las características individuales del trabajador. Se basa en teorías sociocognitivas del yo (Tonon, 2003) tomando en cuenta la desilusión y desesperanza por no poder cumplir con las expectativas existentes. Dentro de este marco se desarrolló la teoría y el instrumento de medición de Maslach (1981). También se

encuentran dentro de esta perspectiva las líneas de investigación de la psicología de las organizaciones, que enfoca el SAP desde el punto de vista del estrés laboral, considerando las características de las organizaciones y las maneras en que la persona hace frente y brinda respuesta a las circunstancias que se plantean (Golembiowski, 1976).

Al hablar de proceso se supone la presencia de una secuencia. Según las distintas teorías, la secuencia agotamiento emocional-despersonalización-falta de realización se presenta en un orden variado. La propuesta de Maslach (1986) es la más comúnmente aceptada y se puede explicar de la siguiente manera: a raíz de los estresores laborales, las personas van desarrollando un agotamiento emocional que da lugar a una actitud despersonalizada hacia las personas que atienden. Se pierde de este modo su compromiso con la tarea y se genera la sensación de falta de realización personal. Gil Monte (1997) presenta un modelo alternativo que entiende al síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral crónico, propio de los profesionales que trabajan hacia las personas, que se caracteriza por el deterioro tanto a nivel cognitivo (pérdida de la ilusión por el trabajo) como a nivel afectivo (desgaste psíquico). Luego, aparecen las actitudes negativas hacia las personas que atienden (indolencia). Algunos individuos presentarán además sentimientos de culpa.

### **2.5.3 Desencadenantes y facilitadores del Síndrome de Agotamiento Profesional.**

Por desencadenantes entendemos aquellos estresores percibidos con carácter crónico que ocurre en el ambiente laboral. Es importante resaltar que el SAP es un proceso y no un evento. Mattingly señala que el SAP es un patrón de síntomas, conductas y actitudes que son únicas para cada persona (Mattingly,



1997 citado en Farber, 1983).

Esto supone, en primer lugar, que la persona se represente la situación en base a sus valores, metas y prioridades y realice una evaluación de los riesgos que puedan estar implicados. Luego, de acuerdo a su estilo de afrontamiento, la persona accionará sobre el entorno (focalización sobre el problema) o intentará reacomodar su percepción (focalización sobre la emoción) (Lazarus y Folkman, 1984). Otros autores (Karasek, y Theorell, 1990) proponen modelos de estrés desde una perspectiva interaccionista en los que vinculan más estrechamente ciertas características organizacionales y la generación de estrés. Aunque a primera vista parecería que estas explicaciones resultarían más adecuadas para explicar el síndrome del SAP, estos modelos, en especial el de Karasek, han recibido fuertes críticas por subestimar los factores individuales y por la falta de claridad en la delimitación de algunas de sus dimensiones.

Gil Monte (1997) define a los desencadenantes del SAP como aquellos estresores del ambiente laboral que se perciben como crónicos, e identifica cuatro tipos de desencadenantes del síndrome:

- Variables organizacionales: son todas aquellas variables relacionadas con el ambiente físico del lugar de trabajo y con los contenidos específicos de cada puesto. Son de considerar el nivel de ruidos, las condiciones de higiene, temperatura, oportunidad de utilizar las capacidades que el trabajador posee, cantidad de tareas asignadas, etc.
- Variables por desempeño de función relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera: aquí se incluye la jerarquía del puesto, la ambigüedad de responsabilidades y tareas, las relaciones con superiores, subordinados y personas a quienes se brinda el servicio, y la seguridad que se siente respecto de la continuidad en

el trabajo. La función que desempeñan se puede definir como demandas y expectativas que pesan sobre la persona que ocupa un determinado puesto. En este caso, el estrés de la función estaría dado por la ambigüedad y por el conflicto de la misma, cuando se presentan demandas contradictorias.

- Variables dadas por las nuevas tecnologías y demás aspectos de la organización: la nueva tecnología puede resultar tanto un facilitador del trabajo como una fuente de estrés en el caso de que el trabajador sienta que la nueva tecnología requiere aptitudes que superan sus habilidades. Asimismo, el reemplazo de cierto contacto directo con pares y superiores por la comunicación a través de computadoras puede generar una sensación de aislamiento. Otros aspectos de la organización que pueden ser fuente de estrés laboral es la jerarquía, la falta de participación en la toma de decisiones, la falta de apoyo por parte de la supervisión y la falta de autonomía.
- Variables personales: están relacionadas con las características del contexto extraorganizacional del trabajador, el ambiente familiar, otras relaciones sociales, etc.

Peiró (1992) establece cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

- Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.
- Estrés por desempeño de funciones, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
- Fuentes extra organizacionales de estrés laboral: relaciones trabajo-

familia.

Esta categorización coincide conceptualmente con lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2004) ha identificado como los factores psicosociales que pueden incidir en el rendimiento laboral, la satisfacción con el trabajo y la salud del trabajador y que consisten en las interacciones entre el trabajador, sus capacidades y necesidades, su cultura y situación personal, su medio ambiente y las características de su organización.

Como facilitadores del SAP entendemos aquellas variables de carácter personal que tienen la función de facilitar o inhibir la acción de los estresores que ejercen en el sujeto. En medida de que estos estén presentes, aumenta o disminuye el grado de estrés laboral percibido y, consecuentemente afectarán el desarrollo del síndrome en una u otra dirección.

En la aparición del síndrome inciden variables del entorno social, del entorno laboral y las variables de personalidad de la persona afectada. Los estudios de las variables sociales que pueden tener incidencia en la aparición del SAP se han centrado, hasta el momento, en las variables demográficas de edad, sexo, estado civil, etc.

- Variables demográficas:
  - Dentro de este grupo de variables se encuentra el sexo, la edad, el estado civil. Respecto a la primera variable (sexo) se puede afirmar, en función de los resultados obtenidos en múltiples estudios en donde se afirma que existen diferencias significativas en las actitudes de despersonalización, de manera que los hombres puntúan más alto que las mujeres. En cambio para los sentimientos de agotamiento personal y la falta de realización en el trabajo, los resultados no son concluyentes y se han visto afectados por diversos factores como la muestra, el instrumento

utilizado, el país del estudio, entre otros; por ello en algunos estudios los sentimientos de SAP son mayores en mujeres que en varones, mientras que en otros los resultados son inversos (Beck, 1987) y algunos otros no obtuvieron diferencias significativas en función del sexo (García, 1991).

- En cuanto a la variable edad, Zabel y Zabel (1982) consideran que frente a los jóvenes los profesionales de mayor edad han desarrollado a lo largo de la vida mejores estrategias de afrontamiento ante el estrés y expectativas profesionales más reales. Es cierto que los profesionales que llegan a la madurez en su profesión, pueden desarrollar una variedad de conductas y modelos actitudinales para reducir la probabilidad de quemarse por el trabajo.
- Para la variable de estado civil, los argumentos en la literatura para explicar la falta de relación es debido a que lo que influye es el apoyo socioemocional recibido por el núcleo familiar y la calidad de las relaciones conyugales. Leiter (1990) considera que los recursos familiares complementan a los de los compañeros del trabajo para aliviar el síndrome o prevenir su desarrollo.
- Variables de personalidad:
  - En relación al SAP, Nowack (2002) obtuvo que el patrón conductual tipo A diferencia entre altos y bajos sentimientos de quemarse por el trabajo según puntuaciones del MBI. Se indican que la personalidad tipo A se relaciona significativamente con mayores sentimientos de agotamiento emocional y mayor despersonalización. Lo anterior, indican estos mismos autores, debido a que son individualistas y mantienen pocas relaciones sociales se producirá un deterioro en sus redes de apoyo social, y consecuentemente los signos citados con anterioridad.
  - Otras características de personalidad que se asocian significativamente con el SAP son las emociones que determinan el rumbo de las decisiones tomadas. Esta variable alude a la creencia generalizada de que los

eventos de la vida y sus consecuencias son controladas por las propias decisiones y acciones (lo interno) o por fuerzas externas como otras personas, la suerte o el destino (lo externo).

- Diferentes estudios presentan que los profesionales con locus de control externo, son más propensos a padecer de este síndrome; en este sentido, los sujetos con locus de control externo experimentan con más frecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo que los sujetos con locus de control interno (Capel, 1987; Wilson y Chiwakata, 1989).
- La variable de personalidad del "self" (autoconfianza, autoestima y autoeficiencia) también han sido estudiadas en relación al síndrome. Algunos modelos del SAP han sido elaborados desde el marco teórico del "self" (el yo)", con base a las creencias de autoeficacia y autoconfianza del sujeto. En relación a esto, Cherniss (1993) afirma que los sentimientos de ser competente son un fuerte motivador para los seres humanos y que cuando estos sentimientos se frustran, los sujetos experimentan diferentes síntomas del síndrome de quemarse. Esta frustración y sentimientos de fracaso psicológico que suponen, llevarían al sujeto a un retiro emocional de la situación, que es uno de los síntomas que presenta este síndrome; por otra parte los sujetos con más alta autoeficacia, superarán o afrontarán más eficazmente el estrés y por consecuencia, experimentan con menor frecuencia el síndrome.
- El constructo de personalidad resistente (*hardiness*) también ha sido estudiado alrededor del SAP presentando una relación significativa de carácter inverso y en ocasiones actúa como un modulador que reduce la probabilidad de experimentar el síndrome de quemarse ante la presencia de estresores. Kobaso y cols. (1981; 1982) han definido la personalidad resistente como una constelación de características de personalidad que funcionan como una fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes.
- Nowack, (2002) encontró que los sujetos con niveles más bajos de estrés

y mayor personalidad resistente, presentaron significativamente menos sentimientos de Agotamiento Profesional. Para este autor estos resultados sugieren que la personalidad resistente ejerce un intenso efecto modulador en la relación estrés-síndrome de quemarse por el trabajo.

#### **2.5.4 Consecuencias del Síndrome de Agotamiento Profesional.**

Desde Freudenberg (1974) a la actualidad varios autores han descrito los síntomas que presenta una persona con SAP. Gil Monte (1997) realizó una revisión de los trabajos publicados y agrupó los síntomas en cuatro categorías:

- Síntomas emocionales: Ansiedad, sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia o de omnipotencia.
- Síntomas actitudinales: Hostilidad, suspicacia, cinismo, apatía, tendencia a no verbalizar.
- Síntomas conductuales: Agresividad, cambios repentinos de humor, aislamiento, frecuente enojo, irritabilidad.
- Síntomas somáticos: Palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, ulcera gastroduodenal, jaqueca.

Las alteraciones físicas son las mayormente percibidas por el individuo que las sufre y las que causan un mayor impacto sobre su calidad de vida. Los síntomas actitudinales, emocionales y conductuales, son los que más afectan las relaciones interpersonales y son mayormente percibidos por las personas del entorno (Gil Monte, 1997).

Estos síntomas presentados no sólo producen consecuencias en el plano físico e interpersonal de la persona afectada sino que también tiene repercusiones directas sobre la organización para la cual trabaja. Uno de los indicadores más clásicos es la baja satisfacción laboral, misma que se traduce en un deterioro de la calidad de servicio que el trabajador ofrece. Esto se observa muchas veces bajo la forma de desconexión psicológica del profesional, que evita hacer contacto visual con las personas que atiende, habla como si ellas no estuvieran presentes, contesta con palabras ininteligibles o con gruñidos, etc. Las consecuencias a nivel organizacional acarrear generalmente grandes costos económicos para la organización. El ausentismo laboral, la propensión a los accidentes de trabajo, tendencia a cometer más errores y, en muchos casos, el abandono de la institución, se traducen en indemnizaciones y en pérdida de capacidad de ganancia para la empresa (Gil Monte, 1997).

A nivel familiar se puede observar también que, el trabajador disminuye marcadamente su margen de tolerancia hacia la familia, por lo cual tendrá mayor tendencia a reaccionar de forma inadecuada ante la pareja o hijos. También le será más difícil encontrar motivos de alegría, estar dispuesto a la diversión o encontrar momentos de relajación ya que su nivel de ansiedad lo hacen proclive a la depresión y al desgano (Gil Monte, 1997).

### **2.5.5 Identificación del Síndrome de Agotamiento Profesional.**

Desde que el concepto de SAP apareció en la literatura de corte psicológico, hace más de dos décadas (Freudenberger, 1974), se han propuesto diferentes instrumentos para estimarlo, como entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y autoevaluaciones con escalas de estimación. Sin embargo la mayoría de estos métodos para estimar el síndrome, con la excepción de las escalas de estimación, se han utilizado de forma ocasional por los investigadores. No obstante, después de tres décadas de estudio se han podido

identificar diferentes escalas para su medida que han sido empleadas con mayor o menor frecuencia y éxito.

Sin embargo, identificar los desencadenantes y facilitadores de este síndrome es una tarea compleja, aún así es posible identificar conjuntos estimulares que con frecuencia producen estrés y llevan a la experiencia de quemarse, así como la identificación de determinadas características personales que hacen más vulnerables a las personas ante los elementos.

#### **2.5.5.1 El “Maslach Burnout Inventory” (MBI). ¿Se puede medir el Síndrome de Agotamiento Profesional?**

El instrumento utilizado con mayor frecuencia para medir el síndrome SAP (utilizado también en esta investigación), independientemente de las características ocupacionales de la muestra y de su origen, es el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson, 1981/1986). Es también uno de los instrumentos que mayor volumen de investigación ha generado. Casi se podría afirmar que a partir de su elaboración se normaliza el concepto de “Síndrome de Agotamiento Profesional”, pues su definición más aceptada es el resultado de la factorización del MBI, que lo conceptualista como un síndrome caracterizado por sentimientos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal por el trabajo.

Este instrumento está formado por 22 reactivos ítems que se valoran con una escala tipo Likert. En la versión inicial (1981), la escala para valorar los ítems presentaba dos formas: una de frecuencia y otra de intensidad. En la forma de frecuencia el sujeto valora, mediante un rango de 7 adjetivos que van de “Nunca” (0) a “Todos los días” (6), con qué frecuencia experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. En la forma de intensidad la escala de evaluación de los ítems tiene 8 grados, y el sujeto, valora la intensidad con la



que siente esas mismas situaciones. Los mismos autores señalan que recomiendan la forma de frecuencia ya que este formato es que no es muy similar a otras formas de medida de actitudes o emociones y por tanto se minimizan correlaciones espurias debidas a la similitud de los formatos de respuesta de los cuestionarios. La factorización arroja en la mayoría de los trabajos 3 factores ortogonales que son denominados agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. Estos factores constituyen las tres subescalas del MBI.

El MBI originalmente, estaba formado por 25 reactivos distribuidos en cuatro escalas; junto a las tres escalas anteriormente mencionadas se presentaba otra de implicación con el trabajo compuesta por tres reactivos. En la primera versión del cuestionario (Maslach y Jackson (1981) esta escala tenía carácter opcional, pero en la segunda versión (Maslach y Jackson (1986) fue eliminada, con lo que el MBI quedó reducido a los 22 reactivos presentados.

La subescala de agotamiento emocional (Emotional Exhaustion, EE) está formada por 9 reactivos que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo, la subescala de despersonalización (Despersonalización) (D) está formada por 5 reactivos que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objetos de atención, y la subescala de realización personal en el trabajo (Personal Accomplishment) (PA) está compuesta por 8 reactivos que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de desgaste, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de padecer SAP. Además, la subescala de realización personal es independiente de las otras dos subescalas,

de forma que sus componentes no cargan negativamente en ellas. Por ello, no se puede asumir que la realización personal sea un constructo opuesto a agotamiento emocional y despersonalización (Maslach y Jackson, 1986). En el manual de esta prueba se recomienda mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única pues entre otras razones, no está claro si las tres piensan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen.

Desde la perspectiva del diagnóstico, tanto el constructo de SAP como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada subescala. Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría de "alto", entre el percentil 25 y 75 en la categoría de "medio", y por debajo del percentil 25 en la categoría "bajo" (Maslach y Jackson, 1986).

Este cuestionario ha sido altamente empleado para diversas profesiones y diversas profesionales y en diferentes países como Alemania (Enzmann y Kleiber, 1990), Australia (Pierse y Mohillo, 1989), Canadá (Leiter, 1988; Golembiewski y col., 1986), España (Oliver, Pastor, Aragoneses y Moreno, 1990; Gil-Monte y Schaufeli, 1991); Montalbán, Bonilla e Iglesias, 1995), E.U.A. (Maslach y Jackson, 1981), Francia (Girault, 1990), Gran Bretaña (Firth, McIntee, McKeown y Britton, 1985), Holanda (Schaufeli y Dierendonck, 1993), Italia (Pedrabissi y Janzur, 1994), Zimbabwe (Wilson y Chiwakata, 1989), entre otros.

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud, posteriormente se han realizado adaptaciones para otro tipo de profesionales, por ejemplo el "MBI forma Ed." (Schwab, 1986) es una adaptación para maestros y profesores en la que la palabra "paciente" es sustituida por "alumno", permaneciendo igual el resto del cuestionario. Además Golembiewski y col. (1986 y 1988) han realizado modificaciones del cuestionario para adaptarlo a

directivos y otros profesionales que no son del sector de servicio de ayuda.

## **2.6 Calidad de vida.**

Para algunos autores, la Calidad de Vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis & Assman, 1999).

Actualmente, en los países industrializados, gracias al progresivo avance científico de la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, se ha conseguido disminuir la morbilidad y la mortalidad de muchas enfermedades, aumentando la esperanza de vida, pero incrementándose concomitantemente las situaciones crónicas degenerativas no letales (Montero, 2006).

Por lo anterior podemos decir que el SAP tiende a disminuir la calidad de vida de los seres humanos que la padecen, por ello es importante puntualizar este concepto

La OMS en 1945 definió la Calidad de Vida como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad” no sólo debemos utilizar índices que midan la presencia o gravedad de una enfermedad (estado físico), sino que debemos suplementarlo con medidas del bienestar psicológico y social. ). Los investigadores con orientación clínica suelen definir calidad de vida en términos de salud y/o de discapacidad funcional. Por ejemplo Kaplan (1991), define calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Rivera (1992) nos aporta que no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar y, que los déficit de salud constituyen el primer elemento a tener en cuenta.

### **2.6.1. Importancia de la Calidad de Vida en el Trabajo.**

Según (Larez, 1998) citado por Liendo Laidy, la importancia del estudio tiene sus limitaciones y su contribución en los siguientes aspectos:

- La historia de la calidad de vida en el trabajo sugiere la necesidad de crear una nueva taxonomía y mayor sistematización desde el punto de vista teórico.
- Una nueva topología sobre la calidad de vida del trabajador en un ambiente laboral puede ser utilizada en diversos contextos sociales.
- La operacionalización de los componentes de la calidad de vida en el trabajo provee las bases empíricas para futuros estudios sobre este tope.
- La formulación de un modelo integral de calidad de vida laboral, nos permite este concepto desde un punto de vista multidimensional y poder así analizar los componentes particulares en función de las magnitudes en que se presente.

### **2.6.2 Dimensiones de la calidad de vida.**

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.
- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral.

El objetivo de la medicina (y de la sociedad) a partir de las últimas décadas del siglo XX es dar vida a todos y cada uno de los años, es decir, aumentar la calidad de vida ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)).

La calidad de vida es uno de los factores que persigue la atención plena. La OMS (2001) propone indicadores estandarizados con el fin de evaluar las intervenciones que se definen con el objetivo de "mejorar la calidad de vida". El valor de todas las intervenciones terapéuticas, ya sean médicas o psicológicas, deben ser analizadas teniendo en cuenta el impacto que las mismas tienen en la calidad de vida. Esta es algo difícil de medir.

El apoyo familiar y social es fundamental en relación a la salud, especialmente la psíquica: las personas necesitan amar y sentirse amadas. La necesidad de sentirse amados no decrece con los años, si acaso, aumentar, como también aumenta cuando se padece de una enfermedad grave y cuando se acerca la muerte (OMS, 2001).

Entendemos como calidad de vida la satisfacción de vivir con libertad y bienestar, es decir con un funcionamiento físico, social, económico, emocional, que nos permita lograr todos nuestros deseos o nos resigne encontrándonos satisfechos, en paz, queridos, consolados. No son las cosas lo que nos hacen daño sino la manera de ver los problemas. Favorecer la autoestima, es decir, que la persona se quiera, es muy valioso incluso con sufrimiento. El sufrimiento como parte de la vida aceptándolo como un valor moral ético que de sentido a la vida, no como una carga, puede favorecer la calidad de vida. También la ética, la

moral, los valores (el amor, la honestidad, la sinceridad), si los tenemos y practicamos dan sentido a la vida y nos ayudan a reestructurarla de acuerdo a las distintas circunstancias. La posibilidad de disfrutar del tiempo libre. El estado psicológico y los recursos psíquicos con los que cuenta la persona. El factor económico es importante en la calidad de vida, en todos sus ámbitos. Es un ingrediente de la calidad de vida, no sólo en la vejez, en todas las edades ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)).

Existe ya un consenso, que la calidad de vida es tanto una entidad subjetiva como multidimensional, en la que se deben considerar al menos tres dimensiones: bienestar físico, mental y social. A su vez, los aspectos físicos pueden dividirse en síntomas (experiencia física) versus función (habilidades y actividades) (Casadei, 2003).

El bienestar psicológico se refiere al estado de ánimo, tanto positivo como negativo. Los aspectos sociales son los que resultan más difíciles de evaluar con escalas acotadas debido a la complejidad de aspectos que se deben tener en cuenta, de ahí que estén sub-representados y pobremente entendido (Casadei, 2003).

Otro elemento a tener en cuenta, es que una tabla para evaluar calidad de vida debe incluir la perspectiva del paciente y debe ser sensible a los cambios de ese paciente a lo largo del tiempo, es decir, con la evolución de la enfermedad ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com))

### **2.6.3 Escala de Calidad de Vida SF-36.**

El Cuestionario de Salud SF-36 fue elaborado por Ware y Sherbourne en 1992, fue desarrollado, para ser usado en investigaciones médicas en poblaciones adultas (*Medical Outcomes Study, MOS*), (Ware y

Sherbourne,1992). El desarrollo y proceso de validación del cuestionario ha sido descrito en detalles por McHorney, Ware y Raczek en 1993 y McHorney, Ware, Lu y Sherbourne en 1994. Se trata de una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable en pacientes como a población en general. Resulta útil para la evaluación de de la Calidad de Vida en subgrupos específicos para comparar la carga de diversas enfermedades así como en detectar los beneficios producidos por diferentes tratamientos (Ware, 2000). Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, que permiten la comparación de resultados, lo convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la Calidad de Vida (Garratt et.al., 2002)

Se compone por 36 ítems los cuales cubren las siguientes escalas: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36 (Ware et.al., 1993).

En 1996 se desarrolló la versión 2.0 del cuestionario original SF-36 (Ware, 2000), con el principal objetivo de mejorarlas características métricas de las 2 escalas Rol emocional y Rol físico. Las mejoras en la versión 2.0 se incluyeron: a) instrucciones y enunciados más sencillos para algunas de las preguntas; b) mejoras en la presentación de los ítems y las opciones de respuesta en la versión auto administrada del cuestionario para facilitar su lectura y cumplimentación, y reducir así el número de respuestas faltantes; c) mayor comparabilidad en las diferentes traducciones y adaptaciones culturales del cuestionario; d) 5 opciones de respuesta en vez de opciones de respuesta dicotómicas en los ítems correspondientes a las escalas Rol físico y Rol

emocional, y e) eliminación de una de las 6 opciones de respuesta («Muchas veces») para los ítems de Salud mental y Vitalidad (Ware, 2000).

Las Escalas de Salud del SF-36 V.2 se describen de la siguiente forma:

- **Función Física (FF):** Limitaciones para realizar todo tipo de actividad física, tales como, bañarse, vestirse, caminar, agacharse, subir escaleras, levantar pesos y los esfuerzos moderados e intensos. (10 preguntas)
- **Rol físico (RF):** Problemas en el trabajo y otras actividades diarias como el resultado de la salud física. (4 preguntas).
- **Dolor corporal (DC):** Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto en el hogar como fuera de casa (2 preguntas).
- **Salud General (SG):** Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 preguntas).
- **Vitalidad (VT):** Sensación de energía y vitalidad, en contraposición a la sensación de cansancio y agotamiento (4 preguntas).
- **Función Social (FS):** Interferencia con la vida social habitual debido a problemas físicos o emocionales(2 preguntas).
- **Rol Emocional (RE):** Problemas con el trabajo u otras actividades diarias como consecuencia de problemas emocionales (3 preguntas).
- **Salud Mental (SM):** Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 preguntas).

Usando los 8 grupos de preguntas múltiples del SF-36 V.2, que contienen entre 2 a 10 preguntas cada una, se calculan las 8 escalas. Luego, estas escalas son tabuladas usando el Método de escalamiento de Likert. En este método, un resultado por cada pregunta es derivado de un conjunto estandarizado de respuestas. Para cada escala, las respuestas de cada pregunta se codifican y



recodifican, y los resultados se trasladan a una escala de 0 –100 puntos, cuanto mayor es la puntuación obtenida, mejor es el estado de salud. Así, 0 representa el peor estado de salud y 100, el mejor estado de salud medido. (Ware y col,1993).

## **CAP. III INVESTIGACIÓN.**

### **3.1 Planteamiento del problema**

#### **3.1.1 Justificación**

El estrés se ha convertido, de ser una respuesta de sobrevivencia y un proceso de adaptación al medio, en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora. El SAP, se considera como la fase avanzada del estrés laboral (estrés laboral crónico), produciéndose especialmente en organizaciones de servicios afectando a con trato con clientes o usuarios.

Es necesario implementar estrategias desde la perspectiva individual, interpersonal (trabajador afectado y compañeros) y organizacional para minimizar el impacto y prevenir la aparición de consecuencias negativas e irreversibles.

Por ello, es sumamente importante la manifestación de apoyo por los estudiosos de la salud, brindando a sus servicios cualquier método que les pueda ofrecer mejor calidad de vida, que entre otras cosas, tendrá como consecuencia una mejor atención para con los pacientes a su cargo.

Las ciencias médicas y psicológicas de occidente rara vez han enfocado sus investigaciones teóricas y la atención clínica en la espiritualidad. La relativa inatención de los aspectos espirituales humanos puede tener su raíz en los precedentes históricos de la profesión, de acuerdo a la necesidad de diferenciarse de la filosofía y la religión, dejando de lado la dimensión de espiritualidad como objeto de estudio en las ciencias médicas y psicológicas.

Es necesario buscar alternativas de atención como las llamadas técnica mente-cuerpo. Una de ellas, REBAP, que se centra en la Atención Plena es en realidad accesible para todo tipo de persona interesado en vivir en un estado de quietud. Es por ello que este programa se eligió para trabajar con enfermeras, médicos y administrativos, de un hospital psiquiátrico del Estado de México, diagnosticados con SAP, debido a que, como lo indican algunos estudios (Gray-Toft y Anderson, 1981; Jones, 1987), están expuestos a gran cantidad de estrés, ansiedad e incertidumbre, inclusive aquel que les es generado por parte de la familia de los pacientes a los que atienden, provocando gran desgaste emocional, dejando de lado el hecho de que estos profesionales de la salud son seres humanos mismos que derecho de gozar de Calidad de Vida tanto como cualquier persona a la cual le brindan su apoyo y gran parte de su vida.

Con ello se propone no sólo mejorar manifestaciones físicas, sino de una verdadera introspección con la cual se pueden conocer plenamente y aceptarse a ellos y a los demás tal y como son, sin impedimentos ilusorios que la sociedad ha creado y que se recrean en una ilusión de vida.

El enseñar a vivir el ahora y no el pasado o futuro abre el camino al disfrute de la vida como tal. En el caso de las enfermeras y otros profesionales de la salud se les brinda la oportunidad de dejar de sobrevivir en un estado de ansiedad constante y empiecen a tener una forma de vida más presente, objetiva, consiente, con tranquilidad. Haciendo sólo <Un alto en el camino>.

### **3.2 Pregunta de investigación.**

¿Cuál es la influencia de la intervención REBAP sobre el SAP, Estrés y percepción de la calidad de vida en un grupo de profesionales de la salud?

### **3.3 Objetivo General**

Conocer y analizar el efecto del programa REBAP en SAP, Estrés y la percepción de la Calidad de Vida aplicado en profesionales de la salud.

#### **3.3.1. Objetivos específicos**

3.3.1.1 Describir, analizar y comparar SAP, Estrés y Percepción de Calidad de vida, pre vs post- un mes

3.3.1.2 Describir, analizar y comparar SAP, Estrés y Percepción de Calidad de vida, pre vs post- un año.

### **3.4 Hipótesis**

H<sub>1</sub> La intervención REBAP tendrá un impacto en la disminución de los puntajes del SAP y en los puntajes de Estrés y aumentará el puntaje en la percepción de Calidad de Vida en los participantes en la comparación pre vs post test un mes.

H<sub>2</sub> La intervención REBAP tendrá un impacto en la disminución de los puntajes del SAP y en los puntajes de Estrés y aumentará el puntaje en la percepción de Calidad de Vida en los participantes en la comparación pre vs post test un año.

### **3.5 Definiciones conceptuales operacionales de variables.**

#### **3.5.1 Variables independientes atributivas.**

- Sexo. Condición orgánica y anatómica manifestada por los participantes. Se evaluará como 1) mujer y 2) hombre.
- Edad. Edad. Tiempo transcurrido desde el nacimiento a la fecha de la

entrevista se evaluará en años cumplidos.

- Profesión. Se refiere al tipo estudios que tienen en el área de la salud. Se categorizar en: 1) enfermera, 2) médico, 3) administrativo.

### **3.5.2 Variable independiente activa.**

- Programa de Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena se define explícitamente como programa educativo en el contexto de la medicina mente-cuerpo para reducir el estrés y mejorar la salud (Kabat-Zinn, 1990)

La estructura del programa es la siguiente:

- Primero, se realiza una sesión de orientación grupal o entrevistas de evaluación individuales, donde a los sujetos se les da información básica del programa y se le explica la importancia del compromiso con la práctica del programa.
- En segundo lugar, se imparten 9 sesiones o clases grupales (15-30 participantes) distribuidas en una clase semanal de 2 a 2.5 horas de duración.
- En tercer lugar, durante la sexta semana del programa se realiza un retiro en silencio durante todo el día.
- Por último, en la clase número 9, se reparten los formularios finales de evaluación y autoevaluación para que los realicen los participantes.
- Las prácticas de la Atención Plena que se trabajan en el programa son las siguientes:
- Recorrido del cuerpo con Atención Plena o Atención Plena guiada del cuerpo acostados. Se focaliza la atención secuencialmente en las diferentes partes del cuerpo desde los pies hasta la cabeza.

- Hatha Yoga Suave, que se practica con total conciencia del cuerpo.
- Sentados: práctica de Atención Plena en la respiración, sensaciones corporales, sentimientos, pensamientos, emociones y atención a lo que surja.
- Práctica de Atención Plena Caminando, donde la atención se focaliza deliberadamente en las sensaciones corporales mientras se camina.

Las prácticas de la Atención Plena (atención en las actividades de la vida diaria) son:

- Conciencia de eventos agradables y desagradables.
- Conciencia de las cogniciones repetitivas y emociones y su relación con las sensaciones corporales y acciones habituales repetitivas realizadas sin atención.
- Conciencia de la respiración.
- Conciencia deliberada en las actividades rutinarias y eventos como: comer, el estado del tiempo, conducir, andar, lavar los platos, ducharse, etc.

### **3.5.3 Variables Dependientes.**

- **Síndrome de Agotamiento Profesional:** Se define como la una serie de signos y síntomas que se manifiestan como respuesta a la situación laboral cuando las estrategias de afrontamiento no son lo bastante adecuadas para manejar el estrés resultante (Gil- Monte, 2000).
- **Estrés:** El término estrés es sinónimo del Síndrome General de Adaptación o Síndrome de estrés, definido como: la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda representa la evolución cronológica de la respuesta a los estresores cuando su acción es

prolongada. Dividiéndose en tres fases:

- a) Alarma.- En donde el cuerpo moviliza sus recursos para afrontar el estrés adicional.
  - b) Resistencia.- Donde se estabilizan los ajustes corporales al estrés, pero con un costo físico
  - c) Agotamiento.- Los recursos del cuerpo decremantan, reduciendo niveles hormonales (Selye, 1956).
- **Calidad de vida:** es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones (OMS, 1995).

### **3.6 Método.**

#### **3.6.1 Participantes:**

30 profesionales de la salud; 24 enfermeras, 3 administrativos y tres médicos, entre 22 y 60 años. Los cuales fueron seleccionados e invitados a participar a través de la evaluación del SAP (*Marshal Burnout Inventory, 1986*), en la cual mostraron síntomas de agotamiento profesional

#### **3.6.2 Tipo de estudio:**

Estudio de campo ya que se fue hasta el lugar de trabajo de los participantes (Campbell, 1981).

#### **3.6.3 Tipo de investigación:**

Es una investigación de tipo correlacional ya que se midió el grado de relación que existe entre la enseñanza del programa REBAP y la disminución del

SAP, y el Estrés, así como el aumento en la percepción de la Calidad de Vida (Campbell, 1981).

### **3.6.4 Diseño de investigación:**

Pre-experimental, ya que no se cuenta con grupo control y se midió el cambio experimentado por el grupo a causa de un tratamiento.

Longitudinal x que se miden los cambios obtenidos a través del tiempo, - pre-test, post-test un mes después y post-test un año después-(Campbell y Stanley, 1973).

Cuantitativo, ya que las variables se midieron con instrumentos con escalas determinadas (Campbell y Stanley 1973).

### **3.6.5 Escenario.**

El auditorio de un Hospital Psiquiátrico del Estado de México.

### **3.6.6 Instrumentos:**

- Consentimiento informado
- Maslach Burnout Inventory (MBI), 1986.
- Perfil de Estrés de Nowack, 2002.
- Escala de calidad de vida SF-36 V.1. 1992, versión en español.

### **3.7 Procedimiento.**

- Se eligieron a un grupo de 30 profesionales que cumplieron con los criterios de inclusión y les fueron aplicados los instrumentos para recabar datos.
- Se les explicó en qué consiste el programa REBAP (Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena); se les aplicaron las pruebas



correspondientes para determinar el nivel de ansiedad, estrés y SAP en el que se encuentran antes de empezar con el programa propuesto.

- Se les explicó los objetivos de este programa así como algunos de los puntos más relevantes que se debe de tener en cuenta antes de dar inicio a la práctica de introspección como los preceptos a seguir en el transcurso de las sesiones así como despejar cualquier duda que surja en ellos.
- Las sesiones fueron los jueves de 9:00 a 12:30 horas, por un periodo 9 semanas, cada sesión durará 3 horas aproximadamente, además de una última sesión llamada “retiro no residencial” de 6 a 8 horas en donde los participantes llevan su comida.
- Para las sesiones se utilizó un lugar amplio, con una temperatura agradable (20 a 25° C) y buena ventilación; iluminación baja, así que las sesiones podrán ser en cualquier lugar disponible (auditorio del hospital). Además se necesitarán cojines, colchonetas, *soffus* o bancos, que se adecuen a la práctica de la atención plena. Las participantes llevarán ropa cómoda.
- Al inicio de cada sesión se les dio las indicaciones correspondientes y las instrucciones que deben de seguir junto con el instructor.
- Al concluir las sesiones, se compartieron méritos y el alcance de esos logros a todos los participantes del programa; además se compartirán experiencias que tuvieron con el aprendizaje del cultivo de la Atención Plena.
- Se procedió a recabar datos sobre las variables dependientes –SAP, Estrés y Calidad de vida- un mes después del término del programa y un año después.

#### **4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

La medición estadística se llevó a cabo empleando la prueba “t” de *Student* para muestras relacionadas, ya que se refiere a la aplicación de un plan experimental mediante el cual se espera un cambio, que obligadamente exige un

punto de no cambio, para esta condición el mismo grupo sirve como grupo testigo en el momento previo al tratamiento (Carrasco y Hernández, 1993). Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

## 5. RESULTADOS.

Descripción de la muestra. En los datos que se obtuvieron pudimos observar que fue notorio el mayor número de sujetos fueron mujeres (86.66%). De los 30 sujetos, 3 eran administrativos, 3 médicos y 24 enfermeras. El promedio de edad fue de 41.2 (rango 22 – 60). Esto explica la variación en cuanto al estado civil, en donde 12 personas están casadas (40%), una persona es viuda (3.3%), tres personas son divorciadas (10%), cinco personas son solteras (16.6%), una persona está separada (3.3%) y ocho personas viven en unión libre (26.6%). Un 36.66% tenían estudios en licenciatura y el 63.33% es técnico. El promedio de antigüedad en el trabajo actual en años es de 6.18 (min. = 2, máx. = 29).

Tabla 1. Información sociodemográfica de los participantes en el Taller REBAP.

		<i>f</i>	%
<b>Sexo</b>	Mujer	26	86.66
	Hombre	4	13.33
<b>Estado Civil</b>	Casado	12	40
	Viudo	1	3.3
	Divorciado	3	10
	Soltero	5	16.6
	Separado	1	3.3
	Unión libre	8	26.6
<b>Escolaridad</b>	Carrera técnica	19	63.3
	Licenciatura	11	36.6
<b>Edad</b>	Promedio	43.88	
<b>Antigüedad en el trabajo</b>		6.18	

Los resultados obtenidos para responder a los objetivos de investigación son los siguientes:

Tabla 2. Muestra los datos obtenidos del MBI después de haberlos sometido a la Prueba t de Student con un nivel de significancia del 5%. Se utilizó el paquete Estadístico IBM SPSS Statistics v.19

Antes del Programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
Media	DE	Media	DE	Media	DE	
73.53	33.01	47.13	25.71	-	-	0.002*
73.53	33.01	-	-	54.13	26.46	0.001*

Los datos que obtenidos de la muestra con la encuesta del Maslach Burnout Inventory (MBI), que mide el nivel de SAP se analizaron con una prueba t de Student para muestras relacionadas. La media antes del programa fue de 73.53, mientras que un mes después del programa fue de 47.13 con un decremento significativo de 26.4 puntos en el nivel del SAP ( $p=0.002$ ) y después de un año de 54.13, manteniendo el decremento en la mayoría de la muestra de 19.4 puntos contra el inicio del programa ( $p=0.001$ ).

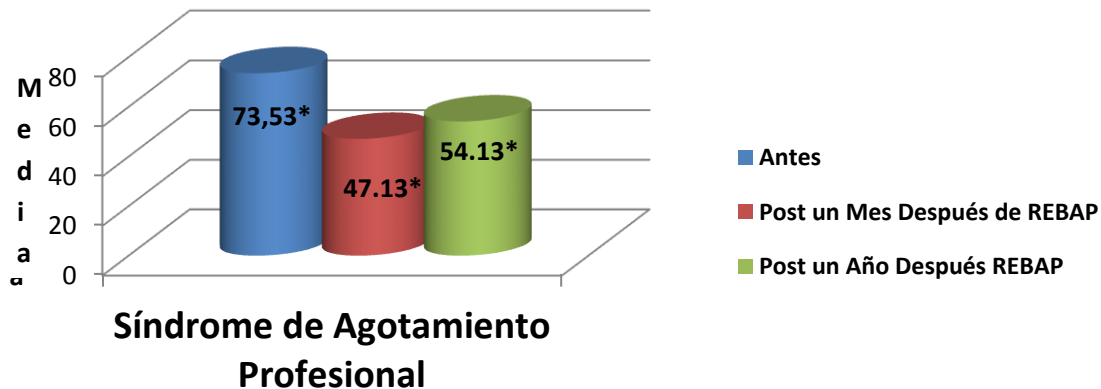


Fig. 1. Histograma que describe el promedio grupal del nivel de SAP antes, un mes y un año después del programa de REBAP ( $p=0.002$  y  $p=0.001$  respectivamente).

La muestra arrojó las siguientes medias en las 3 subescalas en las que se divide al inicio, un mes y un año después: Realización Personal 26.6, 15.96, 18.6, Despersonalización 23.4, 16.26, 17.73 y Agotamiento Emocional 23.5, 14.8, 17.8.

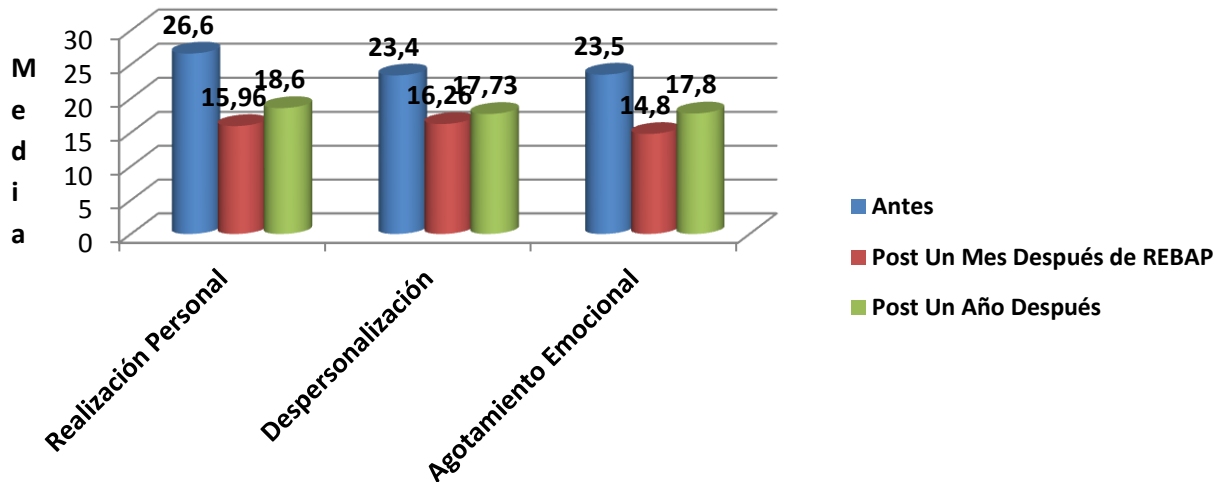


Fig. 2. Histograma que describe el promedio del nivel de SAP por subescalas antes, un mes y un año después del programa de REBAP.

Tabla 2. Muestra los datos obtenidos del Perfil de Estrés de Nowack después de haberlos sometido a la prueba t de Student con un nivel de significancia del 5%. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

Antes del Programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
Media	DE	Media	DE	Media	DE	
85.36	36.26	69.96	29.49	-	-	0.002*
85.36	36.26	-	-	74.26	30.68	0.001*

Los datos obtenidos de la escala de estrés de Nowack, se analizaron con una prueba "t" de Student para muestras relacionadas. Como se puede ver en la Fig. 3, la media de estrés antes de la implementación del REBAP fue de 85.36, mientras que la de un mes después fue de 69.96. La diferencia implica una

reducción de 15.4 puntos, la cual fue estadísticamente significativa ( $p=0.002$ ). Además podemos notar que después de un año, al recabar datos de mantenimiento observamos que se ha mantenido una reducción en las medias ya que el dato obtenido fue de 74.26 lo que conlleva una disminución de 11.1 ( $p=0.001$ ).

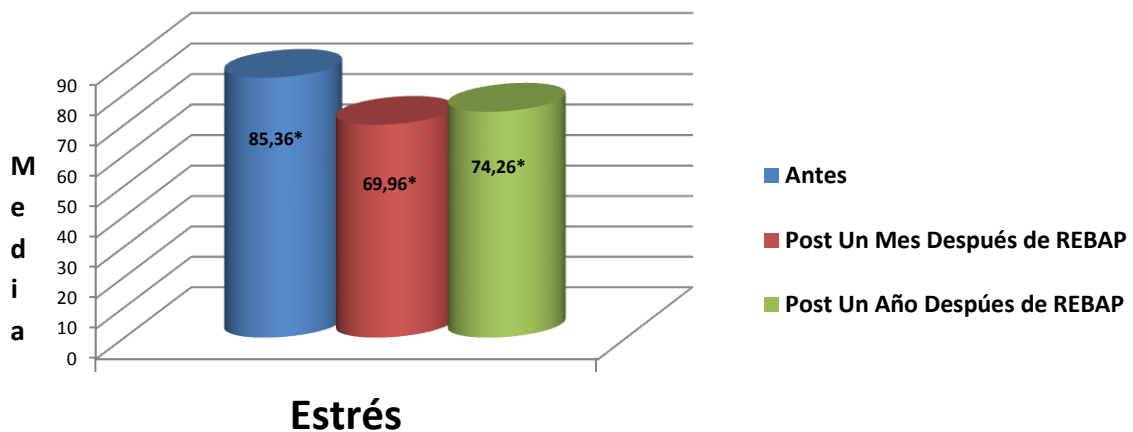


Fig. 3. Histograma que describe el promedio grupal del nivel de estrés, obtenido de la escala de estrés del Perfil de Estrés de Nowack, antes y un mes y un año después del Programa de REBAP ( $p=0.002$  y  $p=0.001$  Respectivamente).

Las medias de la muestra desglosadas en las diferentes subescalas tuvieron las se mostraron de la siguiente manera, el signo de Estrés que se ve más afectado debido al SAP es el Signo físico el cual denoto un media bastante elevada de 30.53 teniendo un decremento un mes después de 10.38 puntos, continuando con el signo mental de 20.19 bajando 6.96, siendo estas las más significativas.

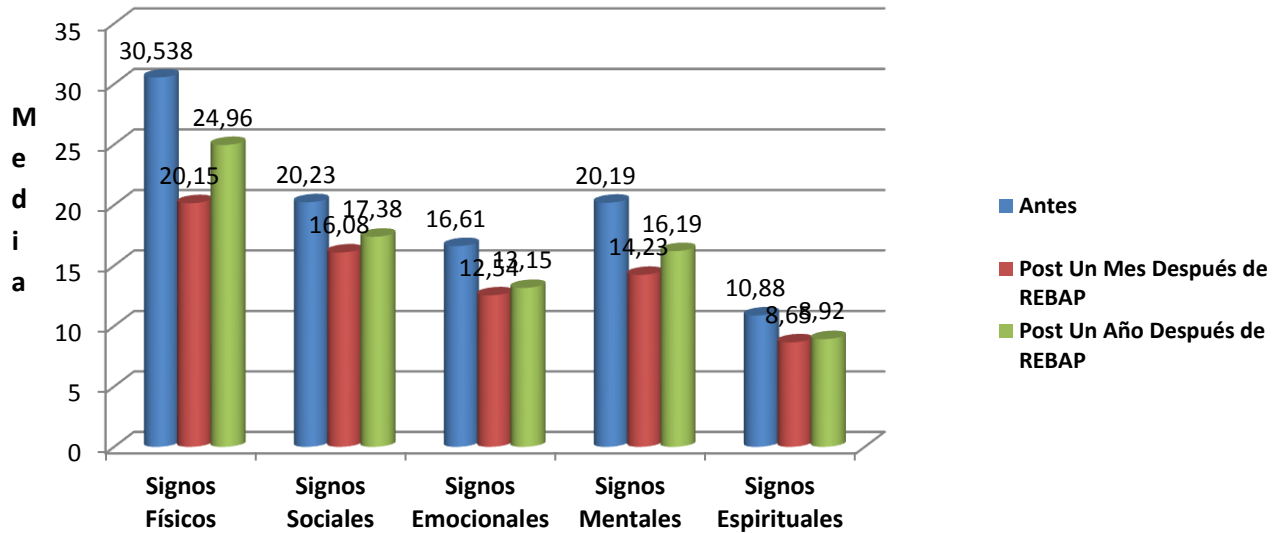


Fig. 4. Histograma que describe el promedio del nivel de estrés, obtenido de la escala de estrés del Perfil de Estrés de Nowack, antes, un mes y un año después del Programa de REBAP dividido en subescalas.

Tabla 2. Muestra los datos obtenidos de la escala de Percepción de Calidad de Vida SF-36 v.1 después de haberlos sometido a la prueba t de Student con un nivel de significancia del 5%. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

Antes del Programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
Media	DE	Media	DE	Media	DE	
53.73	4.80	99.76	4.58	-	-	0.0273*
53.73	4.80	-	-	75.76	8.15	1.489

La percepción de la calidad de vida se midió mediante la prueba SF-36, antes y después de un año se analizó mediante la prueba “t” para muestras relacionadas siendo estadísticamente significativa ( $p=0.0273$ ) la medias antes del programa fue de 48 puntos teniendo un aumento un mes después a 99, aumentando 51 puntos y un año después se observó un mantenimiento en puntaje constante de 75 aunque estadísticamente no es significativo ( $p=1.489$ ).

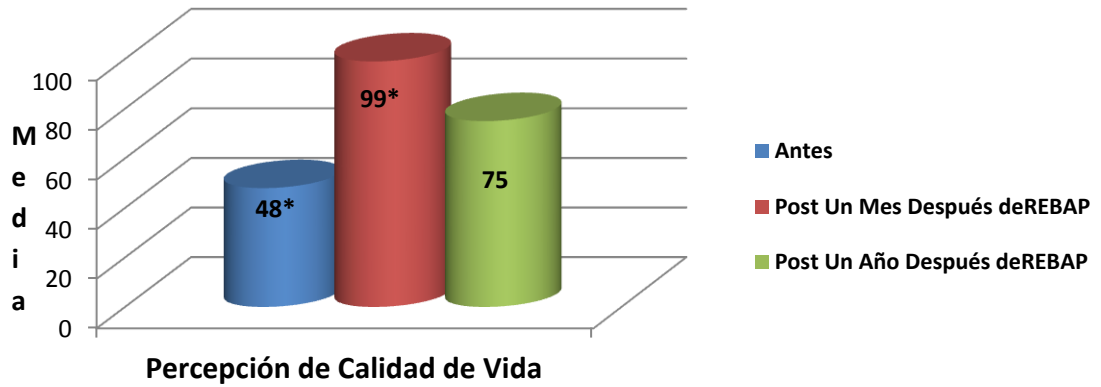


Fig. 5. El histograma muestra la mejoría en la percepción de la Calidad de Vida, medido con la prueba SF-36 v.1, al disminuir el nivel de Estrés y SAP ( $p=0.0273$  y  $p=1.489$  respectivamente)

La percepción de Calidad de Vida se midió en tres esferas Físico, Psicológico y Social encontrando una mejoría sustancial en las mismas.

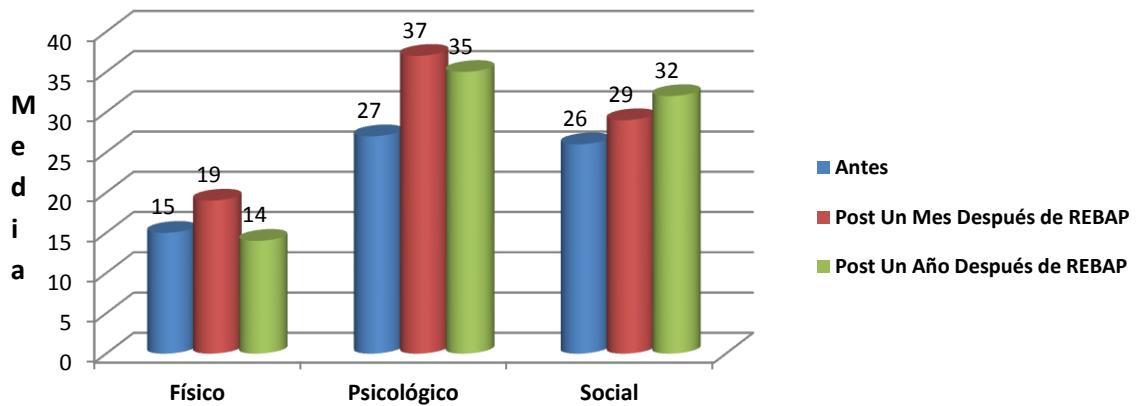


Fig. 6. El histograma muestra la mejoría en la percepción de la Calidad de Vida en sus subescalas.

## **5.1 Discusión**

Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas antes, un mes después y un año después en las tres variables dependientes, así como una valoración muy positiva por parte de los asistentes que atribuyen al programa cambios orientados hacia una mayor auto-cuidado y un mayor profesionalismo.

Nuestras hipótesis, se han verificado plenamente. El entrenamiento en Atención Plena mejora el estado de los participantes, disminuyendo significativamente el SAP y los signos de Estrés. También hemos registrado una mejora significativa en la percepción de la Calidad de Vida; además hemos registrado cambios en las actitudes orientadas a reaccionar menos y a cuidarse más. También hemos constatado el hecho que los asistentes utilizaran los ejercicios del programa de forma habitual, en su día a día. Finalmente, los asistentes dieron una excelente evaluación verbal al programa.

Como resultado de la intervención los componentes del SAP mejoran significativamente hasta situarse en un nivel bajo. Resulta interesante constatar que la magnitud del cambio observado en nuestro caso en sólo 8 semanas son similares a las del estudio de Krasner et al. (2009) y se mantuvieron hasta después de un año. Esto último es de suma importancia ya que muchos de los estudios que se han realizado se mide nuevamente en un periodo muy corto de tiempo (en cuanto se termina el programa); en el presente trabajo se midió un año después y fue muy bueno que aún continuaran con la práctica de REBAP 27 de los 30 participantes y sólo 3 de ellos (quienes reportan nuevamente tener signos de SAP) abandonaron por completo la práctica de la atención plena.

De igual manera los signos de estrés se identificaron y al observar los resultados hay una disminución notable un año después en los participantes que



aún practican la Atención Plena mediante los ejercicios que se les proporcionaron en el programa REBAP.

Otro aspecto importante es la percepción de Calidad de Vida que se ve mermada al presentar signos de estrés y al haber desarrollado SAP; al haber participado estos profesionales de la salud en el programa REBAP, y seguirlo practicando un año después, la percepción de la calidad de vida mejora.

Después de lo anterior debemos comentar que la percepción de la Calidad de Vida no sólo se ve reflejada en lo profesional, se observa también en diferentes esferas, observando una mejora en la percepción psicológica, de ahí que muchos de los participantes comentan que ahora viven con una mayor “Atención Plena” ante la vida incluyendo en esta descripción una mejora en la perspectiva y expectativa familiar; en algunos relatos personas nos informan que inclusive el entrenamiento de REBAP ha pasado de el participante a su conyugue e hijos, percibiendo una mejor relación, entendimiento y a su vez una disminución en peleas cotidiana que califican un problema de estrés.

## **5.2 Conclusiones**

El síndrome del Agotamiento Profesional, se considera como la fase avanzada del estrés laboral, como consecuencia del estrés laboral crónico.

El desempeño del personal de salud involucra una serie de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios.

El Programa REBAP como el utilizado en nuestra investigación, resulta muy efectivo en reducir el malestar el SAP y Estrés, en profesionales de la Salud.

Las manifestaciones físicas y psicológicas de personas que presentan estrés pueden ser reducidas a base de la práctica de la Atención Plena.

La Calidad de Vida forma una parte esencial en el desarrollo de nuestra vida diaria, el cómo observamos y sentimos el mundo a nuestro alrededor influye drásticamente en ella. La belleza de la práctica de la Atención Plena radica en el hecho que todas las cosas son objetos de esta ella. La respiración es solamente el objeto "primario." Si no hay otro objeto para notar, simplemente continúe notando su respiración; y si hay otros objetos, simplemente nótelos. Ya sea que mantenga su mente en la respiración o en otras distracciones, está meditando bien si es consciente de los objetos.

La práctica de la Atención Plena tuvo efectos positivos para mejorar su Calidad de Vida de cada uno de los profesionistas, en diferentes niveles, es decir, en situaciones sociales, mentales y emocionales.

El hecho de que la Atención Plena, aunque proveniente de una tradición contemplativa, sea esencialmente una habilidad que pueda ser entrenada y que su enseñanza y práctica pueda realizarse independientemente de cualquier tipo de filiación o creencia religiosa, la hacen especialmente adecuada para su implementación en contextos terapéuticos a través de grupos de práctica guiados por instructores idóneos. En este sentido, la contextualización de esta intervención terapéutica como un entrenamiento en habilidades le da al usuario del sistema de salud responsabilidad por la mejoría de su calidad de vida, y llevándolo desde una posición pasiva-receptiva de "paciente" hacia una activa-responsabilizada de persona, lo cual es en sí mismo un cambio paradigmático significativo en el contexto de un Hospital Psiquiátrico en particular, y en cualquier contexto de salud que busque acercarse a una mirada integral, en general.

Por lo tanto, no se debería considerar como alternativa, sino más bien como una corriente principal. Dejando bien establecido que no existe la intención de suplir los cuidados médicos tradicionales con medicina mente-cuerpo, sino que deberían ser combinados.

Podemos mencionar de igual manera que un programa formativo como el utilizado, implementan cambios de comportamiento orientados hacia el autocuidado y hacia un mayor profesionalismo, indicando aumentos de eficacia y calidad de su trabajo, o mejoras en su comunicación, con pacientes y colegas. Teniendo como consecuencia sentirse mejor y en obtener una mayor satisfacción en el trabajo.

Este programa formativo de Atención Plena, resulta muy estimado por los profesionales de la salud, como lo demostrando la buena asistencia, la adhesión a las prácticas propuestas y la alta valoración recibida. Por lo tanto es un programa que se puede aplicar con éxito, en los planes de formación de prevención de riesgo laborales en los profesionales de la salud.

### **5.3 Limitaciones del estudio y recomendaciones.**

Aunque los resultados fueron muy satisfactorios existen algunas limitaciones en el estudio; primero, este diseño experimental basado en auto-evaluaciones no mide el efecto que tiene la intervención en el trabajo de los participantes, en sus relaciones con los pacientes, o con el equipo, sino que se basa sólo en la impresión que tiene uno mismo. En el futuro sería interesante contar con métodos de medida que complementaran las auto-evaluaciones con indicadores fisiológicos para relacionar estos aspectos y mediante informes de pacientes o número de visitas al día, reclamaciones, etc. y mediante indicadores fisiológicos de los participantes en el programa, en aspectos relacionados sobre su salud (como presión arterial, peso, etc.).

Otro aspecto que limita nuestro estudio es el porcentaje elevado de mujeres que participaron en nuestro programa. Una propuesta sería ver qué efecto tiene en una población más masculina. En el futuro sería bueno investigar de nuevo esta el efecto de éste programa, en otro momento contando con un mayor grupo de profesionistas y con un grupo control.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J.M., (1995) Health Survey SF-36 (Cuestionario de Salud SF-36 Versión en español): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, Medellín Colombia; 104: 771-776
- Andrews, M., (2005). Why You Shouldn't Forget to Meditate. *U.S. News & World Report*, 139 (24): 68-70.
- Baer, R., (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Batchelor, M., (2001) Meditar para vivir. Gaia Ediciones, Mostoles Madrid.
- Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., & Lehrer, D. (2010) Stress-reduction and improved well-being following a pilot community based participatory mindfulness-based stress-reduction (MBSR) program for parents/caregivers of children with developmental disabilities. *Disability and Health Journal*, 3(2), e6-e7.
- Beck, A.T., (1987) Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37
- Beddoe, A.E., Murphy, S.O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *J. Nurse Educ* 43(7), 305-312
- Bhattacharjee Y., Science, (2005) Related citations Friendly faces and unusual minds. NY: Scribner (pp. 222-234) (Pub Med)
- Bishop, S.R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychoses Med* 64(1), 71-83
- Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., y Devins, G. (2004) Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, [http://www.personal.kent.edu/dfresco/mindfulness/Bishop\\_et\\_al.pdf](http://www.personal.kent.edu/dfresco/mindfulness/Bishop_et_al.pdf).
- Bogart, G., (1991) Meditation and Psychotherapy: A Review of the Literature. *The American Journal of Psychotherapy*, Volume XLV, 3: 383-412. [http://www.dawnmountain.com/art\\_medandpsytherapy.html](http://www.dawnmountain.com/art_medandpsytherapy.html)
- Bohlmeijer E., Prenger R., Taal E., Cuijpers P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronically medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 539-544.
- Burke, C. (2010). Mindfulness-based approaches with children and adolescents: a preliminary review of current research in an emergent field. *J. Child Fam Stud*, 19, 133-144.
- Campbell, A. (1981). The sense of well-being in America. McGraw-Hill, New York.
- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (1973). Diseños Experimentales y Cuasi-experimentales de Investigación. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Capel S.A., (1987) the incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers. (Pt 3):279-88.
- Capilla Pueyo P., (2000) El síndrome de burnout o desgaste profesional. *Jano*; 58 (1334): 56-58
- Carlson, L., Speca, M., Patel, K.D. y Goodey, E., (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
- Carlson, L.E. (2005). Impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Sleep, Mood, Stress and Fatigue Symptoms in Cancer Outpatients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12 (4): 278-285.

- Carmody, D. y Carmody J., (1993). Los grandes Maestros de la Humanidad. Buda, Confucio, Jesús y Mahoma. Vida, enseñanzas y mensaje. Barcelona: Robinbook.
- Carson, J., Carson, K., Gil, K., y Baucom, D. (2007). Self-expansion as a mediator of relationship improvements in a mindfulness intervention. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(4), 517-528
- Cherniss C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* pp 177-193). London: Taylor y Francis
- Chiesa, A., Serreti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress Management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine* 15(5), 593-600
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D., y Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study... part of a series. *Holistic Nursing Practice*, 18(6), 302-308.
- Cooper, C. y Mitchell, S. (1990). Nursing the critically ill and dying. *Human Relations*, 43, 297-311.6
- Corsi, J. (2003). Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Buenos Aires: Paidós
- Davidson, J.A. Clin Cornerstone. (2005) citations Case study: lessons learned in the care of a 63-year-old woman with type 2 diabetes. *Supple 3:S18-24.* Pub Med
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, J.F. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine* 65:564-570
- Deci, E.L., (1975). Intrinsic Motivation. Nueva York: Plenum.
- Delgado L. (2009). Correlatos psico-fisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness. Tesis de maestría no publicada, Universidad de Granada, Granada, España.
- Diccionario de Oxford 2ª edición (1989), Oxford UP Imprenta
- Doval, Y, Moleiro, O., Rodríguez, R. (2004). Estrés Laboral Consideraciones Sobre Características y Formas de Afrontamiento. [http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/argonro01\\_1.htm](http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/argonro01_1.htm)
- Fernández-Montalvo, J., (1998). Los trastornos psicológicos derivados del trabajo: hacia una psicología laboral. *Clínica y Salud*, 9, 607-620
- Freudemberger, H.J., (1974). Staff Burn-out. *Journal of Social. Issues*, 30, 159-165.
- Galantino, M.L. (2005). Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: mindfulness in practice. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 21 (4): 255-261.
- García, M., (1991). Burnout en profesionales de enfermería en centros hospitalarios. *Psicología del trabajo y de las organizaciones* 7, 3-12
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ*. 324:1417.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., y Fulton, P. R. (2005). Mindfulness and Psychotherapy. New York: Guilford.
- Giampaolletti, M., (2002) Síndrome de Burnout. Revista electrónica atención primaria; 8; <http://atenciónprimaria.8m.com/burnout.htm>

Gil-Monte, P. y Peiro, S. (1997), Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Síntesis psicológica, Madrid.

Gil-Monte, P., y Peiró, J.M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. Revista de Psicología del trabajo y de las organizaciones, 16, (2) ,135-149.

Goldemberg, D.L., Kaplan, K.H., Nadeau, M.G., Brodeur, C., Smith, S., y Schmid, C.H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. Journal of Musculoskeletal Pain, 2, 53-66.

Goleman, D. (1976) Meditation and Consciousness: An Asian Approach to Mental Health.

Golembiewski RT, Billingsley K, Yeager S. (1976) Measuring change and persistence in human affairs: types of change generated by ID designs. J Appl Behav Sci.12:133-157.

Graham G. (1961). In Search of a Character: Two African Journals presented at the American Psychological Association, 100th Annual Meeting, Washington, DC. Reduction on Sleep Disturbance: A Systematic Review. EXPLORE: The Journal of Science and Healing, 3(6), 585-591. doi: 10.1016/j.explore.2007.08.003

Gray-Toft P. y Anderson T.G. (1981), Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects, Social Science and Medicine, Vol. 15A, 1981, pp. 539-647.

Gross, C., & Kreitzer, M. (2007). The Effects of Mindfulness-Based Stress Nueva York: John Wiley & Sons.

Grossman, P, Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004), Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research, 57, 35-43.

Grossman, P, Thiefenthaler-Gilmerb, U., Rayszc, A., Kesperd, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of post-intervention and 3-year follow up benefits in well-being. PsychoterPsychosom, 76, 226-233.

Gunaratana Nayaka Thera, H. (2003). El cultivo de la atención plena. México: Pax, 1ª edición.

Hanh, T. N. (1976). The miracle of mindfulness. Boston: Beacon Press.

Hankin, V. (2010). Mindfulness based stress reduction in couples facing multiple sclerosis: Impact on self reported anxiety and uncertainty. Dissertation Abstracts International, 70, PsycINFO.

Hayes, S., Strosahl, K. y Houts, A. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy. New York: Springer.

<http://www.monografias.com/trabajos7/tain/tain.shtml>

<http://www.wikipedia.com>

<http://www.mindfulexperience.org>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<http://www.rebapveracruz.com>

Irving, J., Dobkin, P., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). Complementary Therapies in Clinical Practice, 15(2), 61-66.

Jain, S., Shapiro, S., Swanick, S., Roesch, S., Mills, P., Bell, I., Schwartz, G. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. Ann Behav Med, 33(1), 11-21.



Jones, G. (1987), Stress in psychiatric nursing; Stress in health professionals. Chinchester. Ed. J. Weley and Sons.

Kabat-Zinn, J (2002) Guided mindfulness meditation: Body scan meditation. (Compact disc recording). Stress Reduction CDs and Tapes.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in Behavioral Medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen. Hosp. Psychiatry* 4: (33-47)

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1994) Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Nueva York Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

Kabat-Zinn, J. (2004), Vivir con plenitud las crisis. Como utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós

Kabat-Zinn, J., (1982) 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*: 4, 33-47.

Kabat-Zinn, J., (1993). Mindfulness meditation: health benefits of an ancient Buddhist practice. Editado por. D Goldman and J Gurin Consumer Reports Books, Yonkers, NY. En *Mind/Body Medicine*.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. and Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J. Behav. Med.* 8:163-190. *Medicine*, 62, 613-622.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., y Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.

Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, Z., Scharf, M. J., Cropley, T. G. y colaboradores (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photo chemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 50, 625-632

Kaplan, H. y Sadock, B. (1991) Compendio de Psiquiatría. Barcelona : Salvat Editores

Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L., y Galvin, N. M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, 15, 284-289.

Karasek R.A. y Theorell T (1990), Healthy work: Stress, Productivity, and the reconstruction of working life. New York Basic Books

Kutz, I., Borysenko J.Z., Benson H., (1985) Meditation and Psychotherapy: a rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and mindfulness meditation. *Am J Psychiatry* 142 (1): 1-8

Larraburu, I. (2009), Atención plena. Madrid: Planeta

Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 16(17).



- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). Stress: appraisal and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). El Estrés y Procesos Cognitivos. Barcelona: Paidós
- Lazarus, R. (1981). The stress and coping paradigm. *Maxim Models for clinical Psychopathology* 177-214, New York, Spectrum
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca
- Ledesma, D., & Kumano, H. (2009). Mindfulness-based stress reduction and cancer: a metaanalysis. *Psycho-Oncology*, 18(6), 571-579.
- Levi, L. (2000), Stressors at the workplace: Theoretical models. En PShanall, K BelKie, p Landbergis, d Baker, *Occupational Medicine. The Workplace and cardiovascular Disease: State of the Art Reviews*. Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.
- Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.
- Lush, E., Salmon, P., Floyd, A., Studts, J., & Weissbecker, I. (2009). Mindfulness Meditation for Symptom Reduction in Fibromyalgia: Psychophysiological Correlates. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16(2), 200-207.
- Lutz, A., Slagter, H., Dunne, J. y Davidson, R. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences* 12(4), 163-169.
- Mark, G. Williams, John D. Teasdale and Zindel V. Segal, 2007, La manera de estar atentos con la depresión: liberarse de la infelicidad crónicas (The Mindful Way Through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness).
- Marlatt, G. A., & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67–84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Martín-Asuero y García- Banda, (2010). The mindfulness-based Stress Reduction Program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *Span J. Psycho* 13(2): 897-905
- Maslach C. y Jackson S.E., (1981), MBI Maslach burnout Inventory Manual Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986) Maslach Burnout Inventory. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press. (Versión española en TEA Ediciones)
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and Personality (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L. Fletcher, K.E., y Pbert, L. (1992) Efectividad de la meditación basada en el programa de Reducción del Estrés en el tratamiento de desórdenes de ansiedad. Barcelona: Martínez Roca
- Melchor, A.A., Van den Berg, R., Halfens, H., Abu-Saad., H., Philipsen, H. y Gassman, P. (1997). Burnout and the work environment of nurse in psychiatric long-stay care settings. *Soc. Psychiatry Epidemiology*. 32: 158-164.
- Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health*, 16(3), 200-210.
- Miller, J., Fletcher, K. and Kabat-Zinn, J., (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry* 17:192-200.
- Miró, M. (2006a). Eficacia de la terapia cognitiva basada en la Atención Plena en el tratamiento de la depresión. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 133-156. [ Links ]

- Miró, M. (2006b). La Atención Plena (Mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. Revista de Psicoterapia, 17(66-67), 31-76.
- Monk-Turner, E. (2003). The benefits of meditation: experimental findings. *Social Science Journal*, 40 (3): 465-471
- Montero J. (2006). Calidad de Vida Oral en Población General. Universidad de Granada.
- Morone, N., Lynch, Ch., Greco, C., Tindle, H., and Weiner, D. (2009) .A mind-body program for older adults with chronic low back pain: results of a pilot study. *Pain Medicine*, 10(8), 1395-1407.
- NCCAM - National Center for Complementary and Alternative medicine (2006).Mind-Body Medicine: An Overview. National center for Complementary and Alternative medicine. <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>
- Nhat Hanh, T. (2007). El milagro de mindfulness. Barcelona: Oniro.
- Nowack K M. (2002).Perfil de estrés. México: El manual moderno.
- Nueva enciclopedia británica 1986, vol. 21, octava edición
- O'Haver day, P., & Horton-Deutsch, S. (2004). Using Mindfulness-Based Therapeutic Interventions in psychiatric Nursing Practice-Part I: Description and Empirical Support for Mindfulness-Based Interventions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5): 164-169.
- Organización Mundial de la Salud, (1995), Salud Ocupacional para todos. Estrategia mundial. Ginebra: Autor
- Pando, M. Bermúdez, D., Aranda, B., Perez, C., Flores, S. Y Arellano, P. (2003) Prevalencia de estrés y Burnout en los trabajadores de la salud de un hospital ambulatorio. *Psicología y Salud*, 13(1), 47-52
- Pando, M., Bermúdez, D., Aranda, B. y Pérez, C. (2000) El síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Salud y trabajo*. 1 (1): 12-15
- Parra-Delgado, M. (2011).Eficacia de la Terapia Cognitiva-Basada en la Conciencia Plena (Mindfulness) en pacientes con Fibromialgia. Universidad de Castilla-La Mancha, Albacete.
- Pascopella, A. (2005). Meditation's Benefits. *Alternative & Complementary Therapies Journal*.
- Patel, S., Carmody, J., & Simpson, H. (2007).Adapting Mindfulness-based Stress Reduction for the Treatment of Obsessive-compulsive Disorder: A Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 375-380.
- Peiró, J. M., Salvador, A. (1992). Desencadenantes del Estrés Laboral (1ª ed.)España: Editorial UDEMA S. A.
- Peiró, J.M, y Salvador, A. (1993).Control del Estrés Laboral. Madrid: Eudema S. A.
- Pérez, M.A. y Botella, L. (2007). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones Clínicas. Revista de Psicoterapia, 17(66-67), 77 - 120.
- Plews-Ogan, Owens, Goodman, Wolfe y Schorling, (2005).A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Pub Med*
- Pose, G. (2005).Estrés En La Evaluación Institucional.<http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345577>
- Pradhan, E., Baumgarten, M., Langeberg, P., Handwerger, B., Kaplan, A., Magyari, T., Hochberg, M., Berman, B. (2007).Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care and Research*, 57(7), 1134-1142.

- Prewitt Díaz, J.O. & Saballos Ramírez, M. (2000) Salud psicosocial en un desastre complejo: El efecto del huracán Mitch en Nicaragua. Managua, Nicaragua: La Universidad para la Paz (Naciones Unidas).[]
- Quintana, M., & Rincón, F. M. (2011). Eficacia del Entrenamiento en Mindfulness para Pacientes con Fibromialgia. *Clinica y Salud*, 22(1), 51-67. Pub Med
- Reibel, D., Greeson, J., Brainard, G., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.
- Rivera, J. H. (1992a). Emotional climate: Social structure and emotional dynamics.
- Rivera, J. H. (1992b). Emotional climate and the forecasting of violence. Paper
- Rivera, L.R. (1994) Diagnostico del niño con cáncer. Ed. Mosby Doyma. Madrid
- Robert McComb, J., Tacon, A., Randolph, P., & Caldera, Y. (2004). A pilot study to examine the effects of a mindfulness-based stress-reduction and relaxation program on levels of stress hormones, physical functioning, and submaximal exercise responses. *Journal of Alternative and Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, 10(5), 819-827.
- Robinson, F., Mathews, H., & Witek-Janusek, L. (2003). Psycho-Endocrine-Immune Response to Mindfulness-Based Stress Reduction in Individuals Infected with the Human Immunodeficiency Virus: A Quasiexperimental Study. *The Journal of Alternative & Complementary Medicine*, 9(5), 683-694.
- Rosenzweig, S., Greeson, J., Reibel, D., Green, J., Jasser, S., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1), 29-36.
- Roth y Creaser, (1997) Mindfulness meditation-based stress reduction: experience with a bilingual inner-city program. *Nurse Pract* 1997 May;22(5):215. Pub Med
- Sagula D, Rice K.G. (2004) The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 11:333–342.
- Salanova, M., Schaufeli, W.B., Llorens, S., Peiró, J.M., y Grau, R. (2000). Desde el burnout al engagement: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. 16, (2). <http://www.monografias.com/trabajos7/tain/tain.shtml>
- Salmon, P. G., Santorelli, S. F., y Kabat-Zinn, J. (1998). Intervention elements promoting adherence to mindfulness-based stress reduction programs in the clinical behavioral medicine setting. *Handbook of Health Behavior Change* (pp. 239-268). New York: Springer..
- Santorelli, S.F. (1992). A qualitative case analysis of mindfulness meditation training in an outpatient stress reduction clinic, and its implications for self-knowledge. *Doctoral Dissertation, University of Massachusetts School of Education. University Microfilms International, Kalamazoo, MI.*
- Santos, J. A. (2004). Manual: Motivación y Adaptación Ocupacional. Motal. San Salvador, El Salvador: Acción Consultores.
- Santos, J. A. (2005). Manual: PRANES. San Salvador, El Salvador: Acción Consultores.
- Scharf, M. y Cropley, T.G. (1998) Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photo chemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Schaufeli W.B. y Van Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of organizational Behavior*, 14, 631-647

- Schwab, R.L. Jackson, S.E. y Schuler, R.S. (1986). Educator burnout sources and consequences. *Educator Research Quarterly*, 10, 15-30
- Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002). Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Segal, Z.V., Williams, J.M., and Teasdale, J.D., (2002). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: A New Approach to Preventing Relapse, Guilford, NY.
- Selye H. (1956). The Stress of Life. Mc Graw Hill, Nueva York.
- Selye, H (1976). The stress of life. Barcelona: McGraw-Hill (edición revisada).
- Sephton, S., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, K., Studts, J. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis and Rheumatism*, 57(1), 77-85.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresens, C., Plante, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840-862.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and pre-medical students. *J. Behave Med*, 21(6), 581-599.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E.; Astin, J.A., Benedict, F. (2006). Mechanisms of Mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*. Wiley Periodicals, Inc. Publicado online en Wiley Inter Science.
- Siegel, D.J., (2007). The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being. New York.
- Simón Vicente M., (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, XVII (66-67); 5-30.
- Slipack, O. E. (1996). Estrés Laboral.  
[http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19\\_03.htm](http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_03.htm)
- Smith J.E, Richardson J, Hoffman C, Pilkington K. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction as supportive therapy in cancer care: systematic review. *J Adv Nurse*. 53(5):618 (Pub Med)
- Smith, K., Avis, N., y Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of life research*, 8, 447 – 459.
- Snyder M. y Lindquist R, (1998) Complementary/ Alternative therapies in nursing. Nueva York: Springer
- Sobin, S. (2000), Atención Plena momento a momento. Editorial Yug. México
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E., y Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic*, (Pub Med)
- Strongman, K.T. (Ed.), International review of studies on emotion (pp.197–218). New
- Surawy, C., Roberts, J., & Silver, A. (2005). The effect of mindfulness training on mood and measures of fatigue, activity, and quality of life in patients with chronic fatigue syndrome on a hospital waiting list: A series of exploratory studies. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 33, 103-109.
- Tacón, Caldera, y Ronaghan, (2004), Mindfulness-Based Stress Reduction in Women With Breast Cancer. *Ronaghan, Catherine Families, Systems, & Health*, Vol, 22(2), 2004, 193-203.
- Toneatto, T., Nguyen L. (2007). Does Mindfulness Meditation improves anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*, 52, 260-266.



- Tonon, G., (2003) Calidad de vida y desgaste profesional. Espacio Editorial. Bs.As.
- Vallejo, Z., & Amaro, H. (2009). Adaptation of Mindfulness-Based Stress Reduction Program for Addiction Relapse Prevention. *The Humanistic Psychologist*, 37(2), 192-206.
- Villalobos, J. (1999). Estrés Y Trabajo.[http://www.medspain.com/n3\\_feb99/stress.htm](http://www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm)
- Walsh, R. y Vaughan, F. (1993). Paths beyond ego. The transpersonal vision. New York: Tarcher/Perigee.
- Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993)SF-36 Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: New England Medical Center.
- Ware JE, Sherbourne CD. (1992)The MOS 36-item short form health survey (SF-36).*MedicalCare*.30:473-483.
- Ware JE. (2000)SF-36 health survey update.*Spine*.25:3130-9.
- Watts, A. (1992). Psicoterapia del este, Psicoterapia del Oeste. Buenos Aires: Kairós.
- Weissbecker, I., Salmon, P., Studts, J., Floyd, A., Dedert, E., & Sephton, S. (2002). Mindfulness-Based Stress Reduction and Sense of Coherence Among Women with Fibromyalgia. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(4), 297- 307.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Organización Mundial de la Salud (1958).Constitution of the World Health Organization, Annex I. Ten years of the World Health Organization. Geneva:WHO, 1958.
- Organización Mundial de la Salud (2001).International Classification of Functioning, Disability and Health.Geneva:WHO.
- Wilber, K. (1988). El proyecto Atman. Barcelona: Kairós.
- Wilson, D. y Chiwakata L. , (1989).Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe. *Psychological reports*, 65 (2), 426.
- Winbush, N. Y., Gross, C. R., Kreitzer, M. J. (2007). The effects of mindfulness-based stress reduction on sleep disturbance: a systematic review. *Explore (NY)*, 3(6) 585-591.
- Yaowarat, M, Armer, J, Stewart, B. (2011). Mindfulness-based stress reduction among breast cancer survivors: a literature review and discussion. *Oncology Nursing Forum*, 38(2), 61-71.
- Young, L., Cappola, A., & Baime, M. (2009).Mindfulness Based Stress Reduction: effect on emotional distress in diabetes. *Practical Diabetes International*, 26(6), 222-224.
- Zabel, R. y Zabel, M. (1982). Factors in Burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49(3), 261-263.

## **ANEXOS**

### **Anexo 1. Programa Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (Sesiones de trabajo)**

#### **SESION 1.**

##### **TEMA: INTRODUCCIÓN AL PROGRAMA.**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Exponer a los participantes la importancia del programa REBAP para su vida.
- Explorar las expectativas de los participantes y lo que el programa realmente ofrece.
- Aprender a despertar, acrecentar y desarrollar los recursos internos
- Concienciar a los participantes de sus expectativas y lo que el programa realmente ofrece.
- Iniciar a los participantes con un método sencillo y práctico en el entrenamiento de la atención.
- Entrenar a los participantes en el uso de la respiración como objeto de atención.
- Enseñar a los participantes a tomar conciencia de su cuerpo.

#### **SESION 2.**

##### **TEMA: RELACION MENTE-CUERPO.**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Comentar sobre el entrenamiento de la Atención Plena como recurso para conocer el funcionamiento de la mente.
- Conocer el nivel de aprendizaje de la experiencia de la exploración del cuerpo en los participantes.
- Comprender la relación mente-cuerpo.

### **SESION 3.**

#### **TEMA: EXPERIENCIA DEL AQUÍ Y AHORA, MOMENTO A MOMENTO.**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Entrenar la Atención Plena al cuerpo de manera más amplia y profunda
- Entrenar la Atención Plena a través de los ejercicios corporales de flexibilidad
- Importancia de reconocer los propios límites.

### **SESION 4.**

#### **TEMA: ESTRÉS**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Dar un panorama general y resumido de lo que es el estrés y sus implicaciones en la vida actual y en la salud. (Definición de estrés, diferencia entre reaccionar y responder al estrés, repercusiones físicas y mentales del estrés, formas inadecuadas de manejo de estrés (drogas, alcohol, depresión, ansiedad, supresión de sentimientos).
- Relacionar la práctica de la Atención Plena y la reducción de estrés.
- Conocer la diferencia entre reaccionar y responder al estrés.

### **SESION 5.**

#### **TEMA: REACCIONAR Y RESPONDER AL ESTRÉS.**

##### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar las reacciones producidas por el estrés en la salud y en la enfermedad.
- Hacer una recapitulación de la primera mitad del programa y de nuestro compromiso con él.
- Revisar las estrategias para manejar el estrés a través de la Atención Plena.

- Comprender y manejar los propios sentimientos (cólera, ira, enojo, tristeza, etc.)

## **SESION 6.**

### **TEMA: COMUNICACIÓN**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Conocer la importancia de la comunicación.
- Identificar los diferentes tipos de comunicación.
- Aprender cómo expresar los sentimientos.
- Comprender la importancia de las relaciones interpersonales.
- Identificar y manejar las comunicaciones estresantes.
- Reconocer los puntos de vista propios y los de los demás.
- Reconocer la importancia de que nada está bajo control.

## **SESION 7.**

### **TEMA: NUTRICION Y SALUD**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar la relación que existe entre nutrición y la salud física y mental.
- Hacer conciencia del apego.

## **SESION 8.**

### **TEMA: REPASO Y DISEÑO INDIVIDUAL PARA MANTENER LA PRÁCTICA REBAP.**

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Sugerir al participante la necesidad de diseñar un programa para mantener la práctica individual del programa REBAP.
- Informar sobre el programa de apoyo para mantener y seguir profundizando en su práctica personal.



- Revisar los diferentes aspectos del programa ( meditación sentados, exploración del cuerpo, ejercicios corporales de flexibilidad)
- Exponer y comentar el programa.

## **SESIÓN 9.**

### **TEMA: INTEGRACIÓN**

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICO:**

- Que los participantes, en esta sesión que intenta recrear un día de rutina, pongan en práctica lo que han aprendido, es decir, integren en esta sesión de 6 a 8 hrs. de duración lo aprendido en las sesiones anteriores.

## Anexo 2. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION

Doy mi permiso para enviar la información médica de mi tratamiento en la clase de Reducción de Estrés a la persona que cuida de mi salud, (el proveedor del cual recibimos su referido).

Entiendo que una vez que esta información sea entregada para su custodia al Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, la Clínica de Reducción de Estrés no tiene ninguna autoridad sobre la dispensación de esta información. Entiendo además que la Universidad no puede enviar esta información a ninguna otra persona, si quiero que otra persona la reciba deberé completar otro consentimiento para liberar información.

**Consentimiento para liberar su expediente médico al proveedor que lo refirió.  
(por favor marque uno)**

SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_  
\*\*\* Por favor sepa que si nosotros no recibimos un referido médico, su expediente médico no será enviado.

\_\_\_\_\_  
Fecha y Hora

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (letra de molde)

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado  
(si es un menor)

### **Anexo 3. Maslach Burnout Inventory**

Nombres y Apellidos \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nivel Profesional \_\_\_\_\_ Trabajador de oficina Sí\_\_ No\_\_

Marque con una X según corresponda:

Determinación del Síndrome de Burnout	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1. Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado							
3. Cuando me levanto en la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas que tengo que relacionarme con el trabajo							
5. Siento que estoy tratando a algunos de mis subordinados como si fueran objetos impersonales							
6. Siento que tratar todo el día con personas me cansa							
7. Siento que trato, con mucha efectividad, los problemas de las personas a las que tengo que atender							
8. Siento que mi trabajo me está desgastando							
9. Siento que estoy influyendo en la vida de otras personas a través de mi trabajo							
10. Siento que mi trato con la gente es más duro							
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente							
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo							
13. Me siento frustrado por mi trabajo							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo							
15. Siento indiferencia ante el resultado del trabajo de las otras personas							
16. Siento que trabajar con la gente me cansa							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en el trabajo							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado estrechamente							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo							
20. Me siento como si estuviera en el límite de mis posibilidades							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada							
22. Me parece que mis subordinados me culpan de algunos de sus problemas							

## Anexo 4. Encuesta del Estado De Salud SF-34

La Encuesta del Estado de Salud SF-36 para su uso en México se puede reproducir con permiso del Health Assessment Lab, New England Medical Center, 750 Washington Street, NEMC #345, Boston, MA, 02111. Derechos Reservados © Health Assessment Lab. El permiso para el uso de la Encuesta puede ser solicitado al primer autor de este artículo.

Instrucciones: esta encuesta le pide su opinión acerca de su salud. Esta información permitirá saber cómo se siente y qué tan bien puede hacer usted sus actividades normales.

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no está seguro o segura de cómo responder a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general, ¿diría que su salud es:  
Escala de respuesta: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?  
Escala de respuesta: Mucho mejor ahora que hace un año. Algo mejor ahora que hace un año. Más o menos igual ahora que hace un año. Algo peor ahora que hace un año. Mucho peor ahora que hace un año.
3. Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo limita para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
Escala de respuesta: Sí, me limita mucho. Sí, me limita un poco. No, no me limita en absoluto.

Opciones de pregunta:

- a. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.
- b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, lavar, jugar fútbol o beisbol.
- c. Levantar o llevar las compras del mercado.
- d. Subir varios pisos por la escalera.
- e. Subir un piso por la escalera.
- f. Doblarse, arrodillarse o agacharse.
- g. Caminar más de diez cuadras.
- h. Caminar varias cuadras.
- i. Caminar una cuadra.
- j. Bañarse o vestirse.

4. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?  
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
  - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
  - c. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades.
  - d. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividades (por ejemplo, ha requerido de mayor esfuerzo).
5. Durante el último mes, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido o ansioso)?  
Escala de respuesta: Sí, No

Opciones de pregunta:

- a. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades.
  - b. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.
  - c. Ha hecho el trabajo u otras actividades con el cuidado de siempre.
6. Durante el último mes, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?  
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
  7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante el último mes?  
Escala de respuesta: Ningún dolor. Muy poco. Poco. Moderado. Severo. Muy severo.
  8. Durante el último mes, ¿cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?  
Escala de respuesta: Nada. Un poco. Más o menos. Mucho. Demasiado.
  9. Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted durante el último mes. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante el último mes  
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Muchas veces. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.

Opciones de pregunta:

- a. Se ha sentido lleno de vida?
  - b. Se ha sentido muy nervioso?
  - c. Se ha sentido tan decaído que nada podía alentarlos?
  - d. Se ha sentido tranquilo y sosegado?
  - e. Ha tenido mucha energía?
  - f. Se ha sentido desanimado y triste?
  - g. Se ha sentido agotado?
  - h. Se ha sentido feliz?
  - i. Se ha sentido cansado?
10. Durante el último mes, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?  
Escala de respuesta: Siempre. Casi siempre. Algunas veces. Casi nunca. Nunca.
  11. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?  
Escala de respuesta: Definitivamente cierta. Cierta. No sé. Falsa. Definitivamente falsa.

Opciones de pregunta:

- a. Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente.
- b. Tengo tan buena salud como cualquiera que conozco.
- c. Creo que mi salud va a empeorar.
- d. Mi salud es excelente.

## Anexo 5. Perfil de Estrés de Nowack

*Para cada oración, entierre su respuesta en un círculo.*

SI	No	1. Me preocupa hacer lo correcto
SI	No	2. Es frecuente que me sienta inquieto (a)
SI	No	3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarme a mi familia
SI	No	4. Siempre soy agradable con todos
SI	No	5. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen bien para mí
SI	No	6. Muchas veces me siento acelerado (a) o entarquinado (a)
SI	No	7. Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención
SI	No	8. Siempre soy amable
SI	No	9. A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia
SI	No	10. Es frecuente que la gente diga que soy inquieto (a)
SI	No	11. La vida se está complicando demasiado
SI	No	12. Siempre soy educado
SI	No	13. Es fácil que hieran mis sentimientos
SI	No	14. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso
SI	No	15. Me preocupa el dinero
SI	No	16. Me preocupa lo que va a pasar
SI	No	17. Estoy nervioso (a)
SI	No	18. Me cuesta trabajo tomar decisiones
SI	No	19. Me preocupa hacerme viejo (a)
SI	No	20. Me preocupa el futuro
SI	No	21. Mis músculos se sienten tensos
SI	No	22. Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo
SI	No	23. Es fácil que me desespere con los demás
SI	No	24. Siempre digo la verdad
SI	No	25. Me preocupa lo que los demás piensan de mí
SI	No	26. Me cuesta mucho trabajo estar quieto (a)
SI	No	27. Me preocupa la muerte
SI	No	28. Siempre soy bueno (a)
SI	No	29. Muchas veces me siento cansado (a)
SI	No	30. Me preocupa cuando me acuesto a dormir
SI	No	31. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
SI	No	32. Me caen bien todas las personas que conozco
SI	No	33. Me siento preocupado (a) gran parte del tiempo
SI	No	34. Me despierto pensando en mis problemas
SI	No	35. Es frecuente que me sienta muy estresado
SI	No	36. Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo