



## FICHA TÉCNICA

**AUTOR:** MARTÍN ASUERO, Andrés.

**TÍTULO:** Aplicación de la Técnica MBSR para reducir el malestar psicológico en el entorno laboral.

**FUENTE:** Gestión Práctica de Riesgos Laborales, nº 21, pág. 22, Noviembre 2005.

**RESUMEN:** Este estudio examina la eficacia del programa para la reducción del estrés denominado Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) con un grupo de profesionales del sector servicios. El 86 por ciento de los participantes completó el programa y experimentó una reducción media del malestar psicológico en un 39 por ciento, según el SCL-90R. De los distintos componentes del malestar se encontró una reducción en torno al 50 por ciento en depresión, hostilidad, somatización y ansiedad. Estos resultados son muy significativos y ligeramente mejores a los citados en otros estudios comparables. Por ello, pensamos que la técnica MBSR puede ser aplicable en el contexto laboral para la reducción del estrés, de la misma forma que se hace en otros entornos. Esta técnica, que se imparte en grupo con carácter formativo, puede ser útil para prevenir riesgos psicosociales, como el estrés, en los Planes de Prevención de Riesgos Laborales.

**DESCRIPTORES:**

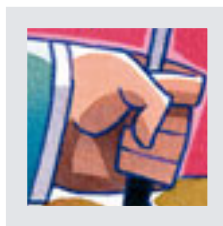
- Estrés.
- MBSR.
- Ansiedad.



# Aplicación de la Técnica MBSR para reducir el malestar psicológico en el entorno laboral

Mindfulness-based Stress Reduction (MBSR) es un programa para la reducción del estrés que, con carácter formativo, está demostrando una significativa eficacia en la prevención de riesgos psicosociales. Así lo demuestra un estudio de campo realizado entre profesionales del sector servicios de los cuales el 86 por ciento ha experimentado, tras completar el programa, una reducción media del malestar psicológico en un 39 por ciento. Depresión, hostilidad, somatización y ansiedad fueron los componentes del malestar que se llegaron a controlar en mayor proporción.

**Andrés Martín Asuero, Biólogo y MBA, asociado a Training Lab-Madrid.**



## El MBSR aporta al individuo un alto nivel de conciencia y le permite enfocar la realidad del momento presente, aceptándola

**E**l estrés afecta al 28 por ciento de los trabajadores europeos, convirtiéndose en el segundo problema de salud laboral después de los dolores de espalda, según datos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud Laboral (Cox, 2002). Esta Agencia define el estrés como una circunstancia en la que las demandas del trabajo exceden la capacidad del trabajador para afrontarlas o controlarlas. Por otro lado, está aceptado que el estrés laboral tiene un impacto negativo en la salud física y psicológica de las personas. En concreto, se le relaciona con problemas cardiovasculares, del sistema inmune y del estado de ánimo y, además, afecta a los hábitos alimenticios e incrementa las conductas poco saludables como el consumo de sustancias tóxicas como alcohol, tabaco, etc. (McEwen, 2002). Por ello, se considera al estrés, directa o indirectamente, causante de gran parte del absentismo laboral, llegando a postularse como la primera causa en algunos países como el Reino Unido (Firm, 2003).

De los distintos programas de reducción de estrés existentes hemos seleccionado el denominado MBSR, acrónimo de *Mindfulness-based Stress Reduction*, que se podría traducir como Reducción de Estrés mediante la Atención Plena. Este tipo de atención aporta al individuo un alto nivel de conciencia y le permite enfocar la realidad del momento presente, aceptándola, sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas. Esta atención se desarrolla mediante la observación desvinculada de la realidad, realizada momento a momento (Kabat-Zinn, 1982). Para ello, se parte de un objeto primario (generalmente la sucesión respiratoria de inhalaciones y exhalaciones) hasta que se obtiene una atención relativamente estable para abordar otras manifestaciones corporales y mentales. De esta manera, la atención se va enfocando en las sensaciones del cuerpo, los pensamientos, las emociones y las fantasías, tal y como aparecen en tiempo real y cómo van sucediéndose unas a otras. La estabilización de la atención y la progresión de la misma se enseña gradualmente en varias sesiones.

La hipótesis sobre la que se basa esta técnica es que el desarrollo de la atención fortalece el sistema de auto-regulación de la conducta, que es el encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo a los cambios (Shapiro y Schwartz, 2000). De esta forma, la práctica de la atención plena permite al individuo identificar antes los

síntomas del estrés, estableciendo más claramente sus causas y consecuencias, lo que le permite iniciar estrategias de afrontamiento más eficaces.

La aplicación de esta técnica en el contexto laboral parece recomendable dado que 1) el coste es reducido al ser una intervención en grupo, 2) la adherencia al programa es muy elevada (Kabat-Zinn y Chapman-Waldrop, 1988), 3) al haberse desarrollado en un centro universitario su enfoque es asimilable a una actividad formativa, 4) su eficacia está ampliamente reconocida con estudios de seguimiento donde se mantienen los beneficios durante varios años (Kabat-Zinn et al, 1992, Kabat-Zinn, 1996), y 5) los estudios preliminares en España dieron reducciones del malestar psicológico del 40 por ciento (Martín y García de la Banda, 2004).

El objetivo de este estudio es comprobar si un entrenamiento en Atención Plena de tipo MBSR puede reducir el estrés, considerando como tal el malestar psicológico. Además, queremos ver si hay reducciones significativas en el malestar asociado a los estados afectivos negativos como son la ansiedad, depresión y hostilidad, y si estos cambios afectan al malestar físico, disminuyendo la somatización.

### 1. MÉTODOS

#### 1.1. Muestra

De un total de 42 participantes provenientes del sector servicios, se seleccionaron aquellos cuyo grado de malestar superaba la media de la población general según el SCL-90R, es decir, que tenían valores de GSI superiores al 0.44 para hombres y al 0.57 para mujeres. Esta muestra, formada por 21 personas, tenía una media de edad de 42.57 años (Dt-10.45) y el 81 por ciento eran mujeres. Estos participantes se inscribieron en el programa de reducción de estrés voluntariamente debido a las siguientes razones: 20 lo hacían por sufrir estrés, 2 tenían una enfermedad crónica y 7 por dolores musculares, pudiendo coincidir varias razones en la misma persona.

Respecto a su situación laboral, 16 estaban en activo, mientras 5 sufrían baja por enfermedad, dos de ellos con invalidez permanente.

#### 1.2. Instrumentos

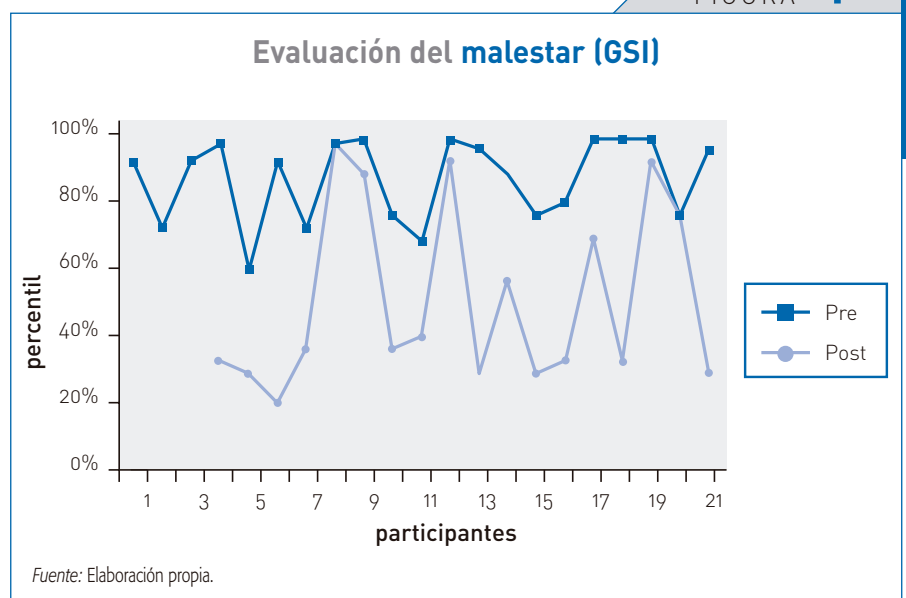
El malestar de los participantes se midió utilizando el inventario SCL-90R (Derogatis, 2002), seleccionado por cubrir un amplio espectro de tipos del malestar psicológico y bastante utilizado en estudios comparables. El SCL-90R es un inventario de 90 alteraciones de tipo psicológico en las que se valora el grado de malestar experimentado en los 7 días previos. Para ello, se utiliza una escala tipo Likert de 1 a 5, donde 1 indica nada y 5 indica mucho. El grado de malestar total (distress) es la puntuación total obtenida y se denomina Índice de Gravedad o GSI (*General Severity Index*). Este inventario tiene 9 sub-escalas entre las que se seleccionaron: somatización, depresión, ansiedad y hostilidad. Este inventario está baremado para la población española y cuenta con una elevada consistencia interna en las sub-escalas, con valores alfa entre 0,81 y 0,90. Para este trabajo se utilizó la versión española de la escala publicada por Tea Ediciones (2002).

### 1.3. Intervención

El formato de la intervención es el de una actividad formativa en grupo, con asistencia presencial y un trabajo personal entre sesiones. Se imparte durante ocho semanas, con una sesión semanal de 2,5 horas, y una sesión de ocho horas la 6ª semana, lo que supone un total de 28 horas presenciales repartidas en 9 sesiones. El programa sigue el método MBSR descrito por Kabat-Zinn (1996, 2003), que enfatiza la Atención Plena (*mindfulness*) junto con ejercicios de atención, relajación, concentración-meditación y yoga. Durante las sesiones se explican aspectos teóricos sobre la atención, las emociones, la reacción del estrés, la comunicación y los hábitos de vida saludables. Las sesiones incluyen tiempo de debate en grupo sobre los aciertos y las dificultades que surgen al aplicar la Atención Plena en la vida diaria. Por último, los participantes se comprometen a realizar diariamente distintas prácticas entre sesiones por espacio de 45 minutos cada día, para lo que reciben un juego de CDs de audio y documentación que incluye lecturas y ejercicios.

## 2. RESULTADOS

La asistencia a las sesiones fue del 81 por ciento, y el 86 por ciento de los participantes terminó el programa, rellenando los cuestionarios finales. De los 21 participantes iniciales, tres de ellos abandonaron el programa antes de comple-



tarlo, por lo que no se les tomaron los datos posteriores al mismo.

El valor inicial promedio de malestar psicológico era de 1.14 y el dato obtenido después de la intervención descendió a 0.53. Esta reducción es muy significativa ( $p < .0001$ ) y corresponde a un descenso del percentil 86 al 49 sobre los baremos nacionales, como se recoge en la Tabla 1. Sin embargo, no todos mejoraron en igual medida: así, dos no redujeron su malestar (ref. 8 y 20) y en otros tres la mejora fue mínima (ref. 9, 12 y 19), como se indica en la Figura 1.

Los valores iniciales de las sub-escalas mostraban un elevado grado de malestar, que alcanza el percentil 90 para ansiedad y eran superiores al percentil 80 en el resto, como se recoge en la Tabla 1. Los valores posteriores a la intervención son menores en todas las sub-escalas, con reducciones del 53 por ciento al 39 por ciento, por este orden: depresión, hostilidad, somatización y ansiedad. Todas las reducciones son de carácter muy significativo ( $p < .0001$ ).

La diferencia estandarizada de las medias se ha calculado mediante la diferencia de las medias

TABLA 1

Valores medios, Pre y Post, para cada sub-escala del SCL-90R, prueba t, equivalente en percentiles reducción en percentiles y diferencia estandarizada de medias o valor d.

Sub-escala	Valor Pre	Valor Post	Prueba t	Percentil Pre	Percentil Post	Reducción	Valor d
Somatización	1.34	0.57	0.00058	85%	50%	41%	1.18
Depresión	1.47	0.64	0.00004	85%	40%	53%	1.54
Ansiedad	1.27	0.52	0.00012	90%	55%	39%	1.21
Hostilidad	0.82	0.36	0.00224	80%	45%	44%	0.99
Índice de Gravedad (GSI)	1.14	0.53	0.00003	86%	49%	39%	1.52

El Test t se refiere a las diferencias entre las medias de valores, Pre y Post para cada sub-escala.

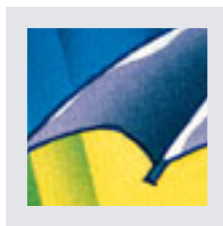
Los percentiles están extraídos usando el valor medio del SCL-90R y el baremo de mujeres.

La Reducción se refiere a los percentiles y esta obtenida mediante la fórmula  $1 - (\text{perc Post} / \text{perc Pre})$ .

El valor d es la diferencia de las medias, entre la desviación típica conjunta, según la siguiente fórmula:

$$\left\{ \begin{aligned} d &= M_1 - M_2 / s_{\text{conjunta}} \\ \text{donde } s_{\text{conjunta}} &= \sqrt{[(n_1-1) \cdot s_{1-}] + [(n_2-1) \cdot s_{2-}] / (n_1+n_2-2)} \end{aligned} \right\}$$

Fuente: Elaboración propia.



dividida entre la desviación típica del conjunto (Cohen, 1988) como se indica en la Tabla 1. Las mayores mejoras se registran en depresión, GSI y ansiedad, con valores desde 1.54 a 1.21.

### 3. DISCUSIÓN

Las importantes reducciones registradas tanto a nivel general del GSI, como en las sub-escalas de depresión, hostilidad, somatización y ansiedad, hacen pensar que esta técnica puede ser efectiva para reducir el malestar psicológico de profesionales con estrés y proporcionar así un tratamiento eficaz y económico para paliar estos efectos.

El perfil de partida de los participantes indica un malestar elevado, con más de la mitad en el percentil 90 o superior, como se indica en la Figura 1. Si comparamos esta información con la de otros estudios citados, vemos que los datos de partida de esta muestra, con GSI de 1.15 de media, son superiores a los valores citados en otros trabajos, que están en torno al 0.8. Aunque hay un componente de selección de la muestra que no se da en otros trabajos, y es que los datos medios baremados del GSI para España son mayores que en EEUU. Es, por tanto, probable que la expresión del malestar sea más intensa en una cultura latina que en las anglosajonas y quizás ello también afecta a la reducción del mismo.

Los resultados obtenidos suponen unas reducciones importantes según las diferencias estandarizadas de medias, o valor *d* de Cohen (1988), según cuyo criterio se establecen como reducciones importantes aquellas que tienen un valor de 0.8 o superior (todos los parámetros en nuestro caso). Es posible que la selección de una muestra de malestar alto, a diferencia de otros trabajos que tiene muestras con menores grados de malestar medio, haya incidido en un mayor efecto.

Pensamos que las mejoras registradas en el malestar se pueden explicar según la hipótesis de auto-regulación citada, en la medida en que cuanto más pueda una persona observar sus pensamientos, sensaciones y emociones sin identificarse con ellos, tanto más disminuirá la intensidad del malestar. También puede contribuir el componente de aceptación de la realidad implícita en la práctica de la Atención, que disminuye la intensidad con la que se experimenta cada síntoma.

Llevando la atención al presente se compensaría la tendencia insana a reflexionar sobre hechos pasados negativos de forma obsesiva

Respecto a los componentes del malestar, la mayor reducción se registra en depresión, con un 53 por ciento, lo que resulta coherente con otros trabajos de MBSR que registran reducciones importantes en esta sub-escala del orden del 34 por ciento (Reibel, 2001), o el 40 por ciento, aunque este último dato está registrado con el *Beck Depresión Inventory* (Kabat-Zinn y cols., 1992). La mayor reducción experimentada puede explicarse por las mismas razones del elevado GSI de partida.

Creemos que la mejora en depresión es un componente central de esta intervención, como sugiere Teasdale y cols. (2002), quien usando una modificación de esta técnica reduce significa-

tivamente el riesgo de recaída en depresiones para enfermos recurrentes (Teasdale y cols., 2000). Pensamos que la reducción del componente de depresión puede ser consecuencia del efecto de la Atención Plena para reducir el pensamiento de tipo rumiación. Llevando la atención al presente se compensaría la tendencia insana a reflexionar sobre hechos pasados negativos de forma obsesiva, lo que está descrito como predictor de cuadros mixtos de ansiedad y depresión, (Nolen-Hoeksema, 2000). Además, la rumiación sobre hechos negativos ocurridos en relaciones interpersonales resulta en una menor capacidad para resolver estos problemas, generando cada vez interpretaciones más negativas de lo ocurrido y aumentando el malestar (Lyubomirsky, 1995).

La siguiente escala es la de la hostilidad, que cambia en un 44 por ciento, lo que es coherente con las tesis que asocian la hostilidad a los trastornos depresivos (Koh y cols., 2002) y con la hipótesis apuntada por algunos autores sobre que la técnica MBSR favorecería la empatía (Shapiro, 1998).

### 4. NEUTRALIZANDO LA HOSTILIDAD

Este parámetro es más difícil de comparar con otros trabajos ya que ha sido menos estudiado. Sin embargo, creemos que este dato es muy interesante dentro del creciente interés por la agresividad, no sólo por sus implicaciones sociales, sino también por sus efectos en la salud asociados a trastornos cardio-vasculares (Adler, 1994).

La somatización es el tercer factor, con una reducción que alcanza el 41 por ciento. Este dato es algo menor que el 46 por ciento de Williams (2001), pero muy superior al 25 por ciento que cita Reibel (2001). En otros estudios con distintas escalas se citan reducciones del 47 por ciento con *Relaxation Response* (Nakao y cols., 2001) y del 34 por ciento con MBSR (Kabat-Zinn, 1996). La mejora obtenida es muy interesante ya que la somatización es un problema económico importante por los elevados costes sanitarios y por sus dificultades de tratamiento (Barsky, 1995). Es posible que MBSR reduzca la somatización al reducir el estrés mediante una disminución de ansiedad y/o depresión (Barsky, 1999), unido todo ello a una estimulación del organismo fruto de la relajación y el yoga.



## A medida que una persona se desvincula de sus pensamientos, la capacidad de atracción de los estados emocionales disminuye

La reducción de ansiedad alcanza el 39 por ciento, algo menor del 44 por ciento que cita Reibel o del 45 por ciento de Kabat-Zinn y cols. (1992), pero mayor que el 15 por ciento que cita Nakao y cols. (2001) con *Relaxation Response*. Es curioso que este componente se reduzca, en menor medida, cuando los anteriores han tenido un comportamiento opuesto. Quizá ello se debe a diferencias culturales entre EE.UU. y España o a que la muestra estaba más influida por el componente depresión que de ansiedad. Puesto que la ansiedad surge del miedo a los acontecimientos futuros, creemos que MBSR actúa de la misma forma que se ha explicado para la depresión pero en sentido futuro. Al darse cuenta la persona que su mente está divagando sobre situaciones futuras y ve los efectos negativos a nivel fisiológicos o emocionales que eso conlleva, puede enfocar su atención en el presente regulando la situación. Por otro lado, a medida que una persona se desvincula de sus pensamientos, por efecto de la meditación, la capacidad de atracción de los estados emocionales disminuye, reduciendo la incidencia de la ansiedad, lo que sería un mecanismo de auto-regulación emocional.

Estos resultados nos hacen pensar que MBSR puede resultar útil para reducir el malestar psicológico producido por el estrés, principalmente en aquellas personas que estén motivadas para integrar este enfoque en su vida cotidiana. Pensamos que, cultivando la atención plena, se devuelve a la persona la responsabilidad sobre sus sentimientos, a la vez que se fomenta una actitud activa ante la vida y ante los desafíos de ésta. Además, al ser una intervención grupal y con efecto a largo plazo, resulta muy interesante por su capacidad de tratar grupos heterogéneos en el contexto laboral.

No obstante, somos conscientes de las limitaciones del presente trabajo debido al tamaño de la muestra, la falta de un grupo control y la dificultad para medir la influencia que tiene el efecto del grupo en la eficacia de la técnica. Simplemente, a partir de estos resultados queremos profundizar en el estudio de MBSR, ampliando el alcance mediante estudios controlados y un seguimiento en el tiempo. También queremos conocer mejor el efecto de la técnica investigando los cambios que se producen en el ámbito fisiológico, en concreto en el cortisol. En el ámbito económico nos gustaría poder investigar el efecto de esta intervención en el gasto laboral y sanitario. ||

### REFERENCIAS

- > Adler N (1994). "Why do people get sick and some stay well?" *Annual Rev. Psychology*; 45: 229-59.
- > Barsky AJ, Borus JF.(1995) "Somatization and medicalization in the era of managed care". *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*; 274(24):1931-4
- > Barsky AJ, Borus JF. (1999). "Functional somatic syndromes". *Ann Intern Med.*; 130:910-921.
- > Cohen, J. (1988). "Statistical power analysis for the behavioral sciences" (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- > Cox, C.B., Griffiths, A. y Rial, E. (2002). "Research on Work related stress". Summary of an Agency Report. European Agency for Safety and Health at Work [on line]. <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/31/en/index.htm> (obtenido el 13/05/04).
- > Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90R Manual*. Madrid: Tea Ediciones (Orig. 1996).
- > Firm, D. (2003). "More men emphasize the need to cope with stress". *Financial Time*, 8 de Agosto, 2003.
- > Kabat-Zinn, J. (1982). "An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation". *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.
- > Kabat-Zinn, J. (1996). "Mindfulness Meditation, what is what isn't". En Haruki, Y., Ishii, Y. y Suzuki, M. (Ed.), "Comparative and Psychological Study on Meditation". (pp. 161-170). Holanda: Eburon.
- > Kabat-Zinn, J. (2003). "MBSR 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". Barcelona. Ed. Kairós.
- > Kabat-Zinn, J. y Chapman-Walton, A. (1988). "Compliance with an Outpatient Stress Reduction program: Rate and predictors of program completion". *Journal Behavioral Medicine*, 11(4), 333-352.
- > Kabat-Zinn, J. y cols. (1992). "Effectiveness of a Meditation-based Stress Reduction Program in the treatment of anxiety disorders". *American Journal Psychiatry*, 149 (7), 936-943.
- > Koh KB, Kim CH, Park JK (2002). "Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders". *J Clin Psychiatry*. 63(6):486-92.
- > Lyubomirsky S, Nolen-Hoeksema S (1995). "Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving". *J Pers Soc Psychol.* ; 69(1): 176-90.
- > Martín A, Benito E, López A. A. (2004). "Resultados del Curso Piloto de Relajación y Reducción de Estrés usando la técnica MBSR". *Proceedings of the 3rd Conference on Occupational Risk Prevention*, ISBN:84-933328-2-8.
- > McEwen, B. (2002). "The end of stress as we know it". Washington DC: Joseph Henry Press.
- > Nakao M y cols (2001). "Anxiety is a good indicator for somatic symptom reduction through behavioral medicine intervention in a mind/body medicine clinic". *Psychother Psychosom.* 70(1):50-7.
- > Nolen-Hoeksema S. (2000). "The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms". *J Abnorm Psychol.* 109(3):504-11.
- > Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S.(2001). "Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population". *Gen Hosp Psychiatry*. 23(4):183-92.
- > Shapiro, S. y Schwartz, G. (2000). "The Role of Intention in Self Regulation. *Handbook of Self-Regulation*" (pp. 254-273). New York: Academic Press (Elsevier).
- > Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. (2002) "Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence". *J Consult Clin Psychol.*;70(2):275-87.
- > Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. (2000). "Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy". *J Consult Clin Psychol*;68(4):615-23
- > Williams KA, Kolar MM, Reger BE, Pearson JC. (2001). "Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial". *Am J Health Promot.*; 15(6):422-32.