

1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad, el estrés y el burnout son una realidad creciente entre los profesionales sanitarios que están en contacto directo con los usuarios, afectando a sus condiciones de salud y reduciendo su calidad de vida (Çelmeçe & Menekay, 2020). Sus consecuencias no son solo negativas para la propia persona, sino también para las personas a las que atienden y para las instituciones en las que trabajan (Organización Internacional del Trabajo [OIT], 2016).

Tras introducir muy brevemente los constructos de ansiedad, estrés y burnout se analizará el impacto que tienen estos problemas en los profesionales de salud mental. A continuación, se presentarán diferentes intervenciones, con apoyo empírico, para el manejo del estrés en profesionales de la salud, en general, y para los profesionales de salud mental, más en particular, para luego describir, con mayor profundidad, un tipo de intervención para este colectivo: las intervenciones basadas en mindfulness (IBMs). Posteriormente, se describirá el mindfulness como una intervención compleja y se detallarán otros aspectos de importancia en la investigación en mindfulness. Finalmente, se señalarán distintos aspectos a tener en cuenta en el contexto cultural en donde se ha implementado el trabajo de campo de la presente Tesis Doctoral (Cuba).

1.1 Ansiedad, estrés y burnout

El término estrés es utilizado ampliamente tanto por población general como especializada (p. ej., médicos, psicólogos, sociólogos). Se ha señalado que posiblemente es el término más ambiguo y del que más se ha abusado en psicología (Sandín, 2019). Grosso modo, existen tres perspectivas fundamentales a la hora de definir el estrés: la primera, con una orientación fisiológica/bioquímica, se focaliza en la respuesta interna que se genera (Selye, 1960) en el organismo; la segunda, con una orientación psicológico/psicosocial, se focaliza en el estímulo externo que lo genera (Holmes & Rahe, 1967); y la tercera, que entiende el estrés como una transacción entre la persona y el ambiente, o un proceso de interacción entre estresores, respuestas de estrés y factores cognitivos mediadores o moduladores entre estímulos y respuestas (Lazarus, 1966). Combinando las tres acepciones, se puede concluir que el estrés es un fenómeno complejo en el que están implicados estímulos, respuestas y los procesos psicológicos que median entre los dos (Sandín, 2019).

La ansiedad es un componente presente en la mayoría de los trastornos psicosomáticos y psicológicos, que suele definirse en términos fenomenológicos, esto es,

subjetivos (Sandín, 2009). El término alude a una combinación de manifestaciones físicas y mentales no atribuibles a peligros reales que se puede manifestar en forma de crisis o en forma de estado persistente (Sierra et al., 2003). Una de sus características más significativas es que es una reacción anticipatoria, esto es, una respuesta que tiene la capacidad de señalar una amenaza o peligro, cumpliendo así una función adaptativa; sin embargo, esta función puede convertirse en desadaptativa (ansiedad patológica o clínica) cuando se anticipa un peligro que no es real y que tiene un nivel más elevado de intensidad, duración y ocurrencia que la ansiedad adaptativa (Sandín, 2009).

La distinción entre los conceptos de ansiedad y estrés es una tarea laboriosa, debido al uso frecuente de ambos como conceptos equivalentes y con una gran confusión terminológica con otros términos relacionados, como el miedo, la tensión o la angustia (Sierra et al., 2003). Así, Spielberger (1972) consideraba que el estrés es un indicador de un proceso temporal que da lugar a la reacción de ansiedad; Taylor (1986) señaló que mientras que el estrés hace referencia principalmente a la situación, la ansiedad apunta a la reacción ante sucesos estresantes; y Bensabat (1987) describió la ansiedad como una emoción de estrés.

El burnout es un síndrome psicológico que surge como una respuesta prolongada a los factores estresantes interpersonales crónicos en el entorno laboral (Maslach & Leiter, 2016). Aunque existen distintas definiciones, el modelo operativo de tres componentes de Maslach & Jackson (1981) es la conceptualización más ampliamente utilizada para el burnout, en el que se contemplan tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal. Los estudios señalan como consecuencias del burnout aspectos tales como: depresión, agresión, embotamiento afectivo, manifestaciones psicósomáticas, reducción del compromiso hacia los usuarios, menor satisfacción de éstos y disminución del rendimiento cognitivo, de la motivación y del juicio (Dimsdale, 2008; Fahrenkopf et al., 2008; Gunnar & Quevedo, 2007; Kaschka et al., 2011; Williams et al., 2007). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019) ha reconocido el síndrome de burnout como un “fenómeno ocupacional” (no clasificado como una condición médica), incluyéndola en la 11ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-11) y estableciendo que implica agotamiento crónico, distancia mental y la disminución de la eficacia del trabajador

1.2 Ansiedad, estrés y burnout en los profesionales de salud mental

Los profesionales de salud mental están sometidos a estresores comunes con otros profesionales de la salud y a estresores específicos de este ámbito profesional concreto. Entre los estresores comunes, destacan: la sobrecarga de trabajo, las jornadas laborales excesivas, la privación del sueño, la exposición repetida a situaciones de carga emocional y las interacciones difíciles con usuarios y compañeros (Kakunje, 2011). Entre los estresores específicos, se encuentran: el riesgo de suicidio del usuario, la relación particularmente exigente con familias y personas con alto nivel de sufrimiento psíquico, la ausencia de supervisión y las interacciones difíciles con otros profesionales de salud mental dentro de los equipos multidisciplinares (Rössler, 2012). Los estudios, principalmente realizados en Estados Unidos y Reino Unido, han señalado un rango del 21 al 67% de trabajadores de salud mental con altos niveles de burnout (Morse et al., 2012).

Poniendo la atención en Cuba, pues es el país en el que se ha implementado esta Tesis Doctoral, en las investigaciones realizadas en los servicios de salud cubanos se encuentran evidencias crecientes de factores de riesgo para padecer estrés laboral y burnout. En los últimos 20 años, centros como el Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores (INSAT) o la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) han venido estudiando estos problemas (Chacón, 2013), así como la necesidad de prevenirlos y tratarlos (Valdivieso et al., 2016). Hernández Gómez (2014) informó de una elevada prevalencia de burnout en los profesionales de salud cubanos, estando presente en el 73% de los especialistas médicos de medicina general integral (esto es, médicos de familia en nuestro sistema de salud). En las búsquedas bibliográficas realizadas para el presente trabajo, no se han hallado datos específicos de los profesionales de salud mental cubanos.

Tras la realización del trabajo de campo de la presente Tesis Doctoral y durante el proceso de conformación de los artículos, tuvo lugar la pandemia por COVID-19. Esta crisis sanitaria ha incrementado los niveles de estrés, ansiedad, depresión, insomnio y otros problemas psicológicos en los profesionales de la salud (Lai et al., 2020; Que et al., 2020). En concreto, ha afectado a las estructuras, organizaciones y profesionales de salud mental en todo el mundo, que ya venían de años de crisis en muchos países (Baumgart et al., 2021). Se trata de una situación sin precedentes en la que los profesionales de salud mental han jugado un papel clave en la asistencia sanitaria a la población general, implementando un gran número de programas en todo el mundo para la prevención de los problemas de salud

mental y la promoción del bienestar, además de tener que responder a necesidades específicas en personas en situación de vulnerabilidad (Al Joboory et al., 2020; Roncero et al., 2020). Además, han tenido que apoyar al resto de los profesionales de la salud, especialmente a los llamados “profesionales de primera línea” que están en contacto directo con los pacientes con COVID-19 y que estaban expuestos a situaciones muy estresantes (Janeway, 2020; Mellins et al., 2020; Viswanathan et al., 2020). Por otro lado, los profesionales de salud mental han sufrido una reasignación de tareas y han tenido que adaptarse a nuevas condiciones de trabajo, teniendo que actuar en entornos en los que no estaban acostumbrados a trabajar (Cheng et al., 2020; Kreuzer et al., 2020). Esto exige atención sobre la propia salud mental de los profesionales de salud mental y, por consiguiente, sobre las estrategias que deben desarrollarse para mejorar su bienestar y calidad de vida.

1.3 Intervenciones para el manejo del estrés en los profesionales de la salud (mental)

Para que los profesionales sanitarios realicen un trabajo asistencial de calidad, también ellos deben sentirse atendidos (van Wyk & Pillay-van Wyk, 2010). La situación pandémica por COVID-19 ha enfatizado aún más la necesidad de mejorar la resiliencia al estrés, entendida como el incremento de la capacidad de los profesionales para responder de manera productiva ante cambios significativos relacionados con el trabajo o para soportar la presión para alcanzar resultados (Home & Orr, 1997), y por consiguiente, la necesidad de generar estrategias para responder eficazmente a los factores estresantes por parte de las instituciones de salud. Debe haber una inversión para salvaguardar la salud mental de este colectivo y reducir el estrés tanto como sea posible (Callus et al., 2020). Así, los profesionales sanitarios en general, y los dedicados a la salud mental en particular, necesitan apoyo para mantener unos niveles adecuados de motivación y productividad, y para prevenir los efectos del estrés y el burnout sobre su bienestar físico y mental.

Las intervenciones para el manejo del estrés pueden clasificarse en torno a tres niveles de prevención: prevención primaria, en donde se encuadran las iniciativas para eliminar los factores causales del estrés; prevención secundaria, en donde se encuadran los programas de apoyo al personal para reducir el nivel de estrés evitando así el desarrollo de condiciones de mayor gravedad, crónicas o discapacitantes; y prevención terciaria, en donde se encuadran los programas de asistencia a los empleados con problemas o trastornos ya

existentes y que incluyen psicoterapia, tratamiento médicos o actividades de rehabilitación, entre otros (Lai et al., 2020).

Los programas de prevención secundaria pueden agruparse en dos categorías: las intervenciones dirigidas a la organización y las dirigidas al individuo (van Wyk & Pillay-van Wyk, 2010). Históricamente, la responsabilidad del manejo adecuado del estrés ha recaído en el propio profesional, de manera que esta orientación individual ha llevado principalmente al desarrollo de intervenciones destinadas a quienes presentan síntomas de estrés, con una relativa escasez de intervenciones orientadas a la prevención y manejo de los factores estresantes en el lugar de trabajo (Cottrell, 2001). Así lo señaló también una revisión Cochrane acerca de intervenciones preventivas del estrés para los profesionales sanitarios (van Wyk & Pillay-van Wyk, 2010), dándose mayoritariamente intervenciones de capacitación en diversas técnicas de manejo del estrés en comparación con las intervenciones dirigidas a la organización.

En los profesionales de la salud, dentro de las intervenciones efectivas dirigidas a la organización, se encuentran los cambios en las condiciones de trabajo (horario laboral, tipo de atención ofrecida) o el aumento de las habilidades de comunicación; y dentro de las segundas, se puede diferenciar tres categorías principales: terapia cognitivo-conductual (TCC), relajación física (p. ej., masajes, relajación muscular progresiva, entrenamiento autógeno) o mental (p. ej., meditación, imaginería guiada, ejercicios de respiración) y la combinación de ambas (Ruotsalainen et al., 2015). Las técnicas de meditación se clasifican según se enfatice la concentración, la autotranscendencia (meditación trascendental, que enfatiza el uso de un mantra) o el mindfulness (Goyal et al., 2014).

Esta Tesis Doctoral se centra en las estrategias de prevención secundaria a nivel del individuo para reducir el estrés laboral, la ansiedad y el burnout. En los últimos años, instituciones y organizaciones de todo el mundo han desarrollado, implementado e investigado intervenciones a nivel individual para empoderar a sus empleados de manera que puedan enfrentar los contratiempos en el lugar de trabajo. En la revisión Cochrane llevada a cabo por van Wyk & Pillay-van Wyk (2010), los autores concluyeron que no había evidencia suficiente de la efectividad de las intervenciones de capacitación en manejo del estrés para reducir el estrés laboral y prevenir el burnout entre los trabajadores de salud mental más allá del periodo de intervención. Un meta-análisis realizado acerca de los programas de meditación para la mejora del estrés y el bienestar señaló reducciones de

pequeñas a moderadas en múltiples dimensiones negativas asociadas al estrés (Goyal et al., 2014). En una reciente revisión (Velana & Rinkebaier, 2021) se ha señalado que, existiendo una amplia gama de intervenciones disponibles para la relajación y el manejo del estrés, aquéllas que incluyen componentes cognitivo-conductuales podrían ser eficaces para la disminución del estrés entre las enfermeras. Ruotsalainen et al. (2015) indicaron que había una baja calidad en las investigaciones que han mostrado que las técnicas cognitivo-conductuales y la relajación mental y física reducían el estrés y que no se mostraban más eficaces que otras intervenciones alternativas, como pueden ser el cuidado de la piel, la asistencia de un psicólogo a las reuniones de personal o el tratamiento adecuado de dolencias somáticas como la diabetes o el asma (Ruotsalainen et al., 2015). En una investigación con profesionales de ayuda, Cieszar-Andersen et al. (2021) mostraron la efectividad de las intervenciones de yoga para la reducción de la sintomatología asociada a distintos trastornos mentales (estrés, ansiedad, depresión) y físicos (trastornos musculoesqueléticos).

La evidencia sobre la efectividad de intervenciones para el manejo del estrés en los trabajadores de la salud mental, realizadas principalmente en Estados Unidos, ha destacado los siguientes puntos: (1) los talleres de crecimiento personal no resultan efectivos para reducir los niveles de burnout, aunque sí lo son si se combinan con un periodo de consulta de seguimiento; (2) los programas intensivos de reducción al estrés parecen ser especialmente eficaces en las mujeres en riesgo de burnout; y (3) tener un periodo de formación interdisciplinaria aumenta la satisfacción y motivación al incrementarse el número de compañeros disponibles en la interacción profesional (Edwards et al., 2002). Por otra parte, las técnicas de relajación, entrenamiento en técnicas conductuales, talleres para el manejo del estrés y el entrenamiento en habilidades terapéuticas han resultado efectivas para el manejo del estrés en las enfermeras de salud mental (Burnard, 2003).

En definitiva, aunque muchas intervenciones parecen prometedoras para disminuir el estrés y mejorar el bienestar de los profesionales de salud mental, hay otro cuerpo de evidencia que señala solo efectos moderados o incluso nulos, por lo que se requiere más investigación en este campo. Hay que poner énfasis en el estudio de las técnicas de reducción del estrés más eficaces en estos tiempos difíciles y particulares, siendo necesaria más investigación para ver la efectividad de las intervenciones.

1.4 Mindfulness para los profesionales de salud mental

Actualmente, alrededor de 46 millones de personas practican algún tipo de meditación en Estados Unidos (Macinko & Upchurch, 2019), siendo una de las formas más comunes de medicina complementaria y alternativa en Occidente. La meditación mindfulness es una de las modalidades con mayor auge. Tiene su origen en la tradición budista, siendo su base la meditación *vipassana*. La práctica de mindfulness consiste en focalizar la atención en la respiración u otro objeto de meditación en el momento presente, mientras se observa el fluir de las sensaciones o de la corriente de pensamientos, aceptando lo que surja y evitando los juicios (Kabat-Zinn, 2003).

La mayoría de las IBMs se basan en los dos protocolos principales que se han desarrollado en los últimos años: *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), primer protocolo de mindfulness, desarrollado por Kabat-Zinn y su equipo en el centro médico de la Universidad de Massachusetts (1982), y *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT), desarrollado por Segal et al. (2002). Estos protocolos contemplan tres prácticas formales principales de mindfulness: el escáner corporal, el hatha yoga y la meditación. Basándose en textos de meditación tradicionales y concepciones neurocientíficas modernas, Lutz et al. (2008) distinguen entre dos tipos de meditaciones: las meditaciones de atención focalizada (también llamadas concentrativas) y las de campo/monitoreo abierto. Todas estas prácticas comparten elementos comunes. No obstante, por un lado se ha señalado que el escáner corporal y el hatha yoga están particularmente interconectados; ambos están íntimamente ligados al establecer una forma de observar las sensaciones corporales en las que el cuerpo está en contacto más completo con el mundo físico (normalmente, el suelo o una esterilla) que en las posturas del resto de prácticas (Dreeben et al., 2013). Por otro lado, las dos formas de meditación también están fuertemente relacionadas; en la mayoría de tradiciones de meditación, aunque los ejercicios de monitoreo abierto se practican después de cierta estabilidad de la atención a través de ejercicios de atención focalizada, el monitoreo abierto enfatiza la habilidad de autocontrol desarrollada inicialmente a través de la práctica de meditación de atención focalizada (Lutz et al., 2008). Teniendo en cuenta lo anterior, en la presente tesis el escáner corporal y el hatha yoga se denominarán como prácticas de mindfulness centradas en el cuerpo para diferenciarlas de las meditaciones, que se denominarán como prácticas de mindfulness centradas en la mente.

También se puede distinguir entre la meditación formal, donde se incluyen las prácticas anteriormente descritas y la meditación informal, que sería la aplicación de mindfulness en la rutina diaria (Ospina et al., 2007). Así, la práctica informal incluye ejercicios de alimentación consciente y la atención plena en actividades de la vida diaria, como cocinar, asearse, pasear o escuchar música. La práctica informal a veces se desarrolla espontáneamente a partir de una situación estresante para facilitar una respuesta más adaptativa, y puede tener efectos tan importantes, si no más, que los efectos de las prácticas formales (Davidson, 2010).

El formato de los principales protocolos (MBSR, MBCT) incluye ocho sesiones semanales grupales de 2 a 2,5 horas y un día de retiro, con prácticas individuales de 40 a 45 min/día, lo que suponen una media de 270 minutos a la semana (Goodman & Schorling, 2012). Sin embargo, se están extendiendo los programas de intervención breve para facilitar su realización en profesionales sanitarios, así como en otros ámbitos, debido principalmente a la falta de tiempo en un horario que ya de por sí es exigente (Gilmartin et al., 2017; Zeller & Levin, 2013) Así, se dan intervenciones abreviadas para los profesionales sanitarios con menos sesiones (Brady et al., 2012; Fortney et al., 2013; Manotas et al., 2014), con sesiones de menos duración (Brady et al., 2012; Horner et al., 2014), con sesiones no presenciales (Bazarko et al., 2013) o sin el día de retiro (Brady et al., 2012; Moody et al., 2013; Ruths et al., 2013). También es habitual que la cantidad mínima recomendada de práctica diaria en estos profesionales sea menor de los 40-45 minutos habituales, situándose entre los 20-30 minutos (Bazarko et al., 2013; Brady et al., 2012; Foureur et al., 2013; Horner et al., 2014; Moody et al., 2013). Además, se ha señalado la idoneidad de reducir la práctica en casa a unos 20 minutos/diarios y de reducir o eliminar el día de retiro en contextos latinos (García-Campayo et al., 2017).

En el ámbito sanitario, las IBMs se están utilizando en una diversidad de dolencias físicas, tales como: dolor, insomnio, síndrome del intestino irritable, asma o tinnitus (Crowe et al., 2016); como en dolencias mentales, tales como: depresión, ansiedad, tabaquismo o trastornos adictivos (S. B. Goldberg et al., 2018). Actualmente, el programa MBCT es un tratamiento recomendado para la depresión recurrente en Reino Unido desde 2004 (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2009).

Así, cada vez más profesionales de salud mental están viendo la utilidad de formarse en técnicas de mindfulness. Como hemos señalado anteriormente, la instrucción en mindfulness puede realizarse de manera formal, a partir de los protocolos (MBSR y MBCT)

y de manera informal, sin un protocolo establecido. Según Germer (2005), se pueden diferenciar tres formas de incorporar mindfulness en la práctica clínica de manera informal: enfoque indirecto, a través de los beneficios en los propios profesionales; enfoque directo teórico, incorporando ideas y conceptos relacionados con mindfulness; enfoque directo práctico, enseñando las prácticas directamente al usuario. Esta Tesis Doctoral se centró en el enfoque indirecto.

Las investigaciones realizadas sobre el impacto de las IBMs en los propios profesionales de la salud (mental) informan de mejoras en el estrés y la ansiedad, depresión o angustia; sin embargo, el impacto sobre el burnout sigue sin estar claro, al encontrarse conclusiones inconsistentes y, por otro lado, no sean hallado resultados significativos para la salud física (Kriakous et al., 2021; Rudaz et al., 2017; Spinelli et al., 2019). Además, como ya se ha señalado, las IBMs no solo representan un beneficio a nivel personal, sino también un beneficio indirecto para el paciente a través de la mejora en la alianza terapéutica (McCullum & Gehart, 2010; Razzaque et al., 2015). Al respecto, hay que destacar que la alianza terapéutica es un predictor significativo de la recuperación del usuario (Priebe et al., 2011) y que podría ser incluso más eficaz que el tipo de intervención (Norcross & Wampold, 2018).

1.5 Mindfulness como intervención compleja

Distintas intervenciones complejas se usan ampliamente en los servicios de salud, en la práctica de la salud pública y en distintas áreas de la política social, como el transporte, la educación o la vivienda; pueden ser definidas como intervenciones con varios componentes que interactúan entre sí y que presentan problemas singulares para ser evaluadas, como la dificultad de estandarizar el diseño, su sensibilidad a las características de los contextos en los que se aplican, o la duración y complejidad de las cadenas causales que vinculan la intervención con el resultado (Medical Research Council, 2008). Las IBMs son intervenciones complejas: en primer lugar, son multicomponentales, pues se incluyen múltiples prácticas, en una misma intervención, que interaccionan entre sí, de manera que resulta difícil evaluar si los componentes específicos de la intervención afectan diferencialmente a los distintos grupos de síntomas o si el cambio es debido a la sinergia de estos componentes múltiples; en segundo lugar, su implementación debe tener en cuenta tanto su adaptación a los diferentes contextos (clínicos y no clínicos) y culturas, como el cambio de comportamiento en los usuarios y en los propios profesionales de salud, precisando de un plan estratégico para ser implementado; en tercer lugar, incluye muchos

tipos distintos de variables resultado (orgánicas y psicológicas); y en cuarto y último lugar, permite una gran variabilidad de modelos de intervención (Chiesa & Malinowski, 2011; Colgan et al., 2017; Demarzo et al., 2015; Parsons et al., 2017).

La evidencia científica al respecto de las IBMs en profesionales de salud mental se ha basado principalmente en estudios descriptivos y pre-post sin grupo control. Los estudios de ensayos controlados aleatorios que contemplan un grupo control activo, considerados como el método más riguroso para valorar la efectividad, son muy escasos, y la comparación habitual es con un grupo control pasivo, siendo los más frecuentes la lista de espera y el tratamiento habitual (Colgan et al., 2017). Además, se reconoce cada vez más que la investigación cuantitativa es limitada cuando se trata de comprender intervenciones de salud complejas y que para comprender la complejidad de estas intervenciones se hacen necesarios métodos mixtos (Thirsk & Clark, 2017). Así, existe un interés creciente en combinar enfoques cualitativos y cuantitativos en la investigación en salud. Farquhar et al. (2011) han señalado que la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos en un enfoque mixto proporciona exhaustividad y un mayor rendimiento del conocimiento, esto es, un “todo” mayor que la suma de sus partes. El fomento de los estudios cualitativos en la investigación de mindfulness podría permitir explorar en profundidad su constructo y los procesos psicológicos involucrados (Cigolla & Brown, 2011; Proulx, 2003). En concreto, los estudios de las perspectivas de los profesionales de salud mental que se entrenan en sus prácticas meditativas posibilitan conocer la influencia en la vida personal y profesional de estos (Christopher et al., 2011; McCollum & Gehart, 2010).

1.6 Otros aspectos de importancia en la investigación en mindfulness

Para el avance hacia una atención personalizada, resulta fundamental conocer para qué tipo de personas resultan más efectivas las IBMs (Davidson & Kaszniak, 2015). Es probable que las diferencias individuales puedan contribuir a la forma en que las personas responden y se benefician de las prácticas de mindfulness (Tang et al., 2016). En las investigaciones sobre la relación entre los resultados obtenidos mediante una MBI y los rasgos de la personalidad, la mayoría de los estudios han partido del Modelo de los Cinco Grandes. Este modelo fue originalmente desarrollado por Fiske (1949) y posteriormente ampliado por otros investigadores (L. Goldberg, 1981; McCrae & Costa, 1987; Norman, 1967; Smith, 1967). Incluye cinco dominios de la personalidad: extraversión, estabilidad emocional, responsabilidad, afabilidad y apertura mental. Es el modelo más utilizado en la

investigación de la personalidad (John et al., 2008). Los estudios han coincidido en que los altos niveles previos de neuroticismo suponen mejores resultados para la ansiedad y depresión (Nyklíček & Irrmischer, 2017), afectividad negativa y estrés (Lane et al., 2007) y angustia emocional y bienestar subjetivo (de Vibe et al., 2015).

Ya que las IBMs precisan de un papel activo por parte de los participantes, el cumplimiento de la intervención y la práctica en casa son otras cuestiones clave a abordar en estas investigaciones (Kriakous et al., 2021; Parsons et al., 2017). Se ha señalado que la adherencia a la práctica diaria es clave para construir una mente consciente y experta (Grossman & Van Dam, 2011) y que uno de los factores clave para el éxito de estas intervenciones es la práctica continuada en casa (Kabat-Zinn, 2005; Segal et al., 2002). Sin embargo, practicar mindfulness no es fácil, requiere de tolerancia a dificultades como el propio enjuiciamiento y la aversión (Olendzki, 2009), por lo que se precisa de constancia, tiempo y esfuerzo. La mayor parte de los estudios que han analizado estas cuestiones se han basado en analizar el papel que juega el nivel de práctica, a veces referido como “efecto dosis” de mindfulness (Del Re et al., 2013). Se ha hipotetizado que la práctica regular tiene un impacto, entre otros, en la ansiedad o la depresión, ya sea como un impacto directo a nivel fisiológico (Davidson et al., 2003) o indirecto a través de la modificación de comportamientos cognitivos mediadores, como son la autocrítica, la rumiación o la reactividad al estrés (Arch & Craske, 2006). Sin embargo, hasta la fecha se ha realizado poco control de esta cuestión en las investigaciones. Existe una revisión (Lloyd et al., 2018) en referencia a esta cuestión, realizada sobre MBSR y MBCT, con resultados mixtos al respecto.

La mayoría de los estudios no presentan informes específicos sobre el tipo de meditación practicada por los participantes, pero es posible que algunas prácticas específicas se ajusten mejor a un conjunto particular de resultados que otros (al ser una intervención compleja). Además, el conocimiento de las prácticas preferidas entre los grupos específicos de participantes facilitaría el desarrollo de programas basados en prácticas más adecuadas para estas poblaciones, aumentando la probabilidad de adherencia a largo plazo (Ribeiro et al., 2018). Recientemente se están incluyendo este tipo de análisis en los estudios, por lo que, progresivamente, se va teniendo conocimiento de los ejercicios concretos más utilizados en distintos contextos y sus posibles beneficios (Barkan et al., 2016; Carmody & Baer, 2008; Hjeltnes et al., 2015; Quach et al., 2017; Ribeiro et al., 2018; Wyatt et al., 2014), con resultados diversos.

Por otro lado, las altas expectativas se relacionan con mayores niveles de reducción de los síntomas en las IBMs (Davidson, 2010; Finucane & Mercer, 2006; Schoultz et al., 2016; Wyatt et al., 2014). Variables como la edad o el género se incluyen de manera rutinaria en este tipo de investigaciones (MacKinnon, 2011), aunque en la mayoría de los estudios no se ha hallado correlación (Greeson et al., 2015; Kuyken et al., 2010; Wolitzky-Taylor et al., 2012). Por último, se ha indicado que las personas que cuentan con experiencia previa en meditación podrían tener mejores resultados (Giluk, 2009; Schutte & Malouff, 2014; Westbrook, 2013).

1.7 Nuevo contexto cultural: Cuba

El desarrollo y expansión de las IBMs se ha realizado principalmente en Estados Unidos, Reino Unido y otros países anglosajones. En el ámbito caribeño y latinoamericano, el recorrido de mindfulness es bastante desigual, con diversas instituciones internacionales que realizan formaciones en países como México, Argentina o Chile (Rebap Internacional, 2021; Respira Vida *Breathworks*, 2019).

Como ha señalado Kabat-Zinn (2003), es necesario considerar la sensibilidad y el entendimiento intercultural en el estudio de las prácticas meditativas. La afirmación de que las IBMs operan de manera similar en todas las culturas es una suposición relativamente no probada (Ghorbani et al., 2009). La evaluación de su validez externa permite refinarlas y fortalecerlas para poder generalizarse en nuevos contextos culturales; cuando se adaptan culturalmente, su tamaño del efecto es mayor (Griner & Smith, 2006).

En concreto, se ha destacado la necesidad de contar con estudios que examinen la eficacia en población latina (Hinton et al., 2013) y se han realizado esfuerzos por aclarar las influencias culturales y las similitudes entre los distintos países latinos, constatándose que existen diferencias en la forma de aprendizaje y el modo de practicar mindfulness (Demarzo et al., 2015; García-Campayo et al., 2017). Se ha señalado la importancia de considerar las influencias culturales del cristianismo en el desarrollo de la actividad clínica e investigadora en los países latinos; así, la institución católica pudiera desaconsejar ciertas prácticas de yoga o mente/cuerpo al relacionarse con el budismo y/o el hinduismo y hay que tener en cuenta que el término “compasión” en español y portugués tiene connotaciones de superioridad hacia el otro (García-Campayo et al., 2017). Se ha sugerido que a la hora de enseñar la meditación *metta* o de la bondad amorosa (*loving-kindness meditation*), se utilicen iconografías religiosas cristianas, como el Sagrado Corazón de Jesús (Hinton et al.,

2013). Una investigación realizada en Estados Unidos señala que los descendientes afroamericanos y latinos tienen significativamente menos probabilidades que los descendientes europeos de usar prácticas como la meditación o el Taichi y que son más propensos a rezar por razones de salud (Gillum & Griffith, 2010). Sin embargo, la puesta en marcha de IBMs en los países latinos ha consistido simplemente en el desarrollo de traducciones de los manuales de referencia (López Maya & Hernández-Pozo, 2016).

Además, cabe destacar que dentro de los englobados como “países latinos” existen importantes diferencias, que dificultan poder tratarlos como una unidad, pues se incluyen países del ámbito europeo y del latinoamericano. Más allá de las diferencias intercontinentales obvias, también dentro del contexto latinoamericano existen importantes diferencias. Por ejemplo, Fernández et al. (2000) han señalado que existen países con una fuerte presencia indígena (Bolivia, Perú) y otros con representación prácticamente nula (Cuba, Argentina); países muy colectivistas, con mayor orientación grupal (Guatemala, Panamá o Venezuela), frente a otros bastante individualistas (Argentina o Uruguay).

Las IBMs surgieron en un sistema de salud privado, para poblaciones anglosajonas, blancas y de clase media a alta (Olano et al., 2015), lo que contrasta profundamente con las características de la población cubana. Cuba es una nación con una idiosincrasia marcada por un contexto socio-político y económico singular. Cuenta con un sistema de salud público gratuito, basado en un modelo de atención comunitaria, pero con escasos recursos materiales y estructurales. Es un país con una identidad multirracial y con una vida religiosa marcada por el catolicismo, pero que se aleja del modelo más ortodoxo de la mayor parte de los países latinos, profesándose una creencia en lo sobrenatural con formas propias (Pérez Cruz, 2000). La *cubanía* es una cualidad peculiar de la cultura cubana formada por un conjunto complejo de elementos emocionales, intelectuales y volitivos (Ortiz, 1964). Los cubanos tienen una expresión verbal más intensa de las emociones positivas frente a las negativas (Fernández et al., 2000).

Por otro lado, Cuba es un país con una amplia tradición ecléctica, práctica y pragmática de recursos psicoterapéuticos en la formación de sus profesionales, entendida como una integración de los diferentes modelos psicológicos y escuelas (Morales, 2011). Recientemente, la formación en mindfulness para profesionales de la salud ha comenzado a estar presente en diversos eventos científicos, principalmente en forma de talleres y

congresos en el campo. Sin embargo, aún no se ha desarrollado ningún tipo de formación reglada.

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1 Justificación

Por todo lo anteriormente expuesto, se propone un estudio para profundizar en el estudio de las IBMs en la reducción de los niveles de ansiedad, estrés y burnout en profesionales de salud mental cubanos. Es importante analizar nuevos contextos culturales de implementación de las IBMs, como es el caso de Cuba. Mindfulness aún es poco conocido por los profesionales de salud mental cubanos, lo que convierte a este país en un candidato ideal para la investigación transcultural. Tras explorar sobre esta cuestión, no se encontró ninguna constancia de que se haya realizado un entrenamiento formal en mindfulness anteriormente en el país.

Para ello, es de interés profundizar en una serie de aspectos. En primer lugar, comprender las especificaciones culturales que pudieran influir, estudiando la aceptabilidad y la efectividad en población cubana. En segundo lugar, comparar la efectividad diferencial entre distintas prácticas de mindfulness, permitiendo aclarar aspectos que componen la multicomponencialidad de las IBMs. En tercer lugar, examinar qué factores de la personalidad podrían influir en la efectividad de estas intervenciones. En cuarto y último lugar, analizar qué piensan y qué valoran los terapeutas cubanos en su primer contacto formal con mindfulness. De esta forma, la presente Tesis Doctoral intenta enriquecer la literatura científica acerca de los mecanismos implicados en los beneficios de las IBMs sobre el bienestar de los profesionales de salud mental.

Hasta donde sabemos, esta investigación será la primera en realizarse con una muestra cubana. Además, este estudio será el primero en evaluar el impacto diferencial de dos IBMs en el bienestar relacionado con el trabajo entre los profesionales de salud mental. La integración de la investigación cuantitativa y cualitativa permite una comprensión más amplia y profunda del impacto de la intervención. Se pretende así avanzar en el desarrollo de las IBMs, más allá de establecer su eficacia, y dilucidar cómo incorporarlas en Cuba.

2.2. Objetivos generales y específicos

Se han planteado cuatro objetivos principales que, a su vez, han sido objeto de cuatro estudios previamente publicados. Cada objetivo principal se articula en una serie de objetivos específicos. Las hipótesis formuladas en relación a dichos objetivos se encuentran señalados en los artículos (véase más adelante). Enumeramos a continuación los objetivos principales y específicos:

1. Investigar la aceptabilidad y efectividad de una IBM culturalmente adaptada para profesionales de salud mental cubanos. Este objetivo se evalúa en el artículo 1 (*Aceptabilidad y efectividad de una intervención basada en mindfulness para reducir el estrés y el burnout entre los profesionales de salud mental: un estudio mixto piloto realizado en Cuba*).
 - 1.1. Evaluar la aceptabilidad de una IBM en el contexto cubano, esto es, el grado en el que la intervención resulta apropiada en términos de comportamiento (tasa de abandono y cumplimiento, evaluados cuantitativamente) y aspectos cognitivo-afectivos (percepciones, consideraciones, sentimientos, evaluadas cualitativamente).
 - 1.2. Evaluar la efectividad de dicha intervención en el contexto cubano, en términos de reducción del estrés y el burnout (evaluados cuantitativamente), así como otros posibles beneficios y dificultades de los que los participantes puedan informar (evaluados cualitativamente).
2. Comparar la efectividad de dos IBMs de formato breve, una que implique prácticas centradas en el cuerpo (escáner corporal y hatha yoga) y otra que implique prácticas centradas en la mente (atención enfocada y meditación de campo abierto) para reducir los niveles de ansiedad, estrés laboral y burnout en los profesionales de salud mental cubanos. Este objetivo se evalúa en el artículo 2 (*Comparación de dos intervenciones breves basadas en mindfulness para la ansiedad, el estrés y el burnout en profesionales de salud mental*).
 - 2.1. Analizar la efectividad diferencial de las dos IBMs de formato breve (5 semanas) de manera aislada (prácticas centradas en el cuerpo vs prácticas centradas en la mente) para las tres variables señaladas.

- 2.2. Analizar la efectividad diferencial entre ambas intervenciones combinadas (10 semanas), una a continuación de la otra (prácticas centradas en el cuerpo tras prácticas centradas en la mente vs prácticas centradas en la mente tras prácticas centradas en el cuerpo) para las tres variables señaladas.
 - 2.3. Analizar la efectividad de cada intervención a lo largo del tiempo (5 semanas, 10 semanas y a los 6 meses de seguimiento).
 3. Analizar el papel que juegan los rasgos de personalidad en la efectividad de dichas intervenciones, controlando por factores sociodemográficos (edad, sexo y experiencia previa en técnicas afines) en los profesionales de salud mental cubanos. Este objetivo se refiere a aquellas variables dependientes que demuestren ser eficaces para ambos grupos en el punto de cruce (a las 5 semanas), resultando el síndrome de burnout como variable a analizar. Este objetivo se evalúa en el artículo 3 (*Interacciones entre la personalidad y diferentes tipos de prácticas de mindfulness en la reducción del burnout en profesionales de salud mental*).
 - 3.1. Examinar qué factores de la personalidad influyen en la reducción del burnout asociado a ambas IBMs, considerando los factores de Cattell y Eber (1971).
 - 3.2. Evaluar el papel de dichos factores de personalidad sobre la cantidad de práctica efectuada en casa (tanto formal como informal) en la efectividad de ambas intervenciones.
4. Analizar las percepciones de cambio y experiencias asociadas de los profesionales de salud mental cubanos con la práctica del mindfulness, tras participar en un primer entrenamiento de mindfulness. Este objetivo se evalúa en el artículo 4 (*Perspectivas de las mujeres profesionales de salud mental sobre la práctica de mindfulness después de una capacitación de 10 semanas: un análisis de los ensayos finales*). Este objetivo se articula en los siguientes objetivos específicos:
 - 4.1. Analizar el impacto o cambios referidos al nivel intrapersonal e interpersonal (en el ámbito familiar, social y profesional) asociados a la práctica del mindfulness en Cuba.

4.2. Analizar el uso de los diferentes tipos de ejercicios de mindfulness propuestos en Cuba.

4.3. Analizar la posible existencia de aspectos negativos relacionados con la práctica del mindfulness y otros aspectos de interés que se destaquen en Cuba.

3. PRIMER ARTÍCULO (RESUMEN)

Los participantes (N = 30) fueron psicólogos cubanos que participaron en un entrenamiento en mindfulness de 10 semanas. Se adoptó un enfoque de método mixto, que involucra datos cuantitativos (medidas de estrés y agotamiento) y datos cualitativos (entrevistas semiestructuradas). El estrés se redujo significativamente desde el inicio hasta la prueba posterior ($W = -3,98$, $p < ,001$, d de Cohen = 1,08) y desde el inicio hasta el seguimiento ($W = -3,53$, $p < ,001$, d de Cohen = 0,95). Para el agotamiento, el 37,5 % de los participantes redujo los niveles desde el inicio hasta la prueba posterior/seguimiento, aunque no se alcanzó la significación estadística. La intervención se experimentó como beneficiosa, tanto en contextos personales como profesionales, con la mayoría de las experiencias positivas.

4. SEGUNDO ARTÍCULO (RESUMEN)

Se incluyeron un total de 104 profesionales cubanos de la salud mental, que participaron en un ensayo cruzado. Se asignaron a los participantes al azar en dos grupos para comparar la efectividad de dos IBMs. El grupo A recibió primero una IBM que involucraba exploración corporal y Hatha yoga (prácticas centradas en el cuerpo) y una segunda IBM que involucraba meditación de atención plena (prácticas centradas en la mente). El grupo B recibió las mismas IBM en orden inverso. Se evaluaron cuatro medidas (estrés, ansiedad, síndrome de burnout y antecedentes de burnout) en cuatro puntos de tiempo. Después de la primera IBM, no se encontraron diferencias entre los grupos. Después de la segunda IBM, ambos grupos mostraron tamaños de efecto más grandes y los cambios fueron similares entre los dos grupos. Los resultados se mantuvieron parcialmente a los seis meses de seguimiento. Estos resultados sugieren que una combinación de ambos tipos de prácticas sería la más efectiva y que el orden en que se enseñan las prácticas no altera su eficacia.

5. TERCER ARTÍCULO (RESUMEN)

Se utilizó la misma muestra que en el artículo anterior. El efecto de la personalidad (16 Factores de Personalidad de Cattell) se analizó mediante análisis de regresión. Primero, los resultados revelaron que la Vigilancia y la Estabilidad Emocional podrían moderar negativamente la efectividad de las intervenciones basadas en la atención plena. En segundo lugar, los participantes que obtuvieron una puntuación baja en Sensibilidad o Vigilancia podrían beneficiarse más de las prácticas centradas en el cuerpo (es decir, exploración corporal y prácticas de hatha yoga), pero no se encontraron resultados significativos para las prácticas centradas en la mente (es decir, meditación clásica). En tercer lugar, los participantes que obtuvieron una puntuación alta en Autosuficiencia podrían beneficiarse más de la práctica informal. Otros factores de personalidad no parecieron moderar el efecto de las intervenciones, aunque se debe considerar la experiencia previa en técnicas relacionadas.

6. CUARTO ARTÍCULO (RESUMEN)

Los ensayos finales de 26 participantes de la muestra anterior fueron analizados mediante análisis de contenido. Se identificaron seis categorías principales: (a) cambios intrapersonales, incluidas subcategorías como la reducción del estrés y el aumento de la autoconciencia; (b) cambios interpersonales, incluidas las subcategorías relacionadas con las relaciones familiares y sociales; (c) cambios en el trabajo, incluyendo empatía y mejora en la comunicación interpersonal; (d) uso de diferentes tipos de prácticas, incluyendo prácticas informales y movimientos conscientes; (e) aspectos negativos de la práctica, incluyendo dificultades durante el aprendizaje y experiencias desagradables; y (f) otros aspectos no relacionados con la práctica, incluidas las subcategorías relacionadas con la influencia del facilitador y la empatía del grupo.

7. DISCUSIÓN

El nivel de bienestar psicológico de los profesionales sanitarios no sólo les afecta a ellos, sino también a los usuarios que atienden y a las instituciones en las que trabajan (Organización Internacional del Trabajo, 2016). Por tanto, contar con profesionales sanos debería ser una prioridad en los servicios de salud mental. En concreto, la ansiedad, el estrés y el burnout son un problema importante entre los profesionales de salud mental (enfermeras de salud mental, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales y otros), pues existen estresores que son propios de esta disciplina (Rössler, 2012).

Debe destacarse que en el momento de la elaboración de la discusión de esta Tesis Doctoral, la crisis sanitaria debida a la pandemia por COVID-19 ha generado mayores necesidades de salud mental (Grover et al., 2020). Así, la situación pandémica ha afectado especialmente a los profesionales de salud mental (Al Joboory et al., 2020; Baumgart et al., 2021; Janeway, 2020; Mellins et al., 2020; Roncero et al., 2020). Por tanto, el papel de los trabajadores de la salud mental de vital importancia, si cabe ahora más que nunca (Grover et al., 2020).

Aunque la investigación sobre mindfulness ha reportado mejoras en términos de estrés y constructos relacionados en estos profesionales, se hace necesario profundizar sobre su implementación en diferentes contextos culturales (Griner & Smith, 2006; Kabat-Zinn, 2003), como es el caso de los países latinos (García-Campayo et al., 2017; Hinton et al., 2013). Así, los estudios que estructuran esta Tesis Doctoral fueron realizados en La Habana (Cuba), comprobándose la idoneidad cultural de las intervenciones implementadas. Además, se analizó qué piensan y cómo valoran los terapeutas cubanos su primer contacto formal con mindfulness.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que las IBMs son una intervención compleja y que, por lo tanto, se debe su carácter multicomponente, entre otros aspectos (Chiesa & Malinowski, 2011; Colgan et al., 2017; Demarzo et al., 2015; Parsons et al., 2017). Por ello, se hace preciso realizar estudios que desmantelen las diferentes prácticas que se incluyen dentro de las IBMs, para conocer si existe una efectividad diferencial entre ellas (Parsons et al., 2017). También es necesario aclarar la efectividad de las IBMs sobre el burnout, pues los resultados son inconsistentes entre los distintos estudios (Green & Kinchen, 2021; Janssen et al., 2018; Kriakous et al., 2021; Rudaz et al., 2017; Spinelli et al., 2019; Suyi et al., 2017). También hay que estudiar la durabilidad de los beneficios de las IBMs con el tiempo (Kriakous et al., 2021; Rudaz et al., 2017; van Wyk & Pillay-van Wyk, 2010).

Por otra parte, existen muchos posibles factores que podrían afectar a la efectividad de una IBM, como pueden ser el sexo, la edad o la experiencia previa en prácticas afines o los rasgos de personalidad (de Vibe et al., 2015). Así, conocer para qué personas una IBM es más efectiva (Davidson & Kaszniak, 2015) y si la personalidad influye en la práctica que la persona realiza en su casa resultan cuestiones fundamentales (Barkan et al., 2016; van den Hurk et al., 2011). Todos estos aspectos también se han contemplado en esta Tesis Doctoral.

La adaptación de las IBMs para unos profesionales sanitarios afectados por la disponibilidad de tiempo para participar resulta fundamental (Gilmartin et al., 2017; Zeller & Levin, 2013). Atender a todos los aspectos anteriormente señalados facilitaría que las IBMs se adaptasen a los ámbitos culturales en los que se imparten, a los objetivos de resultado y a las personas a las que se les entrena. Contar con profesionales comprometidos y relajados mejoraría la calidad de los servicios prestados y la atención al usuario, todo ello dentro de un sistema de políticas de prevención y tratamiento más amplio y personalizado.

En cuanto a la consecución del Objetivo 1 (Investigar la aceptabilidad y efectividad de una IBM culturalmente adaptada para profesionales de salud mental cubanos), la intervención fue aceptada, con una adherencia óptima en cuanto a la asistencia a las sesiones presenciales y a la cantidad de práctica realizada en casa. Respecto a la adherencia a la intervención, se ha señalado que en contextos latinos tienden a ser menor, especulándose que pueda deberse a una asistencia pasiva (es algo que se ofrece) y gratuita (Demarzo et al., 2015; García-Campayo et al., 2017). En nuestro caso, la asistencia a la intervención fue similar a otros estudios realizados en Europa (Crane et al., 2014; Ruths et al., 2013). El carácter de grupo reducido y homogéneo por lo que a la profesión se refiere podría haber favorecido la cohesión grupal, lo que se hizo evidente con la celebración espontánea que tuvo lugar en la última sesión. Se ha señalado que más allá de los efectos terapéuticos de las IBMs, la cohesión grupal es un factor que facilita la participación en la intervención (Malpass et al., 2012; Wyatt et al., 2014).

La intervención resultó efectiva, con una disminución estadísticamente significativa de los niveles de estrés con respecto a la situación en línea basal. Hubo una reducción clínicamente significativa de los niveles de burnout, aunque sin significación estadística. Estos hallazgos son congruentes con los resultados de la revisión de Janssen et al. (2018) en profesionales sanitarios, que señaló una disminución significativa del estrés percibido, pero sin conclusiones consistentes respecto a la reducción del burnout. Los participantes señalaron cambios positivos en sus vidas relacionados con la IBM, informando de beneficios tales como un mayor autoconocimiento, autocontrol, autoconfianza y aceptación sin juicios; calma, relajación y reducción del estrés; mejoras cognitivas; y mejora del sueño, lo que está en línea con estudios previos (Beckman et al., 2012; Cohen-Katz et al., 2005; Lindahl et al., 2017; Malpass et al., 2012; Morgan et al., 2015; Razzaque & Wood, 2016). En cuanto a las dificultades que hallaron, la más común fue la falta de tiempo para practicar,

ya señalado con anterioridad (Wyatt et al., 2014). Los ejercicios más practicados en el hogar fueron la meditación de atención focalizada (respiración y sonidos) y el yoga. El escáner corporal fue el ejercicio menos practicado. Sin embargo, García-Campayo et al. (2017) han señalado que los latinos se relacionan con mayor facilidad con el escaneo corporal y el movimiento consciente. La musicalidad presente en la cultura cubana podría hacer cercana la meditación con sonidos, lo cual está en consonancia con lo señalado en las formas específicas de enseñar mindfulness en la cultura latino-caribeña, donde se enfatiza fuertemente la experiencia sensorial a través de los sentidos (Hinton et al., 2013).

Los participantes reflexionaron sobre la incorporación del mindfulness en su práctica clínica, encontrando que sería beneficioso y fácil de aplicar en su contexto, aunque también señalaron algunas dificultades, destacando la formación necesaria con la que tiene que contar el instructor. Aunque un aspecto clave parece ser que el terapeuta practique esta técnica (Kabat-Zinn, 2005; Segal et al., 2002), existe una gran variedad a la hora de utilizar mindfulness en terapia. Teniendo en cuenta el eclecticismo de la psicología cubana, con una integración de diferentes modelos y escuelas (Morales, 2011), así como la dificultad de asistir a cursos de formación específicos en el país, el modelo informal de entrenamiento en mindfulness (no mediante protocolos) sería el más adaptado a la realidad cubana.

Por lo tanto, no parece que el contexto cubano precise de grandes adaptaciones para implementar una IBM y los hallazgos señalan que es una intervención culturalmente congruente. No parece necesario el uso de iconografía religiosa, recomendado en otros países latinos. Sería útil darle mayor presencia a la práctica informal y en el empleo de las técnicas formales deben tenerse en cuenta que se trata de una cultura rica en sonoridades musicales (en concreto, la meditación de atención focalizada en los sonidos). Las consideraciones logístico-procedimentales detectadas en este estudio piloto fueron tenidas en cuenta a la hora de desarrollar el ensayo clínico posterior. De esta forma, se buscó un lugar céntrico para la impartición de las sesiones, con buenas comunicaciones por transporte público; se incluyó la realización de una sesión final festiva, acorde al cierre habitual de estas formaciones en el país; se realizó una convocatoria sobredimensionada en número de participantes, ya que los cambios de centro de trabajo o responsabilidades laborales son frecuentes (además de la existencia de misiones internacionalistas y viajes al exterior) y elevan el porcentaje de inscritos que finalmente no pueden acudir a recibir la intervención; finalmente, a lo largo del desarrollo de las sesiones también se tuvo en cuenta la concepción

ecléctica, praxicista y pragmática de los recursos psicoterapéuticos en la formación de los profesionales de salud mental cubanos.

En cuanto a la consecución del Objetivo 2 (Comparar la efectividad de dos IBMs de formato breve para reducir los niveles de ansiedad, estrés laboral y burnout en los profesionales de salud mental cubanos), no se hallaron diferencias entre las prácticas centradas en la mente (esto es, meditaciones de atención focalizada y campo abierto) y las prácticas centradas en el cuerpo (esto es, escáner corporal y yoga). Estos resultados contrastan con los de un estudio cualitativo en el que los participantes se sentían menos estresados practicando el escáner corporal en comparación con la meditación, aunque en ese estudio la muestra estaba formada por veteranos, que suelen estar traumatizados (Colgan et al., 2017). Nuestros resultados también contrastan con otro estudio comparativo de cuatro grupos: mindfulness sin movimiento (meditación y escáner corporal), yoga, mindfulness completo (meditación y escáner corporal y yoga) y control activo (Hunt et al., 2018). En este estudio, solo el grupo de yoga mostró diferencias significativas para la ansiedad.

Los resultados no permiten concluir que exista una diferencia en la efectividad de las IBMs según la secuencia de implementación de las prácticas. Así, comenzar una IBM instruyendo en las prácticas centradas en la mente en primer lugar podría ser tan efectivo como comenzar la IBM con prácticas centradas en el cuerpo. Estos resultados contradicen el orden recomendado para enseñar mindfulness, siendo las prácticas centradas en el cuerpo, y en concreto el escáner corporal, las primeras técnicas formales a instruir (Cebolla & Campos, 2016; Dreeben et al., 2013; Kabat-Zinn, 1994). Sin embargo, cabe señalar que tras el escáner corporal, la siguiente enseñanza en MBSR es la atención enfocada (a través de la meditación de la respiración), luego se incorporan prácticas de yoga y, finalmente, se añade la monitorización abierta en las últimas sesiones (Kabat-Zinn, 1994). De esta manera, las prácticas centradas en el cuerpo y la mente se enseñan en orden mixto. Nuestros resultados señalarían que el orden en que se instruyen las prácticas no hace variar la efectividad de las IBMs para las medidas analizadas.

Sin embargo, asumiendo que las MBI breves (4-5 semanas) son tan efectivas como las MBI estándar (8 semanas), según han señalado estudios previos (Demarzo et al., 2017; Kriakous et al., 2021), el uso combinado de ambos tipos de prácticas (centradas en la mente y en el cuerpo) sería más efectivo que usarlos por separado para reducir el estrés, la ansiedad y el síndrome y antecedentes de burnout, con un mayor efecto en los dos primeros. Estos

resultados están en línea con los hallazgos de un metaanálisis que informó que MBSR es más poderoso que la meditación de atención plena clásica en el bienestar psicológico (Eberth & Sedlmeier, 2012). Por otro lado, los resultados son consistentes con una revisión que encontró resultados significativos en burnout (Rudaz et al., 2017) y con una revisión en profesionales de la salud, con menor efectividad para el burnout que para la ansiedad y el estrés (Spinelli et al., 2019). Se ha señalado que el entrenamiento combinado de mindfulness tiene una ligera ventaja en algunos resultados psicológicos (Hunt et al., 2018). Así, los mecanismos de acción del mindfulness trabajarían de forma sinérgica, estableciendo un mayor proceso de autorregulación (Hölzel et al., 2011). Finalmente, en cuanto a la efectividad en el tiempo, estos resultados están en línea con la evidencia meta-analítica que ha informado de disminuciones de la efectividad de las IBMs a lo largo del tiempo, sin dejar de ser efectivos (Goyal et al., 2014; Khoury et al., 2015).

En cuanto a la consecución del Objetivo 3 (Analizar el papel que juegan los rasgos de personalidad en la efectividad de dichas intervenciones, controlando por factores sociodemográficos en los profesionales de salud mental cubanos), los resultados revelaron que los dos factores de personalidad estabilidad emocional y vigilancia podrían moderar negativamente a la efectividad de las IBMs. Esto significa que los individuos situados en el rango bajo de la escala de vigilancia, más inclinados a ser confiados (desprevenidos, aceptación, incondicional, fácil) y los situados en el rango bajo de estabilidad emocional escala, más inclinados a ser muy tensos (reactivos emocionalmente, cambiantes, afectados por sentimientos, fácilmente molesto), se beneficiarían más de las IBMs. Así, las IBMs funcionarían mejor en un perfil de personalidad neurótica, mejorando la capacidad de regulación emocional.

Los participantes con baja puntuación en sensibilidad, quienes tienen mayor tendencia a ser duros (utilitarios, autosuficientes, sensatos, objetivos) y en vigilancia (individuos con mayor tendencia a ser confiados) se beneficiarían más de las prácticas centradas en el cuerpo (es decir, escáner corporal y yoga). Así, estos rasgos conllevarían que la persona participara más fácilmente, estando más abierta al contenido y los ejercicios implementados y con un mayor compromiso desde el principio, lo que sería más importante en prácticas centradas en el cuerpo. La ausencia de resultados moderadores de la personalidad en las prácticas centradas en la mente (esto es, meditaciones) indicaría que el impacto de ciertos rasgos de

personalidad sería diferente para las prácticas centradas en el cuerpo frente a las centradas en la mente, con una mayor influencia de las primeras.

Los participantes con alta puntuación en autosuficiencia, que están más inclinados a ser autosuficientes (solitarios, ingeniosos, individualistas), y baja puntuación en vigilancia (confiados), se beneficiarían más de la práctica informal en la reducción del burnout durante una IBM de prácticas centradas en el cuerpo. La importancia de ser confiado y autosuficiente a la hora de practicar el mindfulness informal tiene sentido cuando se relaciona con las características de la práctica informal: son prácticas libres (no guiadas), autónomas e individuales. Tal vez las personas confiadas y autosuficientes se sientan más cómodas haciendo prácticas informales, sintiéndose así más efectivas. Cada uno los integra en su vida personal a su manera, eligiendo qué ejercicio hacer, cuándo y durante cuánto tiempo.

Asumiendo las correlaciones de los rasgos de personalidad de Cattell con el Modelo de los Cinco Grandes (Rossier et al., 2004), las IBMs funcionaría mejor en un perfil de personalidad neurótico (con baja estabilidad emocional), ya que se mejoraría la capacidad de regulación emocional (de Vibe et al., 2015). Barkan et al. (2016) señalaron que las personas con puntuajes altos en amabilidad tendrían más probabilidades de cumplir mejor a corto plazo, lo que es consistente con los resultados de este estudio (puntuaciones bajas en vigilancia).

Sobre el papel de las variables de control (edad, sexo y experiencia previa en técnicas afines), las personas con más experiencia se beneficiaron más de las IBMs, lo que va en línea con lo señalado en estudios previos (Westbrook, 2013). DeVibe et al. (2015) sugirieron que podría estar relacionado con un mayor nivel de mindfulness disposicional previo en personas experimentadas. Sería particularmente beneficioso en las prácticas centradas en la mente. Sin embargo, debe señalarse que estos efectos desaparecieron cuando la personalidad se introdujo en los modelos. No se hallaron resultados significativos para sexo o edad.

En cuanto a la consecución del Objetivo 4 (Analizar las percepciones de cambio y experiencias asociadas de los profesionales de salud mental cubanos con la práctica del mindfulness, tras participar en un primer entrenamiento de mindfulness), los participantes informaron de los beneficios relacionados con las IBMs (disminución del estrés, mejora de la autoconciencia y aceptación sin juicio, mejora en los procesos cognitivos y la concentración, mejora del bienestar físico relacionados con el dolor y otros síntomas de

enfermedades orgánicas, crecimiento personal, mayor autoconfianza, mejora del estado del ánimo y del sueño). Estos hallazgos son congruentes con los identificados en el primer artículo de la presente Tesis Doctoral y con los resultados señalados para poblaciones no clínicas y para profesionales de la salud en estudios previos (Beckman et al., 2012; Eberth & Sedlmeier, 2012; Morgan et al., 2015; Rudaz et al., 2017; Wyatt et al., 2014).

Estrechamente relacionado con estos cambios intrapersonales, la práctica de mindfulness se consideró como un facilitador para mejorar las relaciones y el desempeño profesional. De hecho, algunos participantes parecieron percibir más claramente cómo la atención plena los había afectado personalmente cuando hablaban de sus relaciones interpersonales. Los participantes indicaron que el desarrollo de un mayor estado de presencia les influyó en la mejora de la comunicación y una mayor tolerancia y empatía. La relación con los demás es una de las categorías clave señaladas en las revisiones, tanto en poblaciones clínicas (Wyatt et al., 2014) como en profesionales sanitarios (Morgan et al., 2015). En concreto, la mejora de las relaciones familiares y de compañeros de trabajo también ha sido reportada en otros estudios con profesionales sanitarios (Cohen-Katz et al., 2005; Razzaque & Wood, 2016).

El uso del mindfulness sería una forma de estar presente en la terapia y, a través de una disposición consciente y presente, siendo compasivo, sin juzgar y sin perjuicio del otro, con el que es posible estar en sintonía (estado de resonancia mental). En estudios realizados a terapeutas en formación (McCollum & Gehart, 2010; Rimes & Wingrove, 2011), los participantes indicaron que incorporar un mayor estado de presencia influía en la mejora de la comunicación y una mayor tolerancia, comprensión, aceptación y empatía en el ámbito profesional, aspectos también señalados por los participantes de nuestro estudio. Existe una correlación positiva entre las habilidades de atención plena del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica (Wexler, 2006).

La satisfacción con los diferentes tipos de ejercicios propuestos fue desigual. Específicamente, las prácticas informales, los movimientos conscientes y la meditación focalizada en la respiración fueron los más valorados. Destacó el uso de la práctica informal durante las tareas del hogar, lo que seguramente estuvo relacionado con el género de la muestra, como sucedió en el estudio de enfermeras de Cohen-Katz et al. (2005). La práctica de la meditación de conciencia abierta había aumentado en el seguimiento, lo que posiblemente se relacione con una menor dificultad para concentrarse, referido al inicio del

entrenamiento y vinculado principalmente a esta meditación. Sin embargo, un participante encontró dificultades en la práctica informal debido a que no tenía un tiempo específico para practicar. Los participantes también sugirieron algunos aspectos negativos relacionados con la práctica del mindfulness, incluyendo dificultades para aprender y mantener la práctica y experiencias desagradables al practicar, como frustración, malestar o aburrimiento. La dificultad para concentrarse y la falta de tiempo y constancia son aspectos reportados tanto en la población clínica (Wyatt et al., 2014) como en los profesionales (Morgan et al., 2015). Las experiencias desagradables a las que se hace referencia en este estudio también se han observado en trabajadores de la salud (Morgan et al., 2015). Finalmente, la influencia del facilitador y la cohesión del grupo fueron otros aspectos relevantes destacados.

Los participantes de este estudio también reflexionaron sobre el enfoque directo para integrar la atención plena de manera informal en la práctica clínica (enseñar mindfulness a los pacientes), aunque el objetivo del entrenamiento fuera aplicarlo en la vida personal del profesional. Aunque en algunos estudios los terapeutas señalaron la necesidad de una mayor formación antes de utilizar mindfulness con los pacientes (Christopher et al., 2011; de Zoysa et al., 2014), Pollak (2013) sostiene que incluir mindfulness de forma informal en terapia no requiere un entrenamiento excesivo. Así, la mayoría de los estudios con profesionales/terapeutas en formación en mindfulness mostraron la intención de aplicar mindfulness en la práctica clínica, aunque el objetivo de la formación fuera aplicarlo en la vida personal del profesional (Christopher et al., 2011; de Zoysa et al., 2014). Se ha hipotetizado que el grado de uso de mindfulness en terapia depende del nivel de comodidad del terapeuta (quienes mantienen la práctica personal tienen más confianza) y del nivel de comodidad del paciente en el uso de mindfulness (Christopher et al., 2011), lo cual está en línea los hallazgos de este estudio. Se advierte que los profesionales que se centran en aprender técnicas que puedan utilizar con sus pacientes están menos motivados para superar las barreras a la práctica que aquellos cuyo interés es el autocuidado. Por tanto, un aspecto clave en la formación de los profesionales puede estar en el análisis de la motivación inicial (Morgan et al., 2015).

Hay aspectos singulares relacionados con el contexto cubano a destacar. Primero, la importancia de la familia en Cuba. En este estudio, los participantes notaron que practicar en grupo resultaba más fácil. Por lo tanto, animar a los participantes a incluir a otras personas de su entorno, como familiares, en su práctica habitual, debería promover la continuidad a largo plazo de la práctica. Las familias latinas suelen ser numerosas, con gran comunicación

entre sus miembros y con contactos frecuentes (García-Campayo et al., 2017). En Cuba es común que distintas generaciones de una misma familia compartan el mismo hogar y es un país colectivista (Fernández et al., 2000). Así, aunque profesionales de otras culturas señalaron haber experimentado la práctica con familiares y personas de su entorno (Morgan et al., 2015), la familia y los grupos podrían adquirir un papel crucial en Cuba. Segundo, el rol del cuerpo: Los latinos tienden a mostrar su cuerpo y hacer contacto físico directo con mayor facilidad (García-Campayo et al., 2017). La soltura y naturalidad con la que una de las participantes habló sobre el mindfulness en la sexualidad estaría en consonancia con esta línea de pensamiento. Sin embargo, la meditación de la atención focalizada (en la respiración) fue la práctica formal más exitosa, seguida por el yoga; y la exploración corporal no se practicó especialmente, lo que resultado congruente en con los hallazgos del primer artículo. Tercero, acerca de las influencias culturales religiosas y en consonancia con lo hallado al respecto en el primer artículo, en este estudio los participantes no explicitaron aspectos relacionados con la espiritualidad y las creencias religiosas. Por ello, no resultaría necesario considerar la influencia del cristianismo en la implementación de IBMs en Cuba, aspecto señalado por García-Campayo et al. (2017) para los países latinos. Al respecto, hay que tener en cuenta la singularidad política en un país con identidad multirracial y una vida religiosa no marcada por la ortodoxia (Pérez Cruz, 2000). Cuarto, es poco probable que los cubanos reporten efectos negativos si no se les pregunta expresamente. Existen factores culturales, raciales y étnicos que inciden en la experiencia y expresión de las emociones (Hofmann & Hinton, 2014), siendo Cuba un país con una expresión verbal más intensa de emociones positivas en comparación con las negativas (Fernández et al., 2000). Por lo tanto, la importancia de trabajar sobre las experiencias iniciales negativas y los obstáculos para la práctica es fundamental para comprender y mantener la práctica.

7.1 Limitaciones

La presente tesis presenta diversas limitaciones generales. En primer lugar, las muestras presentaron características muy específicas, profesionales de salud mental cubanos de La Habana que decidieron participar en un entrenamiento de mindfulness, siendo principalmente mujeres en edad adulta. Esto limita la generalización de los resultados a otros profesionales ni a muestras clínicas. Una muestra más diversa podría arrojar resultados diferentes. Pudo haber un sesgo en el muestreo de los participantes, por una autoselección de personas interesadas en este tipo de intervenciones.

Existe un riesgo de que los datos presentados (mediciones subjetivas) estén sobreestimados por deseabilidad o adecuación social con lo recomendado o referido por el facilitador. Hubo sujetos que declinaron ser entrevistados o escribir el ensayo final y hay importantes abandonos en las sesiones de seguimiento, que pudieran ser las personas con experiencias más negativas de la intervención y/o menor adherencia a la misma de las que no se obtuvo información. En cuanto a la práctica en casa, no se valoró la calidad de la misma y la medición de la cantidad pudo contener estimaciones inexactas, más aún de la práctica informal, por las dificultades inherentes en las medidas de autoinforme. En nuestro estudio, esto se intentó compensar al subestimar los datos perdidos mediante un criterio conservador de contabilización. Acerca del estudio cualitativo, los ensayos finales se llevaron a cabo al final de un curso de extensión largo. Muchas de las afirmaciones de la muestra son de naturaleza retrospectiva, por lo que la relación temporal es difícil de evaluar y pueden producirse sesgos de información.

Respecto al tamaño muestral, destaca el reducido tamaño del estudio mixto inicial, factor importante a la hora de obtener significación estadística y que imposibilitó el control de las variables sociodemográficas y otras características relevantes en la efectividad de los resultados. Los resultados del ensayo clínico también podrían estar limitados por un tamaño de la muestra demasiado modesto como para alcanzar significación estadística en el análisis de regresión secundario, al dividir la muestra en dos grupos. Los rangos de los intervalos de confianza de los tamaños de efecto calculados fueron grandes, por lo que el nivel de imprecisión es relevante.

Se ha señalado que en los estudios que analizan la influencia de las IBMs en población no clínica (donde los participantes muestran niveles de afectación bajos en el estado basal) es difícil detectar mejoras o cambios con los métodos estadísticos tradicionales, por el llamado efecto suelo (Grégoire & Lachance, 2015). Por ello se recomiendan los análisis predictivos. Este análisis complementario no fue posible en este estudio, ya que no hubo un grupo de control inactivo. Del mismo modo, respecto al análisis de la personalidad del tercer estudio, la falta de asociación estadísticamente significativa con algunos rasgos de personalidad podría deberse a unos niveles iniciales relativamente bajos de burnout.

A la hora de elegir instrumentos psicométricos, existió la limitación de seleccionar cuestionarios validados. Es importante considerar la dificultad para encontrar cuestionarios

de uso internacional validados en Cuba. Además, se ha señalado que en los países latinoamericanos no se han desarrollado modelos conceptuales del burnout propios, validando instrumentos diseñados en otros contextos, lo que no permite comprender con mayor profundidad los fenómenos relacionados con el estrés laboral y el burnout en estas culturas (Díaz Bambula & Carolina Gómez, 2016). Por otra parte, actualmente el Modelo de los Cinco Grandes es el más usado en la investigación de la personalidad. Este modelo no pudo utilizarse en la presente investigación, al no estar validados para población cubana los cuestionarios de uso generalizado que lo desarrollan, por lo que la comparación con estudios previos de la personalidad fue limitada. De igual manera, tampoco se pudieron medir los niveles de mindfulness disposicional. Todas estas limitaciones conllevan una serie de sesgos que hacen necesario tomar los resultados con cierta cautela.

7.2 Futuras líneas de investigación

En futuras investigaciones sería necesario utilizar muestras diversas (en términos de género, edad, origen étnico, ocupación, demografía regional e interés/expectativas previas) para poder generalizar los resultados. Recabar información sobre la práctica del participante en técnicas afines que sí tienen presencia en Cuba (como Taichi Chuan, Chikun o yoga) resultaría pertinente. Sería recomendable incluir un grupo de control no meditativo y otro en el que se combinen todos los ejercicios siguiendo el modelo habitual en un MBI de formato breve. Acerca del análisis de las perspectivas de los participantes, sería interesante contar con mediciones longitudinales de reflexiones semanales durante el entrenamiento y seguimiento.

Futuras investigaciones deberían profundizar en la relación de la efectividad de la MBI con la cantidad y tipos de práctica en el contexto cubano. Esto permitirá una mayor flexibilidad, adaptando las intervenciones según las necesidades individuales. Resulta pertinente contabilizar las prácticas en casa con un método más objetivo que el autoinforme (por ejemplo, mediante aplicaciones en teléfonos inteligentes) y que no sólo midan la cantidad, sino también la calidad de la práctica y la relación entre ambas, para poder sacar conclusiones más precisas.

También sería necesario profundizar en el conocimiento de qué perfil tiene un buen cumplidor de la práctica domiciliaria, en relación a datos sociodemográficos, rasgos de personalidad y situación clínica. Cómo motivar a las personas a mantener la práctica de

forma regular es un aspecto desafiante en el que sería interesante profundizar, analizando entre otros, qué perfiles de personas prefieren qué tipo de ejercicios y la influencia de la cohesión grupal en el mantenimiento de la práctica. La identificación de preferencias por prácticas en relación a diferentes contextos culturales podría ser clave para mantener la práctica y su adaptación cultural en el ámbito profesional. También se necesitan investigaciones a largo plazo, con intervenciones con actualizaciones o sesiones de refuerzo que podrían tener un efecto positivo más sostenido.

Se hacen precisos estudios con una exploración más amplia de la sintomatología del burnout en el contexto cubano. Puede ser recomendable combinar la aplicación del cuestionario de burnout con otros instrumentos que midan dicho fenómeno o síntomas relacionados. Es relevante que se incorpore la medición del mindfulness disposicional en Cuba. También resulta pertinente profundizar más en el efecto diferencial de la personalidad en función del tipo de prácticas de mindfulness contempladas. En respuesta a nuestros resultados, futuras investigaciones en IBMs deberían considerar el posible papel relevante de la *Amabilidad*, habitualmente no tenida en cuenta en este tipo de estudios. Es necesario utilizar diferentes medidas, calculando las percepciones indirectamente a través de segundas perspectivas, es decir, medidas basadas en informes realizados por personas cercanas (cónyuge, compañeros de trabajo, supervisores o mediante medida del nivel de satisfacción de los pacientes con sus profesionales, especialmente de gran relevancia pues serían ciegos a la IBM). También resulta relevante incorporar medidas fisiológicas, neuroendocrino-inmunes y cognitivas.

8. CONCLUSIONES

En relación a los objetivos y resultados obtenidos en los diferentes estudios de la presente Tesis Doctoral, se establecen las siguientes conclusiones:

1. En cuanto al desarrollo de IBMs en nuevos contextos culturales, la implementación en Cuba ha sido aceptada y ha resultado efectiva para la reducción del estrés en profesionales de salud mental. A la hora de implementar IBMs en la práctica asistencial en Cuba, se deben considerar algunos aspectos relacionados con el contexto cubano, tales como la no necesidad de considerar la influencia del cristianismo, a diferencia quizá de otros países latinos, y la importancia de las

- sonoridades musicales en el empleo de las técnicas formales (Objetivos 1 y 2, Artículo 1).
2. En cuanto al desmantelamiento de las prácticas de las IBMs, no hay diferencia de efectividad entre las prácticas de meditación de mindfulness (meditaciones de atención focalizada y campo abierto) y las otras prácticas, más conectadas con el cuerpo (escáner corporal y yoga) para la reducción del estrés, la ansiedad o el burnout, en profesionales de salud mental. Si bien, la combinación de ambos tipos de prácticas en una misma IBM parece ser lo más efectivo. La secuencia de implementación (en primer lugar, prácticas centradas en el cuerpo y, en segundo lugar, prácticas centradas en la mente, o viceversa) no parece alterar la efectividad de las intervenciones. Después de 6 meses de seguimiento, la efectividad disminuye (Objetivos 3, 4 y 5, Artículo 2).
 3. En cuanto a la influencia de la personalidad, parece existir una influencia moderadora negativa para la reducción del burnout de ciertos factores básicos de personalidad, esto es, estabilidad emocional (que hace referencia a la capacidad de adaptación), suspicacia (que hace referencia al grado de confianza o desconfianza hacia los demás) y sensibilidad (que hace referencia al predominio de los aspectos emocionales frente a los racionales en la conducta), en las intervenciones basadas en mindfulness (este último, en las intervenciones con prácticas centradas en el cuerpo, en concreto) y una influencia moderadora positiva del factor de personalidad autosuficiencia (que hace referencia al grado de independencia personal) en el impacto de la práctica de mindfulness informal (Objetivos 6 y 7, Artículo 3).
 4. En cuanto a la experiencia subjetiva de participar por primera vez en una IBM, los profesionales de salud mental cubanos señalan beneficios intrapersonales e interpersonales (en las relaciones y el desempeño profesional) y aspectos negativos comunes a otros contextos culturales. La influencia del facilitador y la cohesión del grupo son otros aspectos relevantes destacados. Las prácticas más idóneas para la población cubana son inciertas. Un abordaje laico e informal de mindfulness (no basado en un protocolo estandarizado) sería la forma más adaptada para su aplicación clínica en Cuba (Objetivos 8,9 y 10, Artículo 4).

9. REFERENCIAS

- Al Joboory, S., Monello, F., & Bouchard, J. P. (2020). PSYCOVID-19, psychological support device in the fields of mental health, somatic and medico-social. *Annales Medico-Psychologiques*, 178(7), 747-753.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2020.06.008>
- Arch, J. J., & Craske, M. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour research and therapy*, 44(12), 1849-1858. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007>
- Barkan, T., Hoerger, M., Gallegos, A. M., Turiano, N. A., Duberstein, P. R., & Moynihan, J. A. (2016). Personality predicts utilization of mindfulness-based stress reduction during and post-intervention in a community sample of older adults. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(5), 390-395.
<https://doi.org/10.1089/acm.2015.0177>
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minami, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing specificity in psychotherapy: A meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 973-979. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.973>
- Baumgart, J. G., Kane, H., El-Hage, W., Deloyer, J., Maes, C., Lebas, M.-C., Marazziti, D., Thome, J., Fond-Harmant, L., & Denis, F. (2021). The Early Impacts of the COVID-19 Pandemic on MentalHealth Facilities and Psychiatric Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 8034. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158034>
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of workplace behavioral health*, 28(2), 107-133.
<https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518>
- Beckman, H. B., Wendland, M., Mooney, C., Krasner, M. S., Quill, T. E., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2012). The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Academic Medicine*, 87(6), 815-819. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253d3b2>

- Bensabat, S. (1987). *Stress: Grandes especialistas responden*. Mensajero.
- Brady, S., O'Connor, N., Burgermeister, D., & Hanson, P. (2012). The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(3), 129-137.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00315.x>
- Burnard, E. D. (2003). Review: stress is a problem for mental health nurses but research on interventions is insufficient. *Journal of Advanced Nursing*, 42(2), 169-200. <https://doi.org/10.1136/ebmh.6.4.126>
- Callus, E., Bassola, B., Fiolo, V., Bertoldo, E. G., Pagliuca, S., & Lusignani, M. (2020). Stress Reduction Techniques for Health Care Providers Dealing With Severe Coronavirus Infections (SARS, MERS, and COVID-19): A Rapid Review. *Frontiers in Psychology*, 11(December), 1-11.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589698>
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s10865-007-9130-7>
- Cattell, R. B., & Eber, H. W. (1971). *Manual de aplicación del test 6 PF de R.B. Cattell* (2.^a ed.). Centro de Psicología Aplicada.
- Cebolla, A., & Campos, D. (2016). Enseñar mindfulness: contextos de instrucción y pedagogía [Teaching mindfulness: contexts of instruction and pedagogy]. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 103-118.
<https://doi.org/10.33898/rdp.v27i103.107>
- Çelmeçe, N., & Menekay, M. (2020). The effect of stress, anxiety and burnout Levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Frontiers in Psychology*, 11, 597624.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.597624>
- Chacón, M. (2013). Síndrome de desgaste profesional en enfermeras cubanas: un problema que sale de las sombras. *MEDICC Rev.*, 15(4).
<http://medicc.org/mediccreview/pdf.php?lang=&id=333.esp>

- Cheng, W., Zhang, F., Hua, Y., Yang, Z., & Liu, J. (2020). Development of a psychological first-aid model in inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *General Psychiatry, 33*(3). <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100292>
- Chiesa, A., & Malinowski, P. (2011). Mindfulness-based approaches: Are they all the same? *Journal of Clinical Psychology, 67*(4), 404-424. <https://doi.org/10.1002/jclp.20776>
- Christopher, J. C., Chrisman, J., Trotter-Mathison, M., Schure, M., Dahlen, P., & Christopher, S. (2011). Perceptions of the long-term influence of mindfulness training on counselors and psychotherapists: A qualitative inquiry. *Journal of Humanistic Psychology, 51*(3), 318-349. <https://doi.org/10.1177/0022167810381471>
- Ciezar-Andersen, S. D., Hayden, K. A., & King-Shier, K. M. (2021). A systematic review of yoga interventions for helping health professionals and students. *Complementary Therapies in Medicine, 58*, 102704. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2021.102704>
- Cigolla, F., & Brown, D. (2011). A way of being: Bringing mindfulness into individual therapy. *Psychotherapy Research, 21*(6), 709-721. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.613076>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S., Capuano, T., Baker, D. M., Deitrick, L., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice, 19*(2), 78-86. <https://doi.org/10.1097/00004650-200503000-00009>
- Colgan, D. D., Wahbeh, H., Pleet, M., Besler, K., & Christopher, M. (2017). A qualitative study of mindfulness among veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 22*(3), 482-493. <https://doi.org/10.1177/2156587216684999>
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 8*(2), 157-164. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2001.00373.x>
- Crane, C., Crane, R. S., Eames, C., Fennell, M. J. V., Silverton, S., Williams, J. M.

- G., & Barnhofer, T. (2014). The effects of amount of home meditation practice in Mindfulness Based Cognitive Therapy on hazard of relapse to depression in the staying well after depression trial. *Behaviour Research and Therapy*, *63*, 17-24. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.015>
- Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Crowe, M., Jordan, J., Burrell, B., Jones, V., Gillon, D., & Harris, S. (2016). Mindfulness-based stress reduction for long-term physical conditions: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *50*(1), 21-32. <https://doi.org/10.1177/0004867415607984>
- Davidson, R. J. (2010). Empirical explorations of mindfulness: conceptual and methodological conundrums. *Emotion*, *10*(1), 8-11. <https://doi.org/10.1037/a0018480>
- 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*(4), 564-570. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000077505.67574.e3>
- Davidson, R. J., & Kaszniak, A. W. (2015). Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. *American Psychologist*, *70*(7), 581-592. <https://doi.org/10.1037/a0039512>.
- de Vibe, M., Solhaug, I., Tyssen, R., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Sørli, T., Halland, E., & Bjørndal, A. (2015). Does personality moderate the effects of mindfulness training for medical and psychology students? *Mindfulness*, *6*(2), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0258-y>
- de Zoysa, N., Ruths, F. A., Walsh, J., & Hutton, J. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals: A long-term qualitative follow-up study. *Mindfulness*, *5*(3), 268-275. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0176-4>
- Del Re, A. C., Flückiger, C., Goldberg, S. B., & Hoyt, W. T. (2013). Monitoring mindfulness practice quality: An important consideration in mindfulness practice. *Psychotherapy Research*, *23*(1), 54-66. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.729275>

- Demarzo, M., Cebolla, A., & García-Campayo, J. (2015). The implementation of mindfulness in healthcare systems: A theoretical analysis. *General Hospital Psychiatry, 37*(2), 166-171. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2014.11.013>
- Demarzo, M., Montero-Marin, J., Puebla-Guedea, M., Navarro-Gil, M., Herrera-Mercadal, P., Moreno-González, S., Calvo-Carrión, S., Bafaluy-Franch, L., & Garcia-Campayo, J. (2017). Efficacy of 8- and 4-session mindfulness-based interventions in a non-clinical population: A controlled study. *Frontiers in Psychology, 8*(AUG). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01343>
- Díaz Bambula, F., & Carolina Gómez, I. (2016). La investigación sobre el síndrome de burnout en Latinoamérica entre 2000 y el 2010. *Psicología desde el Caribe, 33*(1), 113-131. <https://doi.org/10.14482/psdc.33.1.8065>
- Dimsdale, J. (2008). Psychological stress and cardiovascular disease. *Journal of the American College of Cardiology, 51*(13), 1237-1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Dreeben, S. J., Mamber, M. H., & Salmon, P. (2013). The MBSR body scan in clinical practice. *Mindfulness, 4*(4), 394-401. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0212-z>
- Eberth, J., & Sedlmeier, P. (2012). The effects of mindfulness meditation: A meta-analysis. *Mindfulness, 3*, 174-189. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0101-x>
- Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A., & Burnard, P. (2002). Stress management for mental health professionals: A review of effective techniques. *Stress and Health, 18*(5), 203-215. <https://doi.org/10.1002/smi.947>
- Fahrenkopf, A., Sectish, T., Barger, L., Sharek, P. J., Lewin, D., Chiang, V., Edwards, S., Wiedermann, B., & Landrigan, C. (2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ (Clinical research ed.), 336*(7642), 488-491. <https://doi.org/10.1136/bmj.39469.763218.BE>
- Farquhar, M. C., Ewing, G., & Booth, S. (2011). Using mixed methods to develop and evaluate complex interventions in palliative care research. *Palliative Medicine, 25*(8), 748-757. <https://doi.org/10.1177/0269216311417919>

- Fernández, I., Zubieta, E., & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez & M. M. Casullo (Eds.), *Cultural y Aleximia: ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-89). Paidós.
<http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/Itziar/FernandezCLPaidos.pdf>
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness -based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-6-14>
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(3), 329-344. <https://doi.org/10.1037/h0057198>
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., & Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *Annals of Family Medicine*, 11(5), 412-420. <https://doi.org/10.1370/afm.1511>
- Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45(1), 114-125.
<https://doi.org/10.5172/conu.2013.45.1.114>
- García-Campayo, J., Demarzo, M., Shonin, E., & Gordon, W. Van. (2017). How Do Cultural Factors Influence the Teaching and Practice of Mindfulness and Compassion in Latin Countries? *Frontiers in Psychology*, 8, 2015-2018.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01161>
- Germer, C. (2005). Mindfulness. What is it? What does it matter? En C. K. Germer, R. D. Siegel, & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 3-27). Guilford Press.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2009). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-Cultural Structural Complexity and Parallel Relationships with Psychological Adjustment. *Current Psychology*, 28, 211-

224. <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9060-3>

Gillum, F., & Griffith, D. M. (2010). Prayer and spiritual practices for health reasons among American adults: The role of race and ethnicity. *Journal of Religion and Health, 49*(3), 283-295. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9249-7>

Gilmartin, H., Goyal, A., Hamati, M. C., Mann, J., Saint, S., & Chopra, V. (2017). Brief mindfulness practices for healthcare providers – A systematic literature review. *American Journal of Medicine, 130*(10), 1219.e1-1219.e17. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>

Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Difference, 47*(8), 805-811. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.06.026>

Goldberg, L. (1981). Language and Individual Differences: The Search for Universals in Personality Lexicons. En L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology* (pp. 141-165). Sage Publication.

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 59*, 52-60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

Goodman, M. J., & Schorling, J. B. (2012). A mindfulness course decreases burnout and improves well being among healthcare providers. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(2), 119-128. <https://doi.org/10.2190/PM.43.2.b>

Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D. D., Shihab, H. M., Ranasinghe, P. D., Linn, S., Saha, S., Bass, E. B., & Haythornthwaite, J. A. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA, 174*(3), 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>

Green, A. A., & Kinchen, E. V. (2021). The Effects of Mindfulness Meditation on Stress and Burnout in Nurses. *Journal of Holistic Nursing, 39*(4), 356-368. <https://doi.org/10.1177/08980101211015818>

- Greeson, J. M., Smoski, M. J., Suarez, E. C., Brantley, J. G., Ekblad, A. G., Lynch, T. R., & Wolever, R. Q. (2015). Decreased symptoms of depression after mindfulness-based stress reduction: Potential moderating effects of religiosity, spirituality, trait mindfulness, sex, and age. *Journal of Alternative and Complementary Medicine, 21*(3), 166-174. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0285>
- Grégoire, S., & Lachance, L. (2015). Evaluation of a brief mindfulness-based intervention to reduce psychological distress at work. *Mindfulness, 6*(4), 836-847. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1007/s12671-014-0328-9>
- Griner, D., & Smith, T. B. (2006). Culturally adapted mental health intervention: A metaanalytic review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(4), 531-548. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.531>
- Grossman, P., & Van Dam, N. T. (2011). Mindfulness, by any other name...: trials and tribulations of sati in western psychology and science. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 219-239. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564841>
- Grover, S., Mehra, A., Sahoo, S., Avasthi, A., Tripathi, A., D'Souza, A., Saha, G., Jagadhisha, A., Gowda, M., Vaishnav, M., Singh, O., Dalal, P. K., & Kumar, P. (2020). State of mental health services in various training centers in India during the lockdown and COVID-19 pandemic. *Indian Journal of Psychiatry, 62*(4), 363-369. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_567_20
- Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58*, 145-173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>
- Hernández Gómez, L. (2014). *Desgaste profesional en especialistas en medicina general integral de la atención primaria de salud. Plaza de la revolución, 2007 y 2012 [Tesis doctoral. Escuela Nacional de Salud Pública]*. Repositorio de publicaciones del Ministerio de Salud Pública. <http://tesis.repo.sld.cu/936/>
- Hinton, D. E., Pich, V., Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2013). Acceptance and mindfulness techniques as applied to refugee and ethnic minority populations with PTSD: Examples from «culturally adapted CBT». *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(1), 33-46. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.09.001>

- Hjeltnes, A., Binder, P., Moltu, C., & Dundas, I. (2015). Facing the fear of failure: An explorative qualitative study of client experiences in a mindfulness-based stress reduction program for university students with academic evaluation anxiety. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(November), 1-14. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.27990>
- Hofmann, S. G., & Hinton, D. E. (2014). Cross-Cultural Aspects of Anxiety Disorders. *Current Psychiatry Reports*, 16(6), 450. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0450-3>
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Home, J. F., & Orr, J. E. (1997). Assessing behaviors that create resilient organizations. *Employment Relations Today*, 24(4), 29-39. <https://doi.org/10.1002/ert.3910240405>
- Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied Nursing Research*, 27(3), 198-201. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>
- Hunt, M., Al-Braiki, F., Dailey, S., Russell, R., & Simon, K. (2018). Mindfulness training, yoga, or both? Dismantling the active components of a mindfulness-based stress reduction intervention. *Mindfulness*, 9(2), 512-520. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0793-z>
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 176-178. <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2020.06.004>
- Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., Heijden, B. Van Der, & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees ' mental health: A

- systematic review. *PLoS ONE*, 13(1), e0191332.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191332>
- John, O. P., Naumann, L. P., & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. P. John, R. W. Robins, & L. . A. . Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114-158). Guilford.
- 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.
[https://doi.org/doi:10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are*. Hiperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
<https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
- Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness* (15^a ed.). Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kakunje, A. (2011). Stress among health care professionals - The need for resiliency. *Online Journal of Health and Allied Sciences*, 10(1), 6-8.
<https://www.ojhas.org/issue37/2011-1-1.htm>
- Kaschka, W. P., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a fashionable diagnosis. *Deutsches Ärzteblatt international*, 108(46), 781-787.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0781>
- Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009>
- Kreuzer, P. M., Baghai, T. C., Rupprecht, R., Wittmann, M., Steffling, D., Ziereis, M., Zowe, M., Hausner, H., & Langguth, B. (2020). SARS-CoV-2 Risk Management in Clinical Psychiatry: A Few Considerations on How to Deal

- With an Unrivaled Threat. *Frontiers in Psychiatry*, 11(June), 1-8.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00550>
- Kriakous, S. A., Elliott, K. A., Lamers, C., & Owen, R. (2021). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the psychological functioning of healthcare professionals: A systematic review. *Mindfulness*, 12(1).
<https://doi.org/10.1007/s12671-020-01500-9>
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3, e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lane, J. D., Seskevich, J. E., & Pieper, C. F. (2007). Brief meditation training can improve perceived stress and negative mood. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13(1), 38-44. <https://jonvasu.com/wp-content/uploads/2020/06/Brief-Meditation-Lane-and-Seskevich.pdf>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. McGraw-Hill.
- Lindahl, J. R., Fisher, N. E., Cooper, D. J., Rosen, R. K., & Britton, W. B. (2017). The varieties of contemplative experience : A mixed-methods study of meditation-related challenges in Western Buddhists. *PLoS ONE*, 12(5), e0176239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176239>
- Lloyd, A., White, R., Eames, C., & Crane, R. (2018). The Utility of Home-Practice in Mindfulness-Based Group Interventions: A Systematic Review. *Mindfulness*, 9(3), 673-692. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0813-z>
- López Maya, E., & Hernández-Pozo, M. del R. (2016). Descripción contingencial de prácticas formales de atención plena «mindfulness». *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 22(44), 49-62.
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5780842.pdf>

- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences, 12*(4), 163-169. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.01.005>.Attention
- Macinko, J., & Upchurch, D. M. (2019). Factors associated with the use of meditation, U.S. Adults 2017. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 25*(9), 1-8. <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0206>
- MacKinnon, D. P. (2011). Integrating mediators and moderators in research design. *Research on Social Work Practice, 21*(6), 675-681. <https://doi.org/10.1177/1049731511414148>.Integrating
- Malpass, A., Carel, H., Ridd, M., Shaw, A., Kessler, D., Sharp, D., Bowden, M., & Wallond, J. (2012). Transforming the perceptual situation: A meta-ethnography of qualitative work reporting patients' experiences of mindfulness-based approaches. *Mindfulness, 3*(1), 60-75. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0081-2>
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J., & McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management, 21*(2), 207-225. <https://doi.org/10.1037/a0035150>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry, 15*(2), 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- McCollum, E. E., & Gehart, D. R. (2010). Using mindfulness meditation to teach beginning therapists therapeutic presence: A qualitative study. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*(3), 347-360. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00214.x>
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 81-90.

- Medical Research Council. (2008). *Developing and Evaluating Complex Interventions: New Guidance*. www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- Mellins, C. A., Mayer, L. E. S., Glasofer, D. R., Devlin, M. J., Albano, A. M., Nash, S. S., Engle, E., Cullen, C., Ng, W. Y. K., Allmann, A. E., Fitelson, E. M., Vieira, A., Remien, R. H., Malone, P., Wainberg, M. L., & Baptista-Neto, L. (2020). Supporting the well-being of health care providers during the COVID-19 pandemic: The CopeColumbia response. *General Hospital Psychiatry*, 67(August), 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2020.08.013>
- Moody, K., Kramer, D., Santizo, R. O., Magro, L., Wyshogrod, D., Ambrosio, J., Castillo, C., Lieberman, R., & Stein, J. (2013). Helping the helpers: Mindfulness training for burnout in pediatric oncology-a pilot program. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 30(5), 275-284. <https://doi.org/10.1177/1043454213504497>
- Morales, F. (2011). La investigación en psicología de la salud en Cuba: Experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16(1), 23-30. www.scielo.br/pdf/epsic/v16n1/a04v16n1.pdf
- Morgan, P., Simpson, J., & Smith, A. (2015). Health care workers' experiences of mindfulness training: A qualitative review. *Mindfulness*, 6(4), 744-758. <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0313-3>
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in Mental Health Services: A Review of the Problem and Its Remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health*, 39(5), 341-352. <https://doi.org/10.1007/s10488-011-0352-1>
- National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. (2009). *Depression in adults: recognition and management* (Guía clínica NICE No. 90). <https://doi.org/10.1002/yd.23319925408>
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2018). A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. *Journal of Clinical Psychology*, 74(11), 1889-1906. <https://doi.org/10.1002/jclp.22678>
- Norman, W. T. (1967). *2800 personality trait descriptors: Normative operating characteristics for a university population*. Ann Arbor.

- Nyklíček, I., & Irrmischer, M. (2017). For whom does mindfulness-based stress reduction work? Moderating effects of personality. *Mindfulness*, 8(4), 1106-1116. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0687-0>
- Olano, H. A., Kachan, D., Tannenbaum, S. L., Mehta, A., Annane, D., & Lee, D. J. (2015). Engagement in mindfulness practices by US adults: Sociodemographic barriers. *Journal of alternative and complementary medicine (New York)*, 21, 100-102. <https://doi.org/10.1089/acm.2014.0269>
- Olendzki, A. (2009). Mindfulness and meditation. En F. Didonna (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness* (pp. 37-44). Springer.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Estrés en el trabajo: Un reto colectivo*. https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_466549/lang-es/index.htm
- Ortiz, F. (1964). Cubanidad y cubanía. *Islas*, VI(2), 91-96. [www.fundacionfernandoortiz.org/downloads/ortiz/Cubanidad y cubanía.pdf](http://www.fundacionfernandoortiz.org/downloads/ortiz/Cubanidad_y_cubania.pdf)
- Ospina, M. B., Bond, K., Karkhaneh, M., Tjosvold, L., Vandermeer, B., Liang, Y., Bialy, L., Hooton, N., Buscemi, N., Dryden, D. M., & Klassen, T. P. (2007). *Meditation practices for health: State of the research. Evidence Report/Technology Assessment* (Número 155). Agency for Healthcare Research and Quality (EEUU). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17764203>
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Pérez Cruz, O. (2000). *Religiosidad más extendida en Cuba. Su definición conceptual*. Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. biblioteca.clacso.edu.ar/Cuba/cips/20120827014718/gomez.pdf

- Pollak, S. (2013). Teaching mindfulness in therapy. En C. Germer, R. Siegel, & P. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (2.^a ed., pp. 133-147). The Guilford Press.
- Priebe, S., Richardson, M., Cooney, M., Adedeji, O., & McCabe, R. (2011). Does the therapeutic relationship predict outcomes of psychiatric treatment in patients with psychosis? A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(2), 70-77. <https://doi.org/10.1159/000320976>
- Proulx, K. (2003). Integrating mindfulness-based stress reduction. *Holistic Nursing Practice*, 17(4), 201-208. <https://doi.org/10.1097/00004650-200307000-00007>
- Quach, D., Gibler, R. C., & Mano, K. E. J. (2017). Does home practice compliance make a difference in the effectiveness of mindfulness interventions for adolescents? *Mindfulness*, 8(2), 495-504. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0624-7>
- Que, J., Shi, L., Deng, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, S., Gong, Y., Huang, W., Yuan, K., Yan, W., Sun, Y., Ran, M., Bao, Y., & Lu, L. (2020). Psychological impact of the covid-19 pandemic on healthcare workers: A cross-sectional study in China. *General Psychiatry*, 33(3), 1-12. <https://doi.org/10.1136/gpsych-2020-100259>
- Razzaque, R., Okoro, E., & Wood, L. (2015). Mindfulness in clinician therapeutic relationships. *Mindfulness*, 6(2), 170-174. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0241-7>
- Razzaque, R., & Wood, L. (2016). Exploration of the effectiveness and acceptability of a professional mindfulness retreat for psychiatrists. *Mindfulness*, 7(2), 340-348. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0443-2>
- Rebap Internacional. (2021, septiembre 21). *Rebap en Latinoamérica y España*. <https://rebapinternacional.com/>
- Respira Vida Breathworks. (2019, septiembre 25). *Profesores de mindfulness [Mindfulness teachers]*. <http://www.respiravida.net/profesores-mindfulness-respira-vida-breathworks>
- Ribeiro, L., Atchley, R. M., & Oken, B. S. (2018). Adherence to practice of mindfulness in novice meditators: Practices chosen, amount of time practiced,

- and long-term effects following a mindfulness-based intervention. *Mindfulness*, 9(2), 401-411. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0781-3>
- Rimes, K. A., & Wingrove, J. (2011). Pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for trainee clinical psychologists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(2), 235-241. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000731>
- Roncero, C., García-Ullán, L., de la Iglesia-Larrad, J. I., Martín, C., Andrés, P., Ojeda, A., González-Parra, D., Pérez, J., Fombellida, C., Álvarez-Navares, A., Benito, J. A., Dutil, V., Lorenzo, C., & Montejo, Á. L. (2020). The response of the mental health network of the Salamanca area to the COVID-19 pandemic: The role of the telemedicine. *Psychiatry Research*, 291(May), 113252. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113252>
- Rossier, J., De Stadelhofen, F. M., & Berthoud, S. (2004). The Hierarchical Structures of the NEO PI-R and the 16 PF 5. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 27-38. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.27>
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(Suppl 2), 65-70. <https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Rudaz, M., Twohig, M. P., Ong, C. W., & Levin, M. E. (2017). Mindfulness and acceptance-based trainings for fostering self-care and reducing stress in mental health professionals: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 380-390. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.10.001>
- Ruotsalainen, J., Verbeek, J., Mariné, A., & Serra, C. (2015). Preventing occupational stress in healthcare workers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD002892. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub5>. www.cochranelibrary.com
- Ruths, F. A., de Zoysa, N., Frearson, S. J., Hutton, J., Williams, J. M. G., & Walsh, J. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for mental health professionals. A pilot study. *Mindfulness*, 4(4), 289-295. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0127-0>
- Sandín, B. (2009). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A.

- Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología: Volumen II* (pp. 1-666). Mc Graw-Hill / Interamericana.
<http://www.untumbes.edu.pe/vcs/biblioteca/document/varioslibros/1248>.
 Manual de psicopatología. Vol. 2.pdf
- Sandín, B. (2019). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología. Volumen I* (3ª ed., Número 6, pp. 1-56). Mc Graw-Hill / Interamericana.
- Schoultz, M., Macaden, L., & Hubbard, G. (2016). Participants ' perspectives on mindfulness- based cognitive therapy for inflammatory bowel disease: a qualitative study nested within a pilot randomised controlled trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 2(3), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s40814-015-0041-z>
- Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2014). A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 45-48. <https://doi.org/http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.017>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Selye, H. (1960). *La tensión en la vida*. Cía. Gral. Fabril.
- Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad , angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Smith, G. M. (1967). Usefulness of Peer Ratings of Personality in Educational Research. *Educational and Psychological Measurement*, 27(4), 967-984. <https://doi.org/10.1177/001316446702700445>
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. Academic Press.
- Spinelli, C., Wisener, M., & Khoury, B. (2019). Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychosomatic Research*, 120, 29-38. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.03.003>

- Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of Mindfulness Intervention in Reducing Stress and Burnout for Mental Health Professionals in Singapore. *Explore, 13*(5), 319-326. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2017.06.001>
- Tang, Y. Y., Hölzel, B. K., & Posner, M. I. (2016). Traits and states in mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience, 17*(1), 59. <https://doi.org/10.1038/nrn.2015.7>
- Taylor, S. E. (1986). *Health psychology*. Random House.
- Thirsk, L. M., & Clark, A. M. (2017). Using qualitative research for complex interventions: The contributions of hermeneutics. *International Journal of Qualitative Methods, 16*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1177/1609406917721068>
- Valdivieso, J., Amador, F., Hernández, L., & Hernández de la Cantera, D. (2016). Síndrome de burnout en enfermeros que laboran en las unidades de cuidados intensivos, intermedios y coronarios del hospital «Joaquín Albarrán». *Revista Cubana de Salud y Trabajo, 17*(4), 3-11. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69088>
- van den Hurk, P. A., Wingens, T., Giommi, F., Barendregt, H. P., Speckens, A. E., & van Schie, H. T. (2011). On the relationship between the practice of mindfulness meditation and personality—an exploratory analysis of the mediating role of mindfulness skills. *Mindfulness, 2*(3), 194–200. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0060-7>
- van Wyk, B. E., & Pillay-van Wyk, V. (2010). Preventive staff-support interventions for health workers (review). *The Cochrane Collaboration, 3*, 1-35. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003541.pub2>
- Velana, M., & Rinkenauer, G. (2021). Individual-Level Interventions for Decreasing Job-Related Stress and Enhancing Coping Strategies Among Nurses: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology, 12*(July), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.708696>
- Viswanathan, R., Myers, M. F., & Fanous, A. H. (2020). Support Groups and Individual Mental Health Care via Video Conferencing for Frontline Clinicians During the COVID-19 Pandemic. *Psychosomatics, 61*(5), 538-543. <https://doi.org/10.1016/j.psym.2020.06.014>

- Westbrook, M. (2013). *The impact of personality, mindfulness, and symptoms on response to brief meditation [Trabajo Fin de Máster. Eastern Kentucky University]*. Repositorio de publicaciones Encompass de la Eastern Kentucky University. <https://encompass.eku.edu/etd/146>
- Wexler, J. (2006). The relationship between therapist mindfulness and the therapeutic alliance. *Dissertation Abstracts Internacional: Section B: The Sciences and Engineering*, 67(5-B), 2848.
<https://www.proquest.com/openview/1fcf68edc6cc4f2278a2bffc7a1bb8d2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Williams, E. S., Manwell, L. B., Konrad, T. R., & Linzer, M. (2007). The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: results from the MEMO study. *Health Care Management Review*, 32(3), 203-212.
<https://doi.org/10.1097/01.HMR.0000281626.28363.59>
- Wolitzky-Taylor, K. B., Arch, J. J., Rosenfield, D., & Craske, M. G. (2012). *Moderators and Non-Specific Predictors of Treatment Outcome for Anxiety Disorders : A Comparison of Cognitive Behavioral Therapy to Acceptance and Commitment Therapy*. 80(5), 786-799. <https://doi.org/10.1037/a0029418>
- Wyatt, C., Harper, B., & Weatherhead, S. (2014). The experience of group mindfulness-based interventions for individuals with mental health difficulties: A meta-synthesis. *Psychotherapy research*, 24(2), 214-228.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.864788>
- Zeller, J. M., & Levin, P. F. (2013). Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: an occupational health perspective. *Workplace Health & Safety*, 61(2), 85-89; quiz 90. <https://doi.org/10.1177/216507991306100207>