

**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades**

**Escuela Profesional de Psicología**



**ATENCIÓN PLENA Y PERCEPCIÓN DE SALUD-SATISFACCIÓN EN  
COLABORADORES DE UNA EMPRESA DE TACNA**

Tesis presentada por los Bachilleres:

**Santa Cruz Galdos, Luis Alejandro**

**Justo Velarde, Oscar Andre**

Para optar por el Título Profesional de:

**Licenciado en Psicología**

Asesor:

**Dr. Guzmán Gamero, Rufino Raúl Lizandro**

**Arequipa - Perú**

**2019**

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

"RELACIÓN ENTRE ATENCIÓN PLENA Y PERCEPCIÓN DE SALUD-SATISFACCIÓN  
EN COLABORADORES DE UNA CONSTRUCCIÓN PRIVADA DE TACNA"

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR los BACHILLERES

JUSTO VELARDE OSCAR ANDRE  
SANTA CRUZ GALDOS ALEJANDRO

Del Dictamen:

*Pase a la Sustentación*

Observaciones:

Arequipa, de del 2019

  
DR. RAÚL GUZMÁN GAMERO

  
PS. ROCÍO DELGADO PALO

076



FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
ACTA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

En el local de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, siendo las  
15:00 horas, del día 25 de Setiembre del año 2019.

Se reunió el Jurado integrado por los señores profesores:

PRESIDENTE	<u>Mg. Flor Vilches Velásquez</u>	Cód.	<u>1653</u>
VOCAL	<u>Dr. Raúl Guzmán Gamero</u>	Cód.	<u>1785</u>
SECRETARIO	<u>B. Eleana Loayza Mayán</u>	Cód.	<u>2505</u>

Para recibir las previas de la Licenciatura en Psicología del (a) Bachiller  
señor(ita.)

Luis Alejandro Santa Cruz Galdes

Quién eligió la alternativa de:

Trabajo de Tesis intitulado  
"Relación entre atención plena y percepción de  
salud-satisfacción en colaboradores de una  
constructora privada de Tacna"

Al término de su intervención se procedió a la deliberación y votación, obteniéndose  
el siguiente resultado:

Aprobado por unanimidad

Siendo las 17:00 horas se dio por finalizado el acto y firmaron

Flor Vilches  
PRESIDENTE

Eloayza  
SECRETARIO

Raúl Guzmán  
VOCAL

[Firma]  
GRADUANDO (A)

Observación: Se acordó el cambio de Título:  
"Atención plena y percepción de salud-satisfacción  
en colaboradores de una empresa de Tacna"

[Firma]



077



FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
ACTA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

En el local de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, siendo las  
15:00 horas, del día 25 de Setiembre del año 2014.

Se reunió el Jurado integrado por los señores profesores:

PRESIDENTE Mg. Flor Velches Velásquez Cód. 1653  
VOCAL Dr. Raul Guzman Gamero Cód. 1785  
SECRETARIO Ps. Eleana Loayza Morujón Cód. 2505

Para recibir las previas de la Licenciatura en Psicología del (a) Bachiller  
señor(ita.)

Oscar Andre Justo Velarde

Quién eligió la alternativa de:

Trabajo de Tesis intitulado  
"Relación entre Atención plena y percepción de  
salud-satisfacción en colaboradores de una  
constructora privada de Tacna"

Al término de su intervención se procedió a la deliberación y votación, obteniéndose  
el siguiente resultado:

Aprobado por unanimidad

Siendo las 11:00 horas se dio por finalizado el acto y firmaron

Flor Velches Velásquez  
PRESIDENTE

Eleana Loayza Morujón  
SECRETARIO

Raul Guzman Gamero  
VOCAL

[Firma]  
GRADUANDO (A)

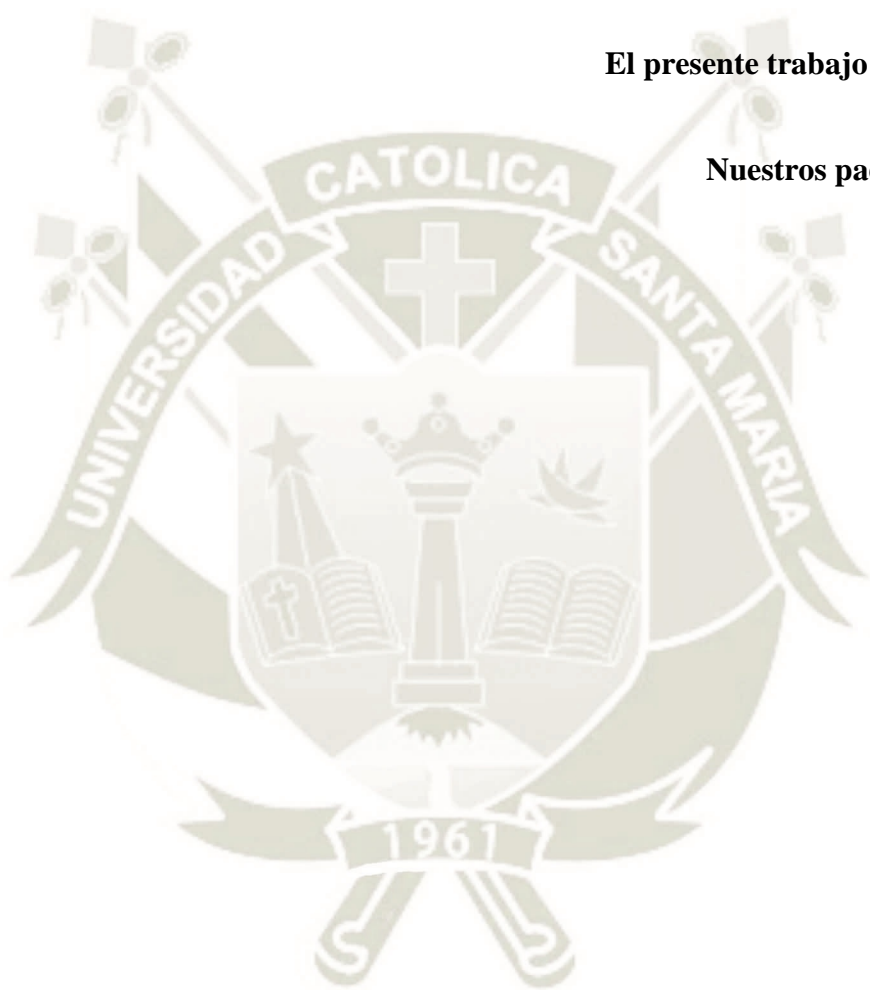
Observación: Se acordó el cambio de Título:  
"Atención plena y percepción de salud-satisfacción  
en colaboradores de una empresa de Tacna"

Eleana Loayza Morujón

## DEDICATORIA

**El presente trabajo lo dedicamos a**

**Nuestros padres y docentes**



## Resumen

El propósito del presente trabajo de investigación es encontrar una relación entre las variables de Atención Plena y la Percepción de Salud – Satisfacción en colaboradores de una empresa de Tacna. Esta investigación se realizó con una población de 467 colaboradores de los cuales 13 son mujeres y 454 hombres para esto se utilizaron en el caso de Atención Plena el cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire y en el caso de las Percepciones de Salud – Satisfacción se utilizó el Istat 21 versión media 2. Para calcular el coeficiente de correlación se utilizó el método estadístico de Pearson con el cual se encontró relaciones significativas entre Atención plena y Salud general con un  $r$  de 0.160 lo que significa una correlación positiva pero muy débil, en el caso de Atención plena y Salud mental una correlación negativa pero débil con un  $r$  de  $-0.304$ , la relación entre Atención plena y Estrés fue positiva pero muy débil con un  $r$  de  $0.153$ , así mismo la relación entre Atención plena y Burnout fue positiva pero muy débil con un  $r$  de  $0.186$  y por último Atención plena y Salud general fue positiva pero muy débil con un  $r$  de  $0.102$ .

*Palabras clave:* atención plena, percepción de salud-satisfacción



### Abstract

The purpose of this research work is a relationship between the variables of Mindfulness and the Perception of Health - Satisfaction in the employees of a company in Tacna. This research was carried out with a population of 467 collaborators, of which 13 are women and 454 men. For this purpose, in the case of Mindfulness, the Five-faceted attention questionnaire and in the case of Health Perceptions – Satisfaction, we used the Ista 21 version 2. To calculate the correlation coefficient, we used the Pearson statistical method with which significant relationships were found between Full and General Health with an  $r$  of 0.160, which means a positive but very weak correlation in the case of Mindfulness and Mental Health a negative but weak correlation with an  $r$  of - 0.304, the relation between Mindfulness and Stress was positive but very weak with an  $r$  of 0.153, likewise the relationship between Mindfulness and Burnout was positive but very weak with an  $r$  of 0.186 and Finally, Mindfulness and General Health was positive but very weak with an  $r$  of 0.102.

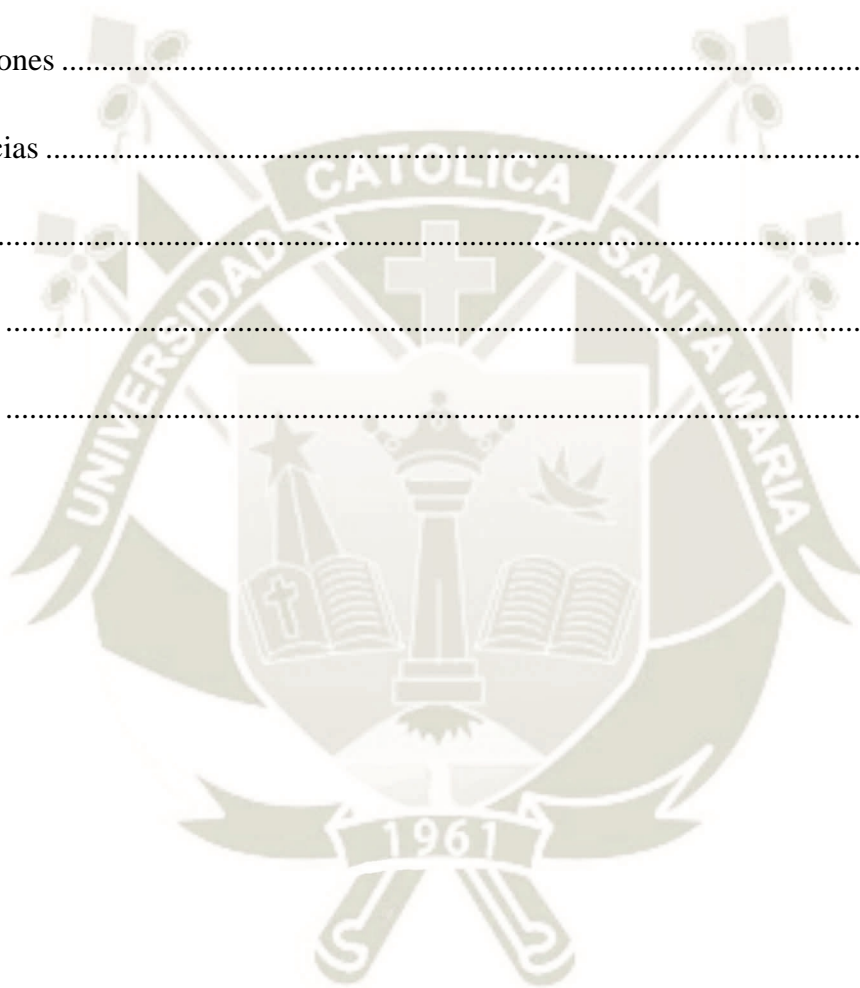
*Keywords:* mindfulness, health-satisfaction perception

## ÍNDICE

Resumen .....	II
Abstract.....	III
Capítulo I.....	1
Marco teórico .....	1
Introducción.....	1
Problema o interrogante .....	2
Variables .....	2
Objetivos.....	2
Antecedentes Teóricos - Investigativos.....	3
Hipótesis .....	19
Capítulo II .....	20
Diseño metodológico .....	20
Diseño de investigación.....	20
Técnicas e instrumentos .....	20
Población y Muestra .....	23
Estrategia de Recolección de Datos .....	24
Criterios de Procesamiento de Información .....	24
Capítulo III.....	26
Resultados .....	26



Descripción de los resultados .....	26
Discusión .....	34
Conclusiones.....	38
Sugerencias.....	39
Limitaciones .....	40
Referencias .....	41
Anexos.....	47
Anexo 1 .....	47
Anexo 2 .....	50



## Capítulo I

### Marco teórico

#### Introducción

Existen dos razones que para nosotros, fundamenta la realización de nuestro estudio:

La creciente preocupación de las empresas para mejorar la seguridad de los operarios dentro de sus organizaciones, como a su vez prevenir posibles deterioros tanto en la salud física como psicológica de los operarios.

La segunda concerniente a la posibilidad de implementar capacitaciones enfocadas en la atención plena para incrementar los niveles de percepción de salud-satisfacción en los operarios de una empresa. Para orientarnos a ello hay urgencias de preciar, como determinar el nivel de atención plena que tiene la población y como esta responde positivamente ante la variable de percepción de salud-satisfacción.

No se trata de realizar innovaciones dentro del área organizacional, tratando solamente los problemas puntuales, hay que tener una mirada sistemática para postular modificaciones que mejore tanto el rendimiento como seguridad del trabajador por medio de una percepción de salud-satisfacción óptima dentro del trabajo.

De acuerdo con los objetivos de nuestra investigación, nos hemos propuesto conocer el posible nexo entre atención plena y percepción de salud-satisfacción. Para desarrollar el trabajo se accedió a abundante bibliografía tanto nacional, como internacional; como la variable percepción de salud-satisfacción engloban muchos factores según las teorías estudiadas, se tomaron las convenientes para realizar un estudio más limpio.

Nuestro estudio es uno de pocos, que busca estudiar los niveles de atención plena en trabajadores con diferentes estatus económicos, social y niveles académicos; debido a que muchas

investigaciones que estudian esta variable tienen una muestra homogénea, que presenta estudios universitarios, secundarios o trabajadores estables.

En segundo lugar, las diversas investigaciones que resaltan que la práctica de la atención plena puede reducir el estrés psicológico como lo indica Martín-Asuero y García de la Banda (2007).

### **Problema o interrogante**

¿Existe una correlación significativa entre atención plena y los factores de la percepción de salud-satisfacción?

### **Variables**

#### **Variable 1: Atención plena**

Es la capacidad de atraer la atención de uno al momento presente mediante los factores de Ausencia de Juicio, Observación, Descripción, Actuar con Conciencia y Ausencia de Reactividad (Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, y Toney, 2006)

#### **Variable 2. Percepción de Salud-satisfacción**

Apreciación subjetiva de la persona respecto a su estado de salud general y satisfacción, cuyas dimensiones son Satisfacción, Salud general, Salud mental, Estrés y Burnout (Moncada, Llorens, Andrés, Moreno, y Molinero, 2014).

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Encontrar una correlación entre atención plena y percepción de salud-satisfacción.

#### **Objetivos Específicos**

- Determinar los niveles de atención plena de colaboradores de una empresa privada de Tacna.



- Analizar los niveles de los factores de la percepción de salud-satisfacción (salud general, salud mental, estrés, Burnout y satisfacción).

## **Antecedentes Teóricos - Investigativos**

### **Atención plena**

Se considera que la práctica de la atención plena se sitúa hace unos 2.500 años en la tradición budista con la figura de Siddhartha Gautama, el buda Shakyamuni, que fue el iniciador de esta tradición religiosa y filosófica extendida por todo el mundo y cuya esencia fundamental es la práctica de la atención plena, procedimiento que, parece ser, recibió de otros maestros y él perfeccionó. De manera que, seguramente, alguna forma de atención plena ya existiera desde hacía mucho tiempo y fuera practicada por seres humanos muy primitivos (Simón, 2007).

Sin embargo, esta tradición es traída al occidente por Jon Kabat-Zinn, quien le extrajo toda referencia religiosa y lo introduce como una aplicación terapéutica en la Universidad de Massachusetts en 1978. El término atención plena no es una traducción exacta de la palabra Mindfulness (término en inglés), proveniente del término pali “sati” que denota conciencia, atención, recuerdo (Siegel, 2010), pero como indica Hervás, Cebolla, y Soler (2016) el concepto ha evolucionado dentro del campo académico, no obstante, la traducción más utilizada es “Atención Plena” y el sustantivo que mayormente lo acompaña es “meditación”. Sin embargo, si se busca este término en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (2017) es «Acción y efecto de meditar»; y el de “meditar”: «Aplicar con profunda atención el pensamiento a la consideración de algo, o discurrir sobre los medios de conocerlo o conseguirlo».

Sin embargo, estas definiciones no coinciden totalmente con el verdadero término. Podemos usar la definición de Kabat-Zinn (2003); el pionero en el occidente en emplear el término nos dice que “consiste en el proceso de observar expresamente cuerpo y mente, de permitir que nuestras



experiencias se vayan desplegando de momento en momento y de aceptarlas como son. No implica rechazar las ideas ni intentar fijarlas ni suprimirlas ni controlar nada en absoluto que no sea el enfoque y la dirección de la atención. [...] La atención plena no implica intentar ir a ningún sitio ni sentir algo especial, sino que entraña el que nos permitamos a nosotros mismos estar donde ya estamos familiarizados más con nuestras propias experiencias presentes un momento tras otro” se podría decir que la conciencia debería emerger a través de poner una atención intencional, en un momento presente, sin condenar ninguna experiencia como negativa (Kabat-Zinn, 2003).

Asimismo, Israel Mañas (2007) nos da una definición más actual sobre Atención Plena, diciendo que es la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor.

La práctica de atención plena o tener niveles altos de esta, pueden tener efectos positivos en quien las practica. El primer efecto de la práctica de atención plena es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad. Y el cultivo de la serenidad nos conduce a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es. (Simón 2007).

La psicóloga Marta Abril Herrero (2013) en una investigación titulada Mindfulness y Tercera edad determinó que la atención plena permite contemplar los pensamientos y las sensaciones que se experimentan como eventos que fluyen de forma continua y que sólo pueden ser observados siendo conscientes de su carácter transitorio y no estable, rompiendo de esta manera el patrón habitual de pensar – sentir y actuar, así como juzgar y evaluar los pensamientos. Los pensamientos se toman como algo con entidad propia, consiste en aprender a observarlos sin reaccionar necesariamente ante ellos. En relación a la relevancia de la atención plena en la productividad de los empleados, el desarrollo de las capacidades parece tener implicaciones en la mejora del funcionamiento

psicológico en todas las áreas de acción del sujeto, incluyendo el área laboral entre otros, debido a la disminución de la divagación mental (Hervás et al., 2016).

Entre los efectos beneficiosos de la aplicación del programa de atención plena se encuentra el incremento de los afectos positivos sobre la salud mental, además se logra la reevaluación positiva, que se entiende como la capacidad de reconstruir la interpretación de los sucesos estresantes de forma que nuestra respuesta a ellos se modifique. Entonces, partiendo de que la atención plena influye incrementando la reevaluación positiva, ésta a su vez desempeña un papel mediador en la mejoría de los niveles de estrés, como citan Carmody y Baer (2009) en Hervás et al., (2016). Uno de los primeros autores en investigar una definición operacional de la meditación fue Benson (1975) que analizó que la meditación activaba el sistema nervioso parasimpático y describía la meditación como una respuesta de relajación del cuerpo.

Una investigación en referencia a los tipos de meditación fue el de Colzato, Ozturk y Hommel (2012) que compararon la meditación basada en atención enfocada y control abierto, el estudio se realizó para analizar el posible impacto de la meditación en diversos estados de control cognitivo. Para esto se enfocaron en el pensamiento divergente y convergente, hallaron que la meditación de atención enfocada tiene efectos en la creatividad especialmente en el pensamiento divergente, este tipo de pensamiento promueve la creación de nuevas ideas; por ende, la reducción de estrés, por otro lado, en el pensamiento convergente, que es el proceso por el cual una persona encuentra una solución a un problema en particular, no se encontró mayor variación.

La Atención Plena desde un punto de vista subjetivo ha ayudado obtener una visión diferente, aliviar momentos de sufrimiento, promover la paciencia, un mayor sentido de coherencia y mejorar el equilibrio interno. Todo esto representa una intención renovada de estar atento en todo momento de una manera no reactiva sino reflexiva (Badino, 2012).

Las ventajas de estar presente debido a las técnicas de Atención Plena han sido de gran ayuda para la mejora para el bienestar como muestra los estudios de Brown y Ryan (2003), ese trabajo mostró que las personas que tienen una mejor habilidad para mantenerse en el presente experimentan mayores emociones positivas y ayuda en la regulación del propio comportamiento lo cual mejora el bienestar general.

El rol de la meditación en el aumento del bienestar subjetivo ha sido una de las preocupaciones de varios investigadores así como su efecto en otras áreas que promueven el mismo, como lo es la satisfacción con la vida, resiliencia y sentimientos positivos y negativos; estos efectos fueron estudiados en el trabajo de Bajaj y Pande (2015) que si bien realizaron la investigación en una población oriental, que son conocidos por tener una diferentes percepción del bienestar de las poblaciones occidentales, igual es útil al momento de evaluar los beneficios de la Atención Plena. Se encontró que la resiliencia sirve como mediador en las relaciones de satisfacción con la vida, sentimientos positivos, además de obviamente sacar correlaciones negativas con sentimientos negativos.

No todos los trabajos realizados son de carácter subjetivo o exclusivamente psicológico. También se ha estudiado ampliamente los efectos de la meditación en el envejecimiento celular. Primero se estudiaron la longitud de los telómeros, que son las tapas protectoras al final del cromosoma, y se descubrió que mientras más largo es el telómero mayor era el rango de vida del organismo. En base a esto se consideró que existían dos estados opuestos en el cual se encuentra un individuo, uno de amenaza cognitiva que se caracteriza por pensamientos automáticos y otro de Atención Plena que se caracteriza por un estado de reducción de estrés y activación fisiológica positiva. Los resultados de los análisis estadísticos propusieron que dado los patrones revisados algunas formas de meditación tenían efectos saludables en el largo de los telómeros, así mismo alargando el envejecimiento celular (Epel, Daubenmier, Moskowitz, Folkman, y Blackburn, 2009).



Ya se conoce que recuperarse de un trauma emocional y una mayor resistencia a sentimientos negativos es necesaria para tener una mejor salud mental. Estos factores ya han sido probados que se pueden obtener mediante la meditación. Pero su mecanismo de acción fue descubierto por Farb et al. (2010) donde se comparó la reactividad neural a la provocación de tristeza de dos grupos de personas, un grupo con 8 semanas de entrenamiento en técnicas de meditación y otro de control. Se encontró que las personas que habían practicado meditación tenían una respuesta neural diferente a la tristeza inducida, esto se debió a que se restablecía el balance entre las redes de sensoriales y emocionales lo cual reducía los efectos de la tristeza.

En el trabajo de Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, y Toney (2006) operacionalizaron la variable Atención Plena en el cuestionario Five Facet Mindfulness Questionnaire, en su trabajo encontraron que para realizar una correcta medición, tendría que realizarse con un enfoque multidimensional para lo cual mediante una revisión de la literatura disponible encontraron los siguientes factores:

**Observación:** incluye darse cuenta o asistir a experiencias internas y externas, tales como sensaciones, cogniciones, emociones, sonidos y olores.

**Descripción:** se refiere a identificar las experiencias internas y saber etiquetarlas con palabras.

**Actuar con Conciencia:** incluye la asistencia a las propias actividades del momento y puede ser contrastado con comportarse mecánicamente mientras la atención se centra en otro lugar (piloto automático).

**Ausencia de Juicio:** se refiere a adoptar una postura no evaluativa hacia pensamientos y sentimientos.

**Ausencia de Reactividad:** es la tendencia de permitir que los pensamientos y sentimientos fluyan, sin quedar atrapados o dejarse llevar por ellos



## **Percepción de salud y satisfacción**

La variable percepción de salud-satisfacción es ampliamente estudiadas por separados, por ello es entendible que no exista una definición que abarque un concepto global de nuestra variable, además que no se encuentran muchas investigaciones, por no decir ninguna en la actualidad que la estudie como una sola variable, nosotros la consideramos como una sola variable por la prueba Ista 21 versión media 2; en la cual en el Anexo IV las une. Por ende, pasaremos a explicar todos los indicadores que se medirán en esta variable, con sus respectivos estudios.

### ***Salud General.***

Definir lo que significa la Salud es una tarea compleja ya que involucra varias disciplinas y factores externos a tener en cuenta. La definición más aceptada es la de Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) que indica que “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p.1), esta definición lleva una gran importancia ya que sirve de base para varios programas de salud tanto física como mental; pese a que es la más adecuada, otros autores discrepan en dicha definición por falta de operacionalidad, como señala Rodríguez (1995).

En el trabajo de Alcántara (2008) hace un análisis biblio-hemerográfico en el cual revisa la definición de la OMS en referencia a lo que significa la palabra Salud y si todavía es aceptable en la actualidad, en este estudio encuentra que la salud está basada en hechos materiales e inmateriales por lo que para definirla se debería de tratar como un fenómeno multidimensional y multicausal además de correlacionarse con el contexto del individuo al cual aplica la definición. Por lo tanto, nosotros abarcaremos un factor de todos los que involucra la OMS se podría decir que implica tres componentes esenciales, uno relacionado con la funcionalidad de los órganos, la segunda

relacionada a los niveles adaptativos del individuo con su entorno y la percepción individual que tiene el individuo de sí mismo en cuanto a salud.

Para los fines de esta investigación nos centraremos en la definición de salud auto - reportada ya que la medición de la Salud como variable bajo la definición anteriormente mencionada implicaría instrumentos de mayor precisión.

La percepción del estado de salud general es un indicador muy fiable de mortalidad y morbilidad además de la utilización de servicios de salud, entre otros, también es fácil de obtener y de interpretar. Como se refiere en el manual de CoPsoQ-istas<sup>21</sup> “se utiliza una sola pregunta, validada y ampliamente utilizada en la mayoría de encuestas de salud y diversos instrumentos como el SF36” (Peiró, 1999)

La importancia de la percepción del estado de salud ha ido incrementando con el tiempo, debido a que refleja un estado de bienestar integral, sin limitarse tan solo al factor fisiológico o clínico. Cabe recalcar que esta percepción disminuye con el incremento de la edad y el estado de escolaridad de los individuos, es decir que entre más años tenga el individuo, tendrá una visión más negativa de su percepción de salud al igual, que si este tiene un nivel educativo bajo.

El instrumento más usado para medir percepción de salud es el SF-36, que fue desarrollado para un estudio de resultados médicos, esta prueba consistía de 40 conceptos relacionados con la salud, con el tiempo surgieron diferentes versiones, con diferentes ítems en los últimos años se ha usado el de 36 ítems para realizar diversas investigaciones y evaluaciones clínicas, dentro de las dimensiones que se encuentra en la percepción de salud, donde diversas investigaciones denotan la validez de esta dimensión, como indica (Igaurgi, I; Póo, M y Marquez I. 2004).

En el estudio de Aragón (2014), realizaron una validación y estudio de la encuesta de Salud SF-36, donde destacaron los resultados de la validez del ítem sobre percepción de la salud general arrojó “un índice KMO=.709 y la Prueba de Esfericidad de Bartlett=433.118,  $gl=6$ ,  $p=.000$ . El

mismo puso en evidencia un solo factor con valor superior a 1 que explica el 68.78% de la varianza y con un coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach moderado alto”. Indicado así, como en otras investigaciones, la validez del ítem.

### ***Salud Mental.***

La OMS (2001) describe la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.1).

Esta forma parte de la salud integral que todo ciudadano tiene el derecho a poseer, sin embargo, en nuestra realidad, la salud mental es poco valorada, nosotros pensamos que es por dos motivos esenciales pobreza y paradigmas insulsos. Donde se asiste a un médico de la salud mental, cuando el problema es grave o si no se asiste a él, es porque los gastos por consulta, pueden ser para algunos extremadamente caros. Pero tampoco se busca excusar al profesional, que muchas veces atiende a pacientes con poca capacitación.

Pese a todos los conflictos internos y el déficit de atención en la salud mental de los peruanos se debe ver esta como la semilla del desarrollo de la nación. Como señala Cueto y Zamora (2006), que la salud debe de pertenecer a los derechos económicos, sociales y culturales de los ciudadanos y no solo como un factor que ayude a mejorar la economía, productividad o seguridad nacional.

La importancia de la salud mental radica en que la población sepa no solo cuáles son sus falencias, sino que también puedan determinar sus fortalezas y cuántos recursos tienen para que pueda generar crecimiento personal y labrar un mejor futuro. Por ende, es importante tanto su estudio y la crea de conciencia en la población de su importancia; a su vez el incremento de capacitaciones para los médicos de la salud mental.



La escala de salud mental que se aplicó en esta investigación es uno de los reactivos del CoPsoQ-istas21 donde dan a entender que son similares a los de la prueba SF36, donde se incluye la depresión, la ansiedad, el control de la conducta y el control emocional y el efecto positivo en general. La salud mental es uno de los aspectos más importantes de la salud y uno de los pilares centrales de la calidad de vida. (Moncada, Llorens, Andrés, Moreno, y Molinero, 2014).

Los estudios realizados por Aguilar (2017) indican que los indicadores de salud mental que se usaron en nuestra investigación tienen un coeficiente de Cronbach, de (.853), la confiabilidad es catalogada como muy buena. Esta muestra fue sacada de pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote.

### ***Estrés.***

El estrés recientemente ha tomado mucha importancia en el ámbito científico, en especial aquellos que estudian la conducta humana, debido a sus efectos que inciden en la salud física, rendimiento laboral y académico. Sin embargo, llegar a una definición clara, que encierre el concepto, podría ser complicado, una posible explicación de esta tendencia, podría darla Peiró (1999) explica que el término “estrés” se presenta como una triple acepción; como estímulo, respuesta y como interacción de la persona con su entorno.

La aproximación del estrés como estímulo, aparece en la física como la presión que se ejerce a determinado material; la segunda proveniente del mundo de la biología y fisiología, donde se le toma como “respuesta” psicosomática a determinados estímulos; y la tercera que nos interesa a nosotros es el estrés como transacción entre la persona y su entorno. La evolución del término estrés es amplia y con el tiempo se fueron modificando conceptos, uno de los cuales llama nuestra atención es la de Pelechano (1991) donde sugiere que el estrés es un estímulo o conjunto de estímulos que son externos del ser humano y que todos estos tienen características afectivamente



negativas. Que pese a ser ocho años anterior a Peiró, suele ser una definición más práctica y cómoda para realizar estudios científicos.

Aunque podemos decir de manera muy general, que la respuesta del estrés es una reacción inmediata e intensa, que implica el uso de los recursos del organismo y se ocasiona en situaciones importantes demandadas para el individuo, donde intervienen respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras, esta reacción no es nociva, nos ayuda a prepararnos ante una situación de amenaza y retos, solo es negativa cuando aparece de forma prolongada, frecuente e intensa (Crespo y Labrador, 2003).

La prueba que se aplicó para medir el estrés, dentro del COPSOQ-Istas21 fue la escala de Setterlind y Larson (1995), en esta se incluyó 3 de las 4 subescalas. Según Artiaga, Aldasaron y Cantonnet (2010) La confiabilidad del instrumento es adecuada, pese a no incluir 1 subescala, donde se obtuvo los siguientes resultados sintomatología conductual de estrés (coeficiente de Alfa=0,672), sintomatología somática (coeficiente de Alfa=0,674) y sintomatología cognitiva (coeficiente de Alfa= 0,696). También se obtuvo una medida global del estrés, teniendo en cuenta los ítems de las escalas mencionadas anteriormente (coeficiente de Alfa = 0,843).

### ***Burnout.***

Se refiere a la fatiga y agotamiento emocional. COPSOQ-Istas21 incorpora la escala de Burnout general de la versión del Copenhagen Burnout Inventory (CBI) validada en España. A diferencia del Maslach Burnout Inventory (MBI), el CBI mide el Burnout en distintos escenarios de trabajo, con y sin atención a personas, y se centra en la fatiga y agotamiento emocional, conceptos más cercanos a la salud, excluyendo las estrategias de afrontamiento y las disfunciones organizacionales, que formarían parte de constructos diferenciados (Maslach y Jackson, 1996).

El Síndrome de Burnout, también se le conoce como síndrome del quemado, síndrome de agotamiento emocional, síndrome de aniquilamiento o síndrome de desmoralización, es considerado por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos.

Maslach y Jackson (1981) fueron las primeras en definirlo como un síndrome tripartito en el que los trabajadores de profesiones de servicios humanos experimentan despersonalización y baja realización personal (citado por Arias, Justo, y Muñoz, 2014).

A diferencia del estrés este tiene efectos dentro del trabajo, por lo tanto, podemos decir que se trata de un estado mental negativo persistente, trae consigo actitudes disfuncionales hacia el trabajo, desmotivación y sentimientos de reducida competencia profesional (Salanova y Llorens, 2008).

Diversas investigaciones sostienen la validez de la prueba Copenhagen Burnout Inventory (CBI) es confiable como indica (Maticorena, Beas, Anduaga y Mayta, 2014), (Imo, 2017) y (Arteaga-Romani, Junes y Navarrete, 2014) esta misma prueba se encuentra en el cuestionario de percepción de salud-satisfacción de nuestro estudio.

### ***Satisfacción laboral.***

La satisfacción laboral, no es un término actual, sin embargo, la importancia de esta ha crecido los últimos años. Una de las definiciones más interesantes citada por Lawler (1973) que relacionan los aspectos internos del trabajo, como son los sentimientos que despierta el trabajo en el trabajador, como son los sentimientos de logro, independencia, control y autoestima y los aspectos externos como el salario (Porter y Lawler, 1968). Sin embargo, una más concreta es la de Locke (1976) que la define como “un estado emocional positivo y placentero resultante de la valoración personal que hace el individuo sobre su trabajo y sobre la experiencia adquirida en el mismo”

Además, la satisfacción laboral es una medida general de calidad del medio ambiente laboral, que se ha empleado en numerosas investigaciones. La baja satisfacción en el trabajo se ha relacionado con múltiples efectos, aunque se debe tener en cuenta que pueden existir distintas definiciones de insatisfacción en el trabajo y que ésta tiene también que ver con las expectativas de las personas. En las intervenciones psicosociales, es interesante el seguimiento de la insatisfacción en el trabajo para contrastar cómo evoluciona el proceso preventivo. Manual Istas 21 CoPsoQ-istas21 utiliza la escala de satisfacción laboral del Whitehall II (Moncada et al., 2014)

La escala de Whitehall II, no ha sido muy utilizada para realizar trabajos de investigación, pero si ha sido ampliamente utilizada para crear en base a esta, otras pruebas como es el Psychosocial Questionnaire (COPSOQ), Donde diferentes autores han validado la escala de satisfacción, obteniendo índices de confiabilidad alto como indica (Alvarado, Marchetti, Villalón, Hirmas y Pastorino, 2009; Blanch, Sahagún y Cervantes, 2010). En la última versión del mismo instrumento se encontró un alfa de Cronbach de 0.82 para la escala de satisfacción como indica (Pejtersen, Kristensen, Borg y Bjorner, 2010). Mostrando así, altos niveles de confiabilidad para poder ser estudiada.

### **Atención plena y percepción de salud- satisfacción**

Las necesidades de las empresas en la actualidad están más enfocadas a la rentabilidad que a la salud del colaborador esto lleva a que se priorice resultados sobre calidad de vida, al respecto señalan Martínez y Díaz (2007): “el problema que subyace radica en los requerimientos de la Modernidad, concentrada en la obtención de resultados al margen de sus consecuencias sobre la calidad de vida, y por ende en la salud física y mental de las personas afectadas”.

Una herramienta para medir este aspecto como otros indicadores es la prueba ISTAS 21 dado que la relación entre la organización del trabajo, factores psicosociales y la salud no son evidentes,



como la relación existente entre otros factores de riesgo (postura, ruido, etc.), los efectos de la organización del trabajo son intangibles ya que se expresan mediante mecanismos emocionales; cognitivos; conductuales; y fisiológicos. En especial cuando extraemos los reactivos que se encuentran al último de la prueba encargados de medir Salud general, Salud mental, Estrés, Burnout, Satisfacción.

Sin embargo, existe la posibilidad que aquellos que tengan una “Atención plena” puedan eludir con mayor facilidad el estrés producido por el trabajo; por ende, los efectos negativos hacia la salud tanto mental como física y el incremento de la satisfacción con su trabajo. Para ello se debe entender que durante muchos años la meditación fue practicada con fines de mejorar el aspecto espiritual y emocional de uno mismo, tan sólo desde hace unos años que John Kabat-Zinn comenzó a popularizar el término Mindfulness para referirse a lo que es el uso de la meditación para lograr atención plena.

Como mencionamos con anterioridad, el mundo laboral es un fenómeno complejo por los cambios que trae en sí, trayendo consigo mismo una carga elevada de estrés, según el informe del año 2006 de la Conferencia Internacional del Trabajo citado por Gil-Monte (2012) existen cuatro principales razones 1) Imperativo de desarrollo; 2) Transformación tecnológica; 3) Intensificación de la competencia a escala mundial; 4) Mayor orientación en función de los mercados y función más reducida del Estado.

Otras investigaciones que relación los efectos nocivos del estrés del trabajo con la salud son los de Cox y Griffiths (1996), que denotan los efectos de los factores psicosociales del estrés y como esta tiene una correlación positiva con la salud psicológica y física, a través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés.

Como otros riesgos, los riesgos psicosociales pueden variar desde trivial a grave o intolerable; contando además que puede presentar indicadores de probabilidad y gravedad. En este último se



podría entender que se prestara más atención aquellos indicadores que traerán consigo importantes consecuencias para la salud.

Las investigaciones que buscan relacionar las variables de atención plena y salud general son considerables. Una de ellas es de Asuero (2005) donde realizó un trabajo experimental para reducir los indicadores como Somatización, Depresión, Ansiedad y Hostilidad teniendo valores posteriores después de la intervención de una reducción del 54 por ciento al 39 por ciento, por este orden: depresión, hostilidad, somatización y ansiedad. Todas las reducciones son de carácter muy significativo ( $p < 0001$ ).

Se muestra además que la práctica de atención plena a pesar de tener una corta duración, presenta resultados positivos en los indicadores de Burnout, malestar y conciencia plena (Martínez, Pedrosa, y Olvera, 2017).

Es entendible que los riesgos hacia la salud del trabajador se deben entender como la condición o condiciones del individuo del medio extra laboral o del medio laboral, que bajo determinadas condiciones de intensidad y tiempo de exposición, generan efectos negativos en el trabajador o trabajadores, en la organización y en los grupos y, por último, producen estrés, el cual tiene efectos a nivel emocional, cognoscitivo, del comportamiento social, laboral y fisiológico (Villalobos, 2004).

Los principales objetivos de cualquier empresa es producir y generar desarrollo económico para que de esa manera poder aportar a la sociedad y beneficiar a los miembros de la organización. Para esto se ha ido estudiando las ventajas de que los colaboradores se sientan saludables y un estado óptimo de salud mental, un claro ejemplo de esto son los estudios de Bubonyaa, Cobb-Clark y Wooden (2017) que encontraron que un colaborador saludable y con bajos niveles de estrés, es un colaborador con menor ausentismo y mayor potencial para aumentar la productividad.

En base a esto resaltamos la importancia de encontrar técnicas que se puedan utilizar en el ámbito laboral para mantener a los colaboradores saludables y satisfechos, y por eso decidimos estudiar la relación entre atención plena y la percepción de salud-satisfacción, debido a que queríamos encontrar los niveles de la atención plena tenían la posibilidad de tener una mayor relación en los reactivos de Salud general, Salud mental, Estrés, Burnout y Satisfacción que estamos considerando en esta investigación las cuales se agrupan bajo la variable percepción de salud-satisfacción. Con esta información se podrán elaborar programas de atención plena mucho más eficientes al enfocarse en uno de los factores para lograr una influencia más directa en los reactivos estudiados y de esa manera realizar programas de intervención a empresas enfocándose en las principales dificultades que ellas presenten.

A nuestro parecer, una persona que tiene indicadores elevados de tener una Atención Plena puede con destreza afrontar los problemas de salud que conlleva un trabajo con altos niveles de indicadores nocivos contra la salud y satisfacción de los trabajadores.

Además, se ha visto que técnicas relacionadas a la atención plena han alterado el funcionamiento del cerebro y del sistema inmune de maneras positivas, estas mejoras se han podido apreciar incluso después de un periodo de entrenamiento de 8 semanas (Davidson et al., 2003).

Otro gran beneficio a las personas que practican la atención plena ha sido la reducción de problemas de salud relacionados al estrés además de la reducción del mismo estrés. Trae una enorme cantidad de beneficios extras como disminución de la ansiedad, depresión y dolor en un plazo de 8 semanas; también se encontró relación, pero a menor grado de prácticas de atención plena con la mejora de salud mental y calidad de vida. De lo que se encontró poca evidencia es de la alteración de estados anímicos positivos, atención, uso de sustancias, hábitos de comida, sueño y peso (Goyal et al., 2004).

Cabe destacar que diferentes investigaciones, muestran que la práctica de atención plena puede incrementar los indicadores de nuestra segunda variable (percepción de salud-satisfacción) como son:

La investigación de Bazarko et al. (2013) donde demostraron que un programa de atención plena de un pre-post no aleatorizado, 36 enfermeras completaron medidas de salud, estrés, agotamiento, autocompasión, serenidad y empatía en tres puntos en el tiempo. Entre la línea base (Tiempo 1) y el final de la intervención de 8 semanas de MBSR (Tiempo 2), los participantes mostraron una mejoría en la salud general,  $t(37) = 2.8, p < .01$ .

En cuanto al estrés se realizaron programas con atención plena uno de ellos es el MBSR realizado por Birnie, Speca y Carlson (2010) mostraron resultados significativos en el programa con la reducción de estrés, así como Bazarko et al. (2013) mediante un programa de atención plena logro una “disminución del estrés,  $t(37) = 6.8, p < .001$ ”

Bazarko et al. (2013) en su investigación pre-post no aleatorizado con 36 enfermeras “disminución del desgaste laboral,  $t(37) = 4.0, p < .001$ ”. así mismo hay otros estudios que hacen una revisión bibliográfica de los efectos positivos de esta técnica en el Burnout, como el estudio de Cohen, Wiley, Capuano, Baker y Shapiro (2005) que hacen una recopilación y análisis de estos.

Así como estos autores tenemos una diversidad bibliográfica que apoya a que la práctica de atención plena tiene muchos beneficios para el ser humano, otros estudios como el de Brown, Bravo, Roos y Pearson (2015) concluyeron que pese a que el modelo de atención plena mejora los síntomas de estrés, síntomas de ansiedad y depresivos, estos no mediaban completamente las asociaciones entre las facetas de atención plena y los resultados de salud mental, que para ello se deberían realizar diseños experimentales para comprender los procesos psicológicos que puede ofrecer la atención plena.



Pese a la diversidad de estudios, la mayoría destaca la importancia de la técnica para mejorar diferentes aspectos, entre ellos los estudiados en esta investigación (salud general, salud mental, estrés, Burnout y satisfacción).

### **Hipótesis**

Existe una correlación positiva significativa entre atención plena y la percepción de salud-satisfacción en los colaboradores de empresa de Tacna



## Capítulo II

### Diseño metodológico

#### Diseño de investigación

Se trata de un estudio de tipo Descriptivo - Correlacional, ya que tiene como propósito medir el grado de relación existente entre dos o más conceptos o variables, lo cual se ajusta a la definición brindada por Hernández, Fernández y Baptista (2010), acerca de los estudios correlacionales.

#### Técnicas e instrumentos

La técnica empleada fue la aplicación de cuestionarios

Se aplicaron los cuestionarios: Five Facet Mindfulness Questionnaire y la sub escala del cuestionario de Salud y Satisfacción del CoPsoQ – istas21 (versión 2) Versión Media, de acuerdo a los siguientes detalles:

##### **Five Facet Mindfulness Questionnaire.**

Elaborado por Baer, Smith, Hopkins, Krietmeyer, y Toney (2006) en la Universidad de Kentucky, Estados Unidos. Y validado y adaptado en Lima por Ana María Loret (2009). La forma de aplicación es colectiva o individual, con un promedio de aplicación de 25-30 minutos.

La finalidad de la prueba es medir la capacidad de las personas a actuar con Atención plena.

##### Forma de Calificación

Este instrumento es una escala de Likert conformado por 39 ítems, donde sus respuestas se puntúan de 1 a 5 (NUNCA: 1, RARA VEZ: 2, ALGUNAS VECES CIERTO: 3, A MENUDO CIERTO: 4, SIEMPRE CIERTO: 5). Mide Mindfulness como rasgo a partir de cinco factores que los autores llaman facetas del Mindfulness.

El factor Observación (conformado por los ítems 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36) incluye observar, notar o atender a las experiencias internas y externas, como sensaciones corporales, cogniciones, emociones, visiones, sonidos, y olores.

El factor Descripción (conformado por los ítems 2, 7, 12, 16, 22, 27, 32 y 37) se refiere a nombrar y describir las experiencias observadas con palabras, pero sin establecer un juicio ni un análisis conceptual sobre ellas.

El factor Actuar con Conciencia (conformado por los ítems 5, 8, 13, 18, 23, 28, 34 y 38) envuelve el focalizar la atención conscientemente sobre cada actividad que se realiza en cada momento; y puede ser contrastado con el comportamiento mecánico (comúnmente llamado “piloto automático”), en donde la atención se focaliza en una situación diferente a la que uno está participando (Baer et al., 2008).

El factor Ausencia de Juicio (conformado por los ítems 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35 y 39) incluye tomar una posición no evaluativa frente a las experiencias del momento presente, de modo que estas son aceptadas y permitidas en la conciencia, sin intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas (Baer, Smith, y Allen, 2004 y Baer et al. 2008).

Finalmente, el factor Ausencia de Reactividad ante las experiencias internas (conformado por los ítems 4, 9, 19, 21, 24, 29 y 33) se refiere a la tendencia a permitir que los sentimientos y emociones fluyan, sin dejarse “atrapar” o dejarse llevar por ellos (Baer et al., 2008).

Los participantes indicarán si están de acuerdo con cada ítem a través de una escala Likert con un rango de 1, si es nunca o muy rara vez cierto, a 5, si es muy a menudo o siempre cierto. En la mayoría de los ítems, un puntaje alto significa un alto nivel de Atención Plena; sin embargo, un número significativo de ítems son inversos (ítems 3, 5, 8, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 22, 25, 28, 30, 34, 35, 38 y 39), los cuales son enunciados de tal manera que las puntuaciones altas obtenidas en ellos indican un bajo nivel de Mindfulness.



El puntaje para cada factor se obtiene a partir de la suma de los puntajes resultantes de cada ítem perteneciente a dicho factor, teniendo en cuenta los ítems inversos. Luego, para el puntaje total, se suman los puntajes de los cinco factores.

En el Perú se aplicó a 110 personas entre meditadores y no meditadores los cuales eran adultos con educación superior. Respecto a la confiabilidad de la prueba, los análisis encontraron una consistencia interna aceptable, ya que el análisis de alfa de Cronbach estuvo en un rango de .77 a .89; y la validez se realizó mediante las diferencias de los grupos y su posterior comparación para de esa manera analizar las discrepancias (Loret de Mola, 2009).

### **CoPsoQ – istas21 (versión 2) Versión Media**

Elaborado por Moncada, S., Llorens, C. y Andrés, R. (Centro de Referencia en Organización del Trabajo y Salud-ISTAS), Moreno, N. (CCOO de Catalunya) y Molinero, E. (Departamento de Empresa y Ocupación, Generalitat de Catalunya). La procedencia del instrumento es Barcelona-España y la aplicación se realiza de forma colectiva.

La Finalidad del instrumento de evaluación está orientado a la prevención. Identifica y localiza las dimensiones de Salud y Satisfacción. La validación y confiabilidad del CoPsoQ-istas21 ha seguido la metodología internacionalmente aceptada, y sus resultados han sido publicados en revistas científicas

La versión 2 del cuestionario de CoPsoQ-istas21 consta de 109 preguntas cortas (la mayoría de “tipo Likert”) sobre las condiciones de empleo y trabajo (25 preguntas), la exposición a factores psicosociales (69 preguntas) y la salud y bienestar personal (15 preguntas).

Nosotros empleamos el apartado que mide Salud y Satisfacción que cuenta con 15 preguntas (Likert). Los participantes indicarán si están de acuerdo con cada ítem a través de una escala Likert

con un rango de 1, si es siempre, a 5, si es nunca. En la mayoría de los ítems, un puntaje alto significa un alto nivel de Salud mental, Salud general, Estrés, Burnout y Satisfacción

### **Población y Muestra**

La población fue conformada por trabajadores de una empresa de Tacna contando con 1315 colaboradores, de los cuales 1124 pertenecen a trabajo de campo y 191 a trabajo de oficina también conocido como staff dentro de la obra. Las clases económicas encontradas en nuestra muestra pertenencia a la clase media y baja. En el nivel de instrucción predomina secundaria completa; además de encontrarse universidad incompleta, técnicos, estudiantes y estudios superiores completos.

El tipo de muestreo fue no probabilístico y por conveniencia, la muestra estará conformada por 467 de los cuales el 3% (n=13) son mujeres y el 97% (n=454) son hombres. Los rangos de edad fueron de 18 a 70 años, donde se designó 3 categorías, menos de 31 años lo que equivale al 25% (n=115), entre 31 y 45 años que son el 63% (n=292) y más de 45 años que equivale al 13% (n=60). La muestra fue calculada mediante la fórmula de muestras para población conocidas y finitas. Tiene una confiabilidad del .96 y un margen de error del .04, lo que hace que los resultados obtenidos sean altamente representativos.

**Dentro de los criterios de inclusión se consideró el ser trabajador de la empresa en Tacna estudiada, permanecer en la empresa por más de 2 meses y tener una edad entre los 18 y 70 años. Por otro lado, dentro de los criterios de exclusión se excluyeron las pruebas que se marcaron de alguna manera de forma errada, así mismo no se tomaron en cuenta los trabajadores menores de 17 años o mayores de 70 o los trabajadores que declaren analfabetismo, además de aquellos que no han querido participar en la investigación.**

### **Estrategia de Recolección de Datos**

Se solicitó el permiso para la aplicación al encargado del área de RR.HH. detallando la naturaleza de la investigación. Al momento de la aplicación de las pruebas se solicitará la colaboración de los trabajadores, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información brindada.

La aplicación de los cuestionarios se realizará de manera colectiva; en un tiempo aproximado de 45 minutos. Los investigadores estarán presentes durante toda la recogida de datos y se detallará las instrucciones a los evaluados, atendiendo cualquier duda que pudiera presentarse durante el llenado de las pruebas.

### **Criterios de Procesamiento de Información**

Luego de ser evaluados, se procesaron los datos mediante el programa de procesamiento estadístico SPSS Statistics versión 22, en una matriz de datos, y se analizaron las relaciones significativas entre las variables. Asimismo, que existe relación cuando la Probabilidad de Error P sea menor a 0.05 (margen de error de 5%).



## Capítulo III

### Resultados

#### Descripción de los resultados

Presentamos nuestros resultados estadísticos de los niveles de “Atención plena” y de los factores que compone la variable “Percepción de salud – satisfacción”, así mismo se encuentra la tabla que correlaciona ambas variables.

Tabla N° 1

*Niveles de atención plena*

Nivel	Observación		Descripción		Actuar con conciencia		Ausencia de juicio		Ausencia de reactividad		Total de Atención Plena	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Alto</b>	31	7%	28	6%	305	65%	115	25%	10	2%	37	8%
<b>Medio</b>	152	33%	340	73%	159	34%	340	73%	241	52%	383	82%
<b>Bajo</b>	284	61%	99	21%	3	1%	12	3%	216	46%	47	10%
<b>Total de muestra</b>	467	100%	467	100%	467	100%	467	100%	467	100%	467	100%

En la Tabla 1, podemos apreciar que los colaboradores en general tienen un nivel Alto en la dimensión de Actuar con conciencia llegando a ser un 65% de ellos, lo que significa que tienen buenas capacidades para centrarse en las actividades que realizan en el momento y evitan comportarse de manera mecánica enfocando la atención en la actividad que realizan. Por otro lado, los colaboradores tienen un nivel Bajo en la dimensión de Observación con un 65% de ellos calificando de esa manera, lo que significa que se les dificulta darse cuenta o asistir a experiencias internas o externas como emociones, cogniciones, sonidos y sensaciones, de igual manera en un nivel Bajo se encuentra la dimensión de Ausencia de reactividad con un total de 46% lo que implica que hay fuerte prevalencia en quedarse atrapados en pensamientos o sentimientos. Por último, se puede ver que el nivel prevalente de nivel Total de Atención Plena es Medio con un 82% de los colaboradores en ese nivel, por esto podemos inferir que en su mayoría los colaboradores tienen la capacidad para prestar atención conscientemente a la experiencia o tarea del momento.

Tabla N°2

*Niveles de Salud general*

Categoría	Menos de 31		Entre 31 - 45		Más de 45		Total	
	años		años		años			
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
<b>Regular o mala</b>	11	10%	35	12%	8	13%	54	12%
<b>Buena</b>	36	31%	88	30%	21	35%	145	31%
<b>Excelente o muy buena</b>	68	59%	169	58%	31	52%	268	57%
<b>Total de muestra</b>	115	100%	292	100%	60	100%	467	100%

En la Tabla 2 se puede ver que la mayoría de trabajadores tienen una percepción de excelente o muy buena sobre su Salud general llegando a un total del 57% (n=268), también se puede ver que el 31% (n=145) consideran su Salud general como buena y el 12% (n=54) consideran su Salud general como regular o mala.



Tabla N°3

*Niveles de Salud mental*

Categoría	Menos de 31 años		Entre 31 - 45 años		Más de 45 años		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Tercil superior	18	16%	81	28%	18	30%	117	25%
Tercil medio	61	53%	141	48%	34	57%	236	51%
Tercil inferior	36	31%	70	24%	8	13%	114	24%
Total de muestra	115	100%	292	100%	60	100%	467	100%

En el caso de la Tabla 3 podemos ver que en su mayoría los colaboradores se encuentran en el Tercil medio con un 51% (n=236) lo que implica que ellos consideran su Salud mental en un nivel medio, seguido por el Tercil superior con un 25% (n=117) por lo que se infiere que consideran su Salud mental buena o favorable y por último el Tercil inferior con un 24% (n=114) que implica una percepción de Salud mental mala o desfavorable.

Tabla N°4

*Niveles de Estrés*

Categoría	Menos de 31 años		Entre 31 - 45 años		Más de 45 años		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Exposición favorable	104	90%	269	92%	58	97%	431	92%
Exposición intermedia	10	9%	21	7%	2	3%	33	7%
Exposición desfavorable	1	1%	2	1%	0	0%	3	1%
Total de muestra	115	100%	292	100%	60	100%	467	100%

En la Tabla 4 podemos ver que en su mayoría los trabajadores tienen una exposición favorable al estrés con un total del 92% (n=431), lo que implica que no presentan niveles peligrosos de estrés, el 7% (n=33) tienen una exposición intermedia lo que implica que presentan niveles de estrés ligeramente de riesgo y el 1% (n=3) personas tienen una exposición desfavorable lo que implica que sus niveles de estrés son riesgosos para su salud.

Tabla N°5

*Niveles de Burnout*

Categoría	Menos de 31 años		Entre 31 - 45 años		Más de 45 años		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Exposición favorable	92	80%	253	87%	54	90%	399	85%
Exposición intermedia	20	17%	32	11%	5	8%	57	12%
Exposición desfavorable	3	3%	7	2%	1	2%	11	2%
Total de muestra	115	100%	292	100%	60	100%	467	100%

En la Tabla 5 podemos ver que la mayoría de personas, un total del 85% (n=399) tienen una exposición favorable al Burnout lo que implica que no tienen riesgo de presentar problemas de salud relacionadas al Burnout, el 12% (n=57) tienen un nivel de exposición intermedio lo que significa que tienen riesgo de estar desarrollando Burnout y el 2% (n=11) tienen una exposición desfavorable al Burnout por lo que se infiere que el Burnout les está generando problemas de salud.



Tabla N°6

*Niveles de Satisfacción*

Categoría	Menos de 31 años		Entre 31 - 45 años		Más de 45 años		Total	
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%
Muy satisfecho/a	21	18%	56	19%	11	18%	88	19%
Satisfecho/a	79	69%	197	67%	44	73%	320	69%
Insatisfecho/a	14	12%	32	11%	4	7%	50	11%
Muy insatisfecho/a	1	1%	7	2%	1	2%	9	2%
Total de muestra	115	100%	292	100%	60	100%	467	100%

En la Tabla 6 podemos ver que hay un total del 69% (n=320) de colaboradores satisfechos con su trabajo siendo este la mayor cantidad de colaboradores, seguido se puede encontrar que el 19% (n=88) de personas tienen un nivel Muy satisfechos en relación con su trabajo, por otro lado una minoría del 11% (n=50) de colaboradores tienen un nivel de Insatisfacción con su trabajo y por último sólo el 2% (n=9) de colaboradores presentan una percepción de Muy insatisfecho con su trabajo.

Tabla N°7

*Correlación entre Atención Plena y Percepción de Salud-Satisfacción*

		<b>Obs</b>	<b>Des</b>	<b>AC</b>	<b>AJ</b>	<b>AR</b>	<b>TAP</b>
<b>Salud general</b>	Correlación de Pearson	,018	,106*	,202**	,203**	-,054	,160**
	Sig. (bilateral)	,701	,022	,000	,000	,246	,001
<b>Salud mental</b>	Correlación de Pearson	,019	-,235**	-,438**	-,321**	,121**	-,304**
	Sig. (bilateral)	,677	,000	,000	,000	,009	,000
<b>Estrés</b>	Correlación de Pearson	-,085	,095*	,335**	,268**	-,146**	,153**
	Sig. (bilateral)	,067	,040	,000	,000	,002	,001
<b>Burnout</b>	Correlación de Pearson	,016	,098*	,249**	,211**	-,071	,186**
	Sig. (bilateral)	,725	,034	,000	,000	,127	,000
<b>Satisfacción</b>	Correlación de Pearson	-,001	,113*	,143**	,119*	-,087	,102*
	Sig. (bilateral)	,976	,015	,002	,010	,061	,028

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

\*\*. La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Observación (Obs), Descripción (Des), Actuar con conciencia, (AC), Ausencia de juicio (AJ), Ausencia de reactividad (AR) y Total de atención plena (TAP)

En la Tabla 7 al calcular la correlación existente entre las dimensiones de la Atención plena y la Autopercepción de Salud y Satisfacción, observamos que la correlación existente entre las variables de Estrés y Observación, observamos que la correlación entre las variables es negativa, el valor del coeficiente de correlación de  $-0.085$  nos indica que la correlación es muy baja. Así mismo al calcular la correlación existente entre las variables de Estrés y Descripción, observamos que la correlación entre las variables es positiva, el valor del coeficiente de correlación de  $0.095$  nos indica que la correlación es muy baja. También podemos que la correlación existente entre las variables de Burnout y Descripción, observamos que la correlación entre las variables es positiva, el valor del coeficiente de correlación de  $0.098$  nos indica que la correlación es muy baja. Además, encontramos que la correlación existente entre las variables de Burnout y Ausencia de Reactividad, observamos que la correlación entre las variables es negativa, el valor del coeficiente de correlación de  $-0.071$  nos indica que la correlación es muy baja. De igual manera la correlación existente entre las variables de Satisfacción y Ausencia de Reactividad, observamos que la correlación entre las variables es negativa, el valor del coeficiente de correlación de  $-0.087$  nos indica que la correlación es muy baja. Por otro lado, la correlación entre Satisfacción y las demás variables estudiadas, es positiva “muy baja” esto lo corrobora el coeficiente de correlación con un valor de  $0.102$  siendo este mucho menor a 1.



## Discusión

El propósito de esta investigación fue determinar si existe una correlación entre atención plena y las dimensiones de salud y satisfacción en colaboradores de una empresa de Tacna; dichos resultados indican que no existe una correlación entre ambas variables.

Pese a que diversas investigaciones muestren que un programa de atención plena pueda mejorar los factores de nuestra variable salud-satisfacción como la de Bazarko et al. (2013) donde se mostró una mejora en la Salud general (percibida) o los estudios de Birnie, Speca y Carlson (2010) y Bazarko et al. (2013) mostraron resultados significativos en el programa con la reducción de estrés, o estudios que realizan una revisión bibliográfica de los efectos positivos de esta técnica en el Burnout, como el estudio de Cohen, Wiley, Capuano, Baker y Shapiro (2005); entre otros.

Pese a la diversidad de estudios, la mayoría destaca la importancia de la técnica para mejorar diferentes aspectos, entre ellos los estudiados en esta investigación (salud general, salud mental, estrés, Burnout y satisfacción). Sin embargo, la pregunta es vigente, ¿Por qué pese a tener un sustento teórico fuerte, sobre beneficios de la atención plena, nuestras variables estudiadas, no demuestran dicha aportación en nuestros resultados?

Proponemos algunas hipótesis que podrían dar respuesta a esta consigna.

La principal es que los estudios teóricos que buscaron analizar el nivel de atención plena en diferentes poblaciones, implicaron a estudiantes de colegios, universitarios y personas con estudios. Algo que en nuestra muestra no se encuentra, pues en el estudio realizado se encontró que la mayoría de los trabajadores pertenencia a la clase media y baja y en el nivel de instrucción predominante era secundaria incompleta. Además las condiciones donde residían no eran las ideales, el personal de campo dormía en habitaciones pequeñas donde dormían de 6 a 10 personas en una sola habitación, tomando en cuenta que no todos se encontraban en los mismos turnos muchas veces se quejaban que no los dejaban dormir sus 6 horas ya que al ingresar su compañero

los levantaba; cabe mencionar que la hora de iniciar labores era a las 4:00 am ya que en el caso que no estuvieran listos se quedaban en el campamento y no subían a su área de trabajo y en el caso de turno nocturno trabajaban de 8:00 pm a 6:00 am, respecto a la alimentación si bien era equilibrada, había una negativa hacia la comida con quejas frecuentes sobre su sabor. También hay que tomar en cuenta la seguridad en la obra si bien era una prioridad de la empresa, se habían dado accidentes recientemente llegando a lesiones y pérdidas tanto material como humana por lo que podemos inferir que había un contexto de preocupación sobre su vida.

Es decir, si nos basamos en los estudios realizados por Maslow en su “teoría de la motivación humana” propone una especie de jerarquía donde colisionan las necesidades y factores que motivan a las personas, estas se dividen en 5 categorías de necesidades, a medida que nosotros satisfacemos la más elemental, se dispara una nueva necesidad, y así sucesivamente hasta llegar al culmen. Este efecto pudo verse potencializado debido a que el proyecto donde se aplicó el cuestionario estaba a punto de culminar y los trabajadores no serían reubicados a nuevos trabajos hasta nuevo aviso, o quizás por el hecho de que no exista un contrato fijo con la empresa.

Las cinco categorías son: necesidades fisiológicas (orientadas a lo supervivencia, como es el dormir, sexo, comer y refugio); necesidad de seguridad (orientada a la necesidad de seguridad de la persona, como es la seguridad física –salud-, recursos económicos, e integridad física); necesidad de amor, afecto y pertenencia (orientado a sentirse dentro de un grupo social, sentir amor y pertenencia, para evitar los sentimientos de soledad); la necesidad de estima (orientado hacia la autoestima, buscar el reconocimiento de otros, llegar a logros particulares, incrementar sentimiento de confianza a sí mismo y libertad) y por último la necesidad de autorrealización (orientado a la finalidad que tiene cada persona en la vida, es decir para que nació y para qué es bueno).

El estudio realizado pretende decirnos, que para tener niveles altos de atención plena, deberíamos por lo menos estar superando las necesidades de estima; sin embargo, a no tener una

escolaridad completa, además de no estar estable económicamente, las personas tenderán a pensar más en satisfacer sus necesidades fisiológicas y de seguridad, antes de estar pensando en algo más trascendental como es la atención plena; y por ende la correlación con la variable de salud y satisfacción.

La segunda teoría, es que no se obtuvo la correlación esperada, debido a que los estudios realizados en atención plena, buscaban mediante la práctica de esta mejorar las variables independientes, es decir se realizaban estudios experimentales o cuasi experimentales. Donde mediante los ejercicios, buscaban que los individuos tengan conciencia de su actuar y por ende mejorar su atención plena. En cuanto nuestro estudio fue determinar si el nivel de atención plena de los trabajadores (puede que tengan un cierto nivel, pero no son conscientes de ello) puede influir en su percepción de salud y satisfacción.

En relación a la Atención plena, para evaluar la consistencia de los instrumentos podemos ver que los cuestionarios de auto informes para determinar el nivel de Atención plena de un individuo son una herramienta en la que varios investigadores se han enfocado con mucho éxito, aunque a pesar de lograr una alta consistencia interna en sus instrumentos no ha habido un consenso sobre cuál es la mejor opción para realizar este tipo de evaluaciones. Por ejemplo el trabajo de Buchheld, Grossman, & Walach (2001) creó el The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI), un instrumento de 30 ítems con una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .93 donde si bien se planteó 4 dimensiones, en el análisis factorial exploratorio el autor recomienda que la interpretación debería de ser unidimensional; también está el trabajo de Brown & Ryan (2003) que crearon The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), un instrumento de 15 ítems que tiene una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .92 en la cual se ve la Atención plena como un constructo de una sola dimensión; otro cuestionario utilizado es The Cognitive and Affective Mindfulness Scale que fue creado por Feldman, Hayes, Kumar, & Greeson, (2004) que consta de 12 ítems y tiene una con una



consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .74 de la misma manera que los anteriores trabajos considera la Atención plena como un solo factor; también se tiene el trabajo de Baer, Smith, y Allen (2004) que crearon The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS) que consta de 39 ítems y una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .76, la diferencia radica que este instrumento tiene una modalidad de medición de 4 factores; y por último tenemos The Mindfulness Questionnaire (MQ) creado por Chadwick, Hember, Mead, Lilley y Dagnan (2005) que cuenta con 16 ítems y una consistencia interna (Alfa de Cronbach) de .89, el instrumento si bien tiene 4 factores el autor recomienda que se utilice una dimensión general.

Por lo expuesto anteriormente el uso de cuestionario de auto reporte es una técnica usada ampliamente pero que todavía no llega a generar un consenso entre el mejor instrumento, en el caso de esta investigación se utilizó el FFMQ (Baer et al., 2006) ya que es el único que ha sido utilizado en población peruana como consta en el trabajo de Loret de Mola (2009). Lo que si comparten en su mayoría es que la población utilizada para generar el instrumento es una población que conoce los conceptos básicos de meditación, practica la meditación o son pacientes clínicos por lo que su uso en nuestra población presentó algunas dificultades debido a la complejidad de los ítems.

En el caso de la variable Salud y Satisfacción, su validez y consistencia ya ha sido puesta a prueba anteriormente en investigaciones hechas en población peruana que comparte algunos rasgos con nuestra población (Barreda y Guzmán, 2017; Córdova y Sana, 2016). Los trabajos de investigación anteriormente citados utilizaron el mismo instrumento que es el ISTAS 21 con resultados positivos sobre su investigación.

## Conclusiones

**Primera:** No se encontró relación significativa entre atención plena y los factores de percepción de salud - satisfacción en los colaboradores de la empresa privada de Tacna.

**Segunda:** El nivel predominante de Atención plena es Medio, conformando un 82.01% de la muestra recolectada, el 7.92% se encuentra en un nivel Alto y un 10.06% en un nivel Bajo

**Tercera:** Los factores de percepción de Salud – satisfacción, se encontraron que percepción de la *salud general* predomina una categoría excelente o muy buena, *salud mental* en un nivel medio, *nivel de estrés* muestra una exposición favorable, como también en *Burnout* y por último en *nivel de satisfacción* se encontró la categoría de satisfecho

## Sugerencias

**Primera:** Incentivar el estudio de la variable atención plena con otros indicadores que evalúen con mayor exactitud la variable percepción de salud - satisfacción, empleando otras pruebas con mejores reactivos; además se debe realizar un estudio experimental, para ver si la práctica de atención plena, puede mejorar los niveles de percepción de salud – satisfacción

**Segunda:** Proponer un estudio, donde se evalúen los indicadores de salud y satisfacción, con la teoría de las necesidades de Maslow, para luego proceder a elaborar un plan de intervención con atención plena, para ver si los indicadores pueden mejorar, pese a que la población, no llegue a tener un nivel óptimo en la pirámide de las necesidades.

**Tercera:** Realizar un estudio comparativo de los factores de la variable percepción de salud-satisfacción con otras pruebas que midan lo mismo.



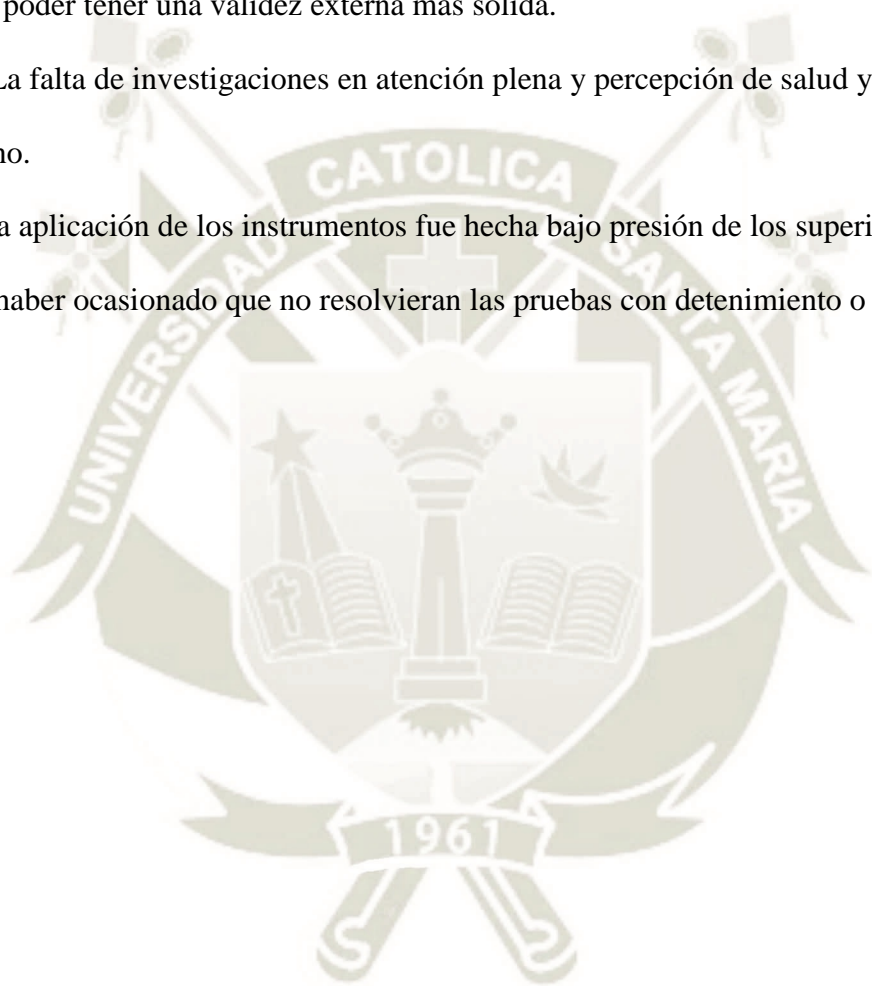
## Limitaciones

**Primera:** No se contó con instrumentos que tengan mayores reactivos para medir los indicadores de la variable percepción de salud - satisfacción.

**Segunda:** Se debió realizar un estudio más homogéneo en cuanto a nivel de estudio en la muestra, para poder tener una validez externa más sólida.

**Tercera:** La falta de investigaciones en atención plena y percepción de salud y satisfacción en ámbito peruano.

**Cuarta:** La aplicación de los instrumentos fue hecha bajo presión de los superiores inmediatos lo que puede haber ocasionado que no resolvieran las pruebas con detenimiento o veracidad.



## Referencias

- Abril, HM. (2013). *Mindfulness y Tercera Edad*. Extraído el 21 de noviembre de 2017 de:  
<http://www.martaabril.com/descargas/mindfulnessyterceraedad.pdf>
- Aguilar, T. (2017). *Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote* (Tesis de pregrado). Universidad César Vallejo, Chimbote, Perú.
- Alvarado, R., Marchetti, N., Villalón, M., Hirmas, M., y Pastorino, M. S. (2009). Adaptación y análisis psicométrico de un cuestionario para evaluar riesgos psicosociales en el trabajo en Chile: versión media del CoPsoQ. *Revista chilena de Salud Pública*, 13(1), 7-16.
- Aragón, R., García, M. y Dolores, B. (2014). Encuesta de SALUD sf-36: Validación en tres contextos culturales de México. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*, Vol, 3. 5-16.
- Arias, W. L., Justo, O. y Muñoz, E. (2014). Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento en psicólogos Arequipa. *Revista de psicología Universidad San Pablo*, 4(4), 25-42.
- Arteaga-Romani, A., Junes-Gonzales, W. y Navarrete-Saravia, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista médica panacea*. Extraído de:  
<http://rev.med.panacea.unica.edu.pe>
- Artiaga, J., Aldaroso, J. C. y Cantonnet, M. E. (2010). El estrés en los Técnicos de Prevención del Sector de la Construcción. *International Conference on Industrial Engineering and Industrial Management*. Extraído de:  
[http://adingor.es/congresos/web/uploads/cio/cio2010/HEALTH\\_AND\\_OCCUPATIONAL\\_SECURITY\\_MANAGEMENT\\_AND\\_ERGONOMICS/585-592.pdf](http://adingor.es/congresos/web/uploads/cio/cio2010/HEALTH_AND_OCCUPATIONAL_SECURITY_MANAGEMENT_AND_ERGONOMICS/585-592.pdf)
- Asuero, A. (2005). Aplicación de la Técnica MBSR para Reducir el Malestar Psicológico en el Entorno Laboral. *Gestión Practica de Riesgos Laborales*, 21, 22-26.
- Badino, C. (2012). *Vivir y morir plenamente Mindfulness: simplificando mente cerebro cuerpo*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Badino Clara.
- Baer, R., Smith, G. y Allen, K. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11, 191-206.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45

- Baer, R., Smith, G., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D. y Williams, J. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15, 329-342.
- Bajaj, B. y Pande, N. (2015). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63–67.
- Barreda, C. y Guzmán, C. (2017). *Factores de riesgo psicosocial y productividad del área de producción de empresa industrial en Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Bazarko, A., 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 Workplace Behavior Health*, 28(2), 107-133. doi: 10.1080/15555240.2013.779518. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23667348>
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York, U.S.A.: HyperCollins. 240 p.
- Birnie, K., Speca, M., & Carlson, L. E. (2010). Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (mbsr). *Stress & Health*, 26(5), 359-371. doi: 10.1002/smi.1305. Extraído de: [https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/MBSR-Exploring\\_self-compassion\\_empathy\\_in\\_the\\_context\\_of\\_mindfulness\\_based\\_stress\\_reduction.pdf](https://self-compassion.org/wp-content/uploads/publications/MBSR-Exploring_self-compassion_empathy_in_the_context_of_mindfulness_based_stress_reduction.pdf)
- Blanch, J. M., Sahagún, M., y Cervantes, G. (2010). Estructura Factorial del Cuestionario de Condiciones de Trabajo. Factor Structure of Working Conditions Questionnaire. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 26(3), 175-189. Extraído de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1576-59622010000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1576-59622010000300002)
- Brown, D. D., Bravo, A. J., Roos, C. R., & Pearson, M. R. (2015). Five facets of mindfulness and psychological health. *Mindfulness*, 6, 1021-1032. Doi: 10.1007/ s12671-014-0349-4. Extraído de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26504498>
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.



- Bubonyaa, M., Cobb-Clark, D. A. y Wooden, M. (2017). Mental health and productivity at work: Does what you do matter? *Labour Economics*, 46, 150-165.  
doi.org/10.1016/j.labeco.2017.05.001
- Buchheld, N., Grossman, P., & Walach, H. (2001). Measuring mindfulness in insight meditation (Vipassana) and meditation-based psychotherapy: The development of the Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Journal for Meditation and Meditation Research*, 1, 11-34.
- Carmody, J., y Baer R. A. (2008) Relationships between Mindfulness Practice and Level on Mindfulness, Medical and Psychological Symptoms and Well-being in a Mindfulness-Based Stress Reduction Program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23 – 30.
- Chadwick, P., Hember, M., Mead, S., Lilley, B., & Dagnan, D. (2005). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: *Reliability and validity of the Mindfulness Questionnaire. Unpublished manuscript.*
- Cohen, J. P., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., y Shapiro, S. P. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout. Extraído de:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15736727>
- Colzato, L. S., Ozturk, A. y Hommel, B. (2012). Meditate to create: the impact of focused-attention and open-monitoring training on convergent and divergent thinking. *Frontiers in Psychology* 3(1):116. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00116.
- Córdova, M. y Sana, W. (2016). *Riesgos psicosociales en el trabajo y satisfacción familiar en una empresa manufacturera de Arequipa* (Tesis de pregrado). Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Perú.
- Cox, T., Griffiths, A. J. (1996). The assessment of psychosocial hazards at work. In M.J.Schabracq, J. A. M. Winnubst, y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. (pp. 127-146). Chichester: Wiley and Sons.
- Crespo, M., Labrador, F. J. (2003). *Estrés*. Madrid, España: Síntesis
- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. y Sheridan JF. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Epel, E., Daubenmier, J., Moskowitz, J. T., Folkman, S., y Blackburn, E. (2009). Can meditation slow rate of cellular aging? Cognitive stress, mindfulness, and telomeres. *Ann N Y Acad Sci*, 1172: 34–53. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.04414. x.

- Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D. y Segal, Z. V. (2010). Minding One's Emotions: Mindfulness Training Alters the Neural Expression of Sadness. *Emotion American Psychological Association*, 10(1), 25–33.
- Feldman, G. C., Hayes, A. M., Kumar, S. M., & Greeson, J. M. (2004). Development, factor structure, and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale. *Unpublished manuscript*.
- Gill-Monte, P. (2012). Riesgos Psicosociales en el Trabajo y Salud Ocupacional. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29, 237-341.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., 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. y Haythornthwaite, J. A. (2004). Meditation programs for psychological stress and well-being a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3): p. 357-368.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Hervás, G., Cebolla, A., Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en Mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27, 115-124. Extraído el 21 de noviembre del 2018 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416300391>
- Igaurgi, I., Póo, M y Marquez, I. (2004). Salud Pública. *Valoración del índice de salud SF-36 aplicado a usuarios de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad autónoma vasca*. 5, 609-621. Extraído de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n5/original4.pdf>
- Imo U. Burnout and psychiatric morbidity among doctors in the UK: A systematic literature review of prevalence and associated factors. *BJPsych Bulletin* [Internet]. 2017 [Accedido 07 enero 2018]. 41(04):197-204. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537573/pdf/pbrcpsych\\_41\\_4\\_00](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5537573/pdf/pbrcpsych_41_4_00)
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós (Orig. 1990).
- Locke, E. (1976). *The nature and causes of job satisfaction*", in Dunnette. *Handbook of industrial and organizational psychology*. Chicago, Estados Unidos: Rand McNally College Ed.
- Loret de Mola, A. M. (2009). *Confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de meditadores y no meditadores* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.



- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La Meditación en Psicología Clínica. *Gaceta de Psicología*, 50, 13-29. Recuperado de <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/01/MINDFULNESS-ATENCI%C3%93N-PLENA-LA-MEDITACI%C3%93N-EN-PSICOLOG%C3%8DA.pdf>
- Martín-Asuero, A., y García de la Banda, G. (2007). Las ventajas de estar presente: desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 369-384.
- Martínez, E. y Díaz, D. (2007). Una aproximación psicosocial al estrés escolar. *Educación y Educadores*, 10(2). Recuperado de: <http://educacionyeducadores.unisabana.edu.co/index.php/eye/article/view/687>
- Martínez, M., Pedrosa, A., Olvera, MC. (2017). Resultados de un taller de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria, 21, 13-24.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1996) *The Maslach Burnout Inventory*. Research Edition. California, Estados Unidos: Consulting Psychologist Press.
- Maticorena-Quevedo J, Beas R, Anduaga-Beramendi A, Mayta-Tristán P. Prevalencia del síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Perú, Ensusalud 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* [Internet]. 2016 [Accedido 7 enero 2018] 33(2):241. Disponible en: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2170/2145>
- Moncada, S., Llorens, C., Andrés, R., Moreno, N. y Molinero, E. (2014). *Manual del método CoPsoQ-istas21 (versión 2) para la evaluación y la prevención de los riesgos psicosociales en empresas con 25 o más trabajadores y trabajadoras*. Recuperado de [https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20\(24-07-2014\).pdf](https://copsoq.istas21.net/ficheros/documentos/v2/manual%20Copsoq%20(24-07-2014).pdf).
- OMS (2001) *Recursos de la salud mental en el mundo*. Ginebra: Atlas.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., y Bjorner, J. B. (2010). La segunda versión del cuestionario psicosocial de Copenhague, *Scand J Salud pública* VOL3 8-24
- Prieto, J.M. (1999). *Desencadenantes del estrés Laboral*. Madrid. Pirámide.



- Pelechano, V. (1991). Familia, estrés y enfermedad. *Análisis y modificación de conducta*, 17 (55), 729-774.
- Porter, L. y Lawler E. (1968). *Managerial Attitudes and Performance*. California, Estados Unidos: Irwin-Dorsey.
- Real Academia Española. (2017). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rodríguez, M. (1995): *Manual de psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Setterlind, S. y Larson, G. (1995): —The stress profile: a psychosocial approach to measuring stress. *Stress Medicine*, 111, 85-95
- Siegel, D. (2010). *Cerebro y Mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Simón, V. (2007). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia* Vol. XVII, N°66/67, 5-30. Extraído el 21 de noviembre del 2017 de: <https://pdfs.semanticscholar.org/63f4/c5b7b5e56dc2a963bd5806dc1f5e7ff5d084.pdf>
- Valle, R. (1995) *Gestión estratégica de recursos humanos*. Estados Unidos: Addison Wesley Iberoamericana. pp. 80-98.
- Villalobos, G. (2004). Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa. *Revista Ciencia y Trabajo*, 14, 197-201.

## Anexos

### Anexo 1

#### CUESTIONARIO DE LAS CINCO FACETAS DE MINDFULNESS (FFMQ; BAER ET AL, 2006; VERSIÓN TRADUCIDA AL ESPAÑOL)

Por favor, califique cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta. Marque con una “X” en la frecuencia que describe de la mejor manera su opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para usted.

- 1 = Nunca o muy rara vez cierto
- 2 = Rara vez cierto
- 3 = Algunas veces cierto
- 4 = A menudo cierto
- 5 = Muy a menudo o siempre cierto

ENUNCIADO	1	2	3	4	5
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.					
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.					
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.					
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.					
5. Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.					
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.					
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.					
8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.					
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.					
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.					
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.					

12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.					
13. Me distraigo fácilmente.					
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera					
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.					
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas					
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.					
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente					
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me “detengo” y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.					
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.					
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.					
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.					
23. Parece que actuó en “piloto automático”, sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.					
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.					
25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.					
26. Percibo los olores y aromas de las cosas.					
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.					
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.					
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.					
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentirlas.					
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.					
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.					
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.					



34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.					
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.					
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.					
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.					
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.					
39. Me desapruero cuando tengo ideas irracionales.					



## Anexo 2

# CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE SALUD Y SATISFACCIÓN EN EL TRABAJO

Versión media para empresas de 25 o más trabajadores/as

Adaptación del Cuestionario Psicosocial de Copenhagen (Versión 2, 2014)

## Anexo IV. Cuadro resumen de dimensiones y preguntas de salud y satisfacción

En la siguiente tabla se indican las preguntas del cuestionario asociadas a las dimensiones de salud y satisfacción que identifica el método CoPsoQ-istas21.

<b>SALUD GENERAL</b>	<p><b>P30</b> En general ¿dirías que tu salud es?</p> <p>Excelente/Muy buena/Buena/Regular/Mala</p>
<b>SALUD MENTAL</b>	<p>Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...</p> <p><b>P32a</b> has estado muy nervioso/a?</p> <p><b>P32b</b> te has sentido tan bajo/a de moral que nada podía animarte?</p> <p><b>P32c</b> te has sentido calmada/o y tranquila/o?</p> <p><b>P32d</b> te has sentido desanimado/a y triste?</p> <p><b>P32e</b> te has sentido feliz?</p>
<b>ESTRÉS</b>	<p>Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...</p> <p><b>P31e</b> has tenido problemas para relajarte?</p> <p><b>P31f</b> has estado irritable?</p> <p><b>P31g</b> has estado tenso/a?</p> <p><b>P31h</b> has estado estresado/a?</p>
<b>BURNOUT</b>	<p>Durante las últimas cuatro semanas ¿con qué frecuencia...</p> <p><b>P31a</b> te has sentido agotado/a?</p> <p><b>P31b</b> te has sentido físicamente agotado/a?</p> <p><b>P31c</b> has estado emocionalmente agotado/a?</p> <p><b>P31d</b> has estado cansado/a?</p>
<b>SATISFACCIÓN</b>	<p><b>P33</b> ¿Cuál es tu grado de satisfacción en relación con tu trabajo, tomándolo todo en consideración?</p>