

Formación en mindfulness e impactos en la salud mental en trabajadores no docentes de una universidad pública

Treinamento em mindfulness e impactos na saúde mental em funcionários não docentes de uma universidade pública

Mindfulness training and mental health outcomes in non-teaching staff at a public university

Larissa Bessani Hidalgo Gimenez¹, Larissa Horta Esper², Mariana Fernandes³, Maria Neyrian de Fátima Fernandes⁴, Vinicius Santos de Moraes⁵, Edilaine Cristina da Silva Gherardi-Donato⁶

Cómo citar este artículo: Formación en mindfulness e impactos en la salud mental en trabajadores no docentes de una universidad pública. Rev Enferm Atenção Saúde [Internet]. 2025 [acceso en: ____]; 15(1): e202552. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v15i1.7250>

¹ Doctora y Maestra en Ciencias de la EERP-USP. Graduación en enfermería en la UFMT. Docente na UFMT e no UNIFASIFE, nos cursos de Enfermagem e Psicologia. Coordinadora del curso de posgrado (lato sensu) em Enfermagem Obstétrica na UNIFASIFE. Docente de cursos de especialização em Saúde Mental e Enfermagem Obstétrica (UNIFASIFE). Instructora certificada en Mindfulness en el Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Miembro del Centro de Mindfulness e Terapias Integrativas de la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto y del Grupo de Estudios e Pesquisa en Salud Mental - GPEMEN de la USP. USP-SP. <https://orcid.org/0000-0002-3262-0023>

² Enfermeira pela EERP-USP. Mestrado e Doutorado em Ciências e Pós-doutorado pela FMRP-USP. Doutorado sanduíche na instituição norte-americana Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (UNC). Docente nas siguientes instituciones de enseñanza superior: profesora substituta en la EERP de la USP, profesora en el Departamento de Medicina de la UFSC, profesora convidada en la UFMT. Actualmente é docente no curso de medicina da IDOMED Ribeirão Preto e curso de enfermagem no Centro Universitário Barão de Mauá. <https://orcid.org/0000-0002-8224-2833>

³ Doutoranda no Programa de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP-USP. Maestro en Ciencias de la Salud Pública y graduado en Promoción de la Salud en la Comunidad de la FMRP-USP. Instructora Sênior de Mindfulness pelo Mindfulness Trainings International - MTi e Instructora de Mindfulness pelo Mente Aberta - Centro Brasileiro de Mindfulness e Promoção de Saúde - da UNIFESP. Miembro del Centro de Mindfulness y Terapias Integrativas y del Grupo GPEMEN de la EERP-USP. Psicóloga formada pela PUC/SP. USP. <https://orcid.org/0000-0002-4551-7017>

⁴ Profesora Adjunta del departamento de Enfermagem de la UFMA. Enfermeira. Douta pelo Programa de Enfermagem Psiquiátrica da EERP-USP, com estágio de doutorado sanduíche no Departamento de Medicina de Reabilitação da Universidade de Washington em Seattle e estágio na Organización Mundial da Saúde sediada em Washington DC nos Estados Unidos. Mestre em Enfermagem pela UFRN, especialista em Curso de Formação de Pesquisadores em Álcool e outras Drogas pela USP, especialista em Enfermagem do Trabalho pela Universidade Potiguar. <https://orcid.org/0000-0001-7626-9733>

⁵ Fisioterapeuta y Pós-graduado en Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil pelo CBM. Maestro en Ciencias de la Salud de la EERP-USP. Docente convidado dos cursos de posgrado en Fisioterapia Neurofuncional Adulto e Infantil y Fisioterapia en Gerontología pelo CBM. Instructor de mindfulness pelo Mindfulness Training International (MTi). Miembro e Instructor del Centro de Mindfulness y Terapias Integrativas (EERP-USP). Miembro del GPEMEN/CNPq. USP. <https://orcid.org/0000-0003-0762-3641>

⁶ Profesora Titular, enfermeira de la EERP-USP. Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica e Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP, período sanduíche na Universidad Autónoma de Querétaro - México. Pós-Doutorado pela Universidad de Alberta - Canadá. Instructora Sênior de Mindfulness certificada en Brasil y en Estados Unidos. Miembro del Grupo de Trabajo en Prácticas Integrativas y Complementarias (GTPICS) del COREN-SP. Miembro del Capítulo Rho Upsilon de la Sociedade Honorífica Sigma Theta Tau International y de la Sociedade Brasileira de Enfermagem Forense (SOBEF). Miembro de la Sociedad de Neurociencia (SfN) y de la Asociación Estadounidense de Enfermeras de Neurociencia. Miembro de la Red Internacional de Enfermería en Salud Mental RIENSAME y de la Red Internacional de Escuelas de Enfermería para la Prevención del Uso Indebido de Drogas - REIEEPUID. USP. <https://orcid.org/0000-0001-7475-6650>



RESUMEN

Objetivo: evaluar la efectividad de una Intervención basada en Mindfulness en relación con los niveles de mindfulness, estrés percibido, depresión, ansiedad y burnout. **Métodos:** estudio cuasiexperimental con una muestra de 60 trabajadores de una universidad pública. Los participantes fueron asignados a un grupo que recibió intervención (GE: 30) y otro que no recibió intervención, considerado grupo control (CG: 30). Fueron evaluados al inicio y después de la intervención. **Resultados:** El GE mostró un aumento en la puntuación media total de Mindfulness y en dos facetas de la escala FFMQ (observación y no reactividad a la experiencia interior). En comparación con el GC, hubo una reducción en las puntuaciones medias de estrés percibido, depresión y ansiedad. No se observó el mismo efecto después de la intervención en el caso del agotamiento. **Conclusión:** El entrenamiento de Mindfulness mostró los niveles percibidos de estrés, depresión y ansiedad de la muestra. Los datos resaltan el potencial de esta intervención para contribuir como estrategia de prevención y promoción de la salud mental de los trabajadores.

Descriptor: Atención plena; Estrés, Salud mental; Lugar de trabajo.

RESUMO

Objetivo: avaliar a eficácia de uma Intervenção baseada em Mindfulness em relação aos níveis de atenção plena, estresse percebido, depressão, ansiedade e burnout. **Métodos:** estudo quase-experimental com amostra de 60 trabalhadores de uma universidade pública. Os participantes foram alocados em um grupo que recebeu intervenção (GE: 30) e outro que não recebeu intervenção considerado grupo controle (GC: 30). Foram avaliados no início e após a intervenção. **Resultados:** O GE apresentou aumento na pontuação média total de Mindfulness e em duas facetas da escala FFMQ (observar e não reatividade à experiência interior). Quando comparado ao GC houve redução nos escores médios de estresse percebido, depressão e ansiedade. O mesmo efeito após intervenção não foi observado para o burnout. **Conclusão:** o treinamento de Mindfulness diminuiu os níveis percebidos de estresse, depressão e ansiedade da amostra. Os dados evidenciam o potencial desta intervenção para contribuir como estratégia de prevenção e promoção da saúde mental de trabalhadores.

Descritores: Atenção Plena; Estresse, Saúde mental; Ambiente de trabalho.

ABSTRACT

Objective: to evaluate the effectiveness of a Mindfulness-based Intervention in relation to levels of mindfulness, perceived stress, depression, anxiety and burnout. **Methods:** quasi-experimental study with a sample of 60 workers from a public university. Participants were allocated to a group that received intervention (GE: 30) and another that did not receive intervention, considered a control group (CG: 30). They were assessed at the beginning and after the intervention. **Results:** The EG showed an increase in the total mean Mindfulness score and in two facets of the FFMQ scale (observing and non-reactivity to inner experience). When compared to the CG, there was a reduction in the average scores of perceived stress, depression and anxiety. The same effect after intervention was not observed for burnout. **Conclusion:** Mindfulness training showed the sample's perceived levels of stress, depression and anxiety. The data highlight the potential of this intervention to contribute as a prevention and promotion strategy for workers' mental health.

Descriptors: Mindfulness; Stress, Mental health; Workplace.



INTRODUCCIÓN

Los avances actuales de la globalización, como la modernización, la búsqueda constante de eficiencia, las cargas de trabajo excesivas, la presión sobre los plazos y el logro de objetivos a menudo resultan en un aumento significativo de eventos estresantes en el lugar de trabajo.¹ Además, el individuo a menudo no tiene la capacidad suficiente para afrontar estos acontecimientos.²

Los altos niveles de estrés en el lugar de trabajo afectan tanto la productividad laboral como la calidad de vida del trabajador, y pueden evolucionar hacia el desarrollo de estrés crónico, que se ha relacionado con el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos.¹⁻³

La literatura científica ha evidenciado el uso creciente de prácticas complementarias e integrativas no farmacológicas para manejar condiciones clínicas influenciadas por el estrés, demostrando un potencial beneficioso para la salud en términos clínicos y psicológicos. Trastornos. Entrenamiento de atención plena (MT) Entre tales prácticas se destaca.^{4,5}

La atención plena es un estado psicológico caracterizado por la regulación intencional de prestar atención a lo que sucede en ese momento, promoviendo una mayor conciencia de la experiencia del momento presente.^{4,5} El concepto de atención plena se origina en las tradiciones filosóficas

y contemplativas del budismo; sin embargo, las prácticas basadas en la atención plena suelen ser una práctica secular en el ámbito de la atención médica.^{4,5}

El interés por la TA en los entornos laborales comenzó en las empresas a finales de los años 80 y ganó popularidad en los años 2000, cuando grandes empresas, como Google, lanzaron programas de mindfulness para su fuerza laboral. Desde entonces, la TA ha ido creciendo en grupos ocupacionales y en servicios específicos, como la enseñanza, la educación, la atención sanitaria, la salud mental y los trabajadores sociales.⁴⁻⁶ Estudios previos realizados con personal universitario no docente mostraron tasas significativas de sobrecarga de trabajo y estrés laboral, síntomas ansiosos y depresivos y el uso de estrategias de afrontamiento no asertivas como el abuso de alcohol.^{7,8}

La capacitación en estas prácticas puede ser una alternativa viable, de bajo costo, de fácil acceso y no farmacológica para el manejo del estrés en el lugar de trabajo. La evidencia ha demostrado la eficacia de la MT para mejorar los síntomas de ansiedad y depresión, el burnout, el distrés mental y las quejas somáticas, al tiempo que mejora el bienestar, la compasión y la satisfacción laboral.^{1,5-8}

La MT en el lugar de trabajo puede ser un precedente esencial para sumar recursos organizacionales, ayudando a los trabajadores a reconocer, responder y



reorientar los problemas. Permite a los trabajadores adquirir estrategias adicionales para reducir el estrés y aumentar el bienestar, lo que se traduce en menores intenciones de rotación, menor agotamiento emocional y un mayor compromiso afectivo con la institución laboral.⁷⁻⁸

En el “Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030”, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que las instituciones laborales adopten estrategias integradas de salud y bienestar de los trabajadores que incluyan la prevención, la identificación temprana, el apoyo y la rehabilitación de los síntomas relacionados con el estrés.⁹ Por ello, desde este panorama, el presente estudio decidió aplicar el entrenamiento mindfulness en un grupo heterogéneo de trabajadores con diversos antecedentes educativos, y analizar la efectividad de este tipo de formación sobre los indicadores de salud mental.

Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar la respuesta de una intervención de MT de ocho semanas sobre la atención plena, el estrés percibido, la depresión, la ansiedad y agotamiento niveles en una muestra de trabajadores no docentes de una universidad pública brasileña.

MÉTODOS

Diseño del estudio

El presente estudio es un diseño cuasi-experimental, con pre- y post-test con



un grupo control, que se llevó a cabo en un campus universitario público ubicado en el estado de São Paulo (Brasil), analizando la efectividad de una intervención de entrenamiento en mindfulness de ocho semanas de duración en trabajadores administrativos. El presente estudio se realizó bajo las recomendaciones de los Estándares Consolidados para Informes de Ensayos (CONSORT).¹⁰

El presente estudio cumplió con las especificaciones de acuerdo con la resolución del Consejo Nacional de Salud (CNS) 466 de 2012, con aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Universidad de São Paulo bajo el parecer nº 2.104.739/2017 como primera fase del proyecto de investigación titulado “Entrenamiento de Mindfulness para reducción del estrés en trabajadores de una universidad del interior de São Paulo”.

Población de estudio

Evaluamos la elegibilidad de todos los trabajadores técnico-administrativos (personal no docente) en un campus universitario público ubicado en el estado de Sao Paulo, Brasil. Esta categoría de trabajadores está formada por un amplio grupo de edad, diferentes niveles socioeconómicos, niveles educativos y funciones laborales.

Reclutamiento

Primera fase

Un equipo de investigadores se acercó personalmente a los participantes en sus respectivos lugares de trabajo y los invitó a participar voluntariamente. Se obtuvo el consentimiento por escrito de aquellos que aceptaron participar y, después de una breve instrucción, cada participante recibió un sobre cerrado que contenía encuestas para completar por sí mismo: un cuestionario sociodemográfico, de condiciones laborales y de salud y una escala para evaluar el nivel de estrés autoinformado (PSS14). Como un esfuerzo para abordar posibles fuentes de sesgo, los encuestados tenían al menos una semana para regresar al equipo de investigación y se les indicó que podían comunicarse con los investigadores en caso de tener alguna duda.

Se excluyeron aquellos trabajadores que no fueron localizados en su lugar de trabajo después de tres intentos por parte del equipo de investigación (n=163), que se encontraban de vacaciones (n=192) o de baja por enfermedad (n=114) durante el periodo de recolección de datos. Se excluyeron los materiales incompletos (n=42) y aquellos que no respondieron los cuestionarios (n=264).

Un total de 929 voluntarios devolvieron el material de recopilación de datos completo en la primera fase del ensayo, lo que corresponde al 54,51% de la población total del personal no docente del campus.

Segunda fase

Tras tabular los datos de la primera fase del estudio, los criterios de inclusión de los participantes para pasar a la segunda fase fueron obtener una puntuación en la escala PSS 14 igual o superior a 23 puntos (mediana de la escala). Se excluyeron aquellos con antecedentes de práctica regular de meditación (al menos una vez a la semana en los últimos 12 meses) y que estuvieran en tratamiento psiquiátrico. Adoptamos estas medidas para reducir posibles sesgos de confusión sobre el efecto esperado de la intervención. Al final, 281 participantes cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Intervención

Consciencia capacitación

La intervención se realizó entre marzo y diciembre de 2018, siendo necesaria la realización de siete grupos diferenciados para la realización del estudio: cinco grupos para la recogida de datos y dos grupos ofrecidos posteriormente a los participantes del GC (lista de espera).

El MT consistió en una intervención de mindfulness de ocho semanas de duración, con nueve sesiones. El protocolo de intervención fue estandarizado y las sesiones fueron conducidas por el equipo disponible para esta intervención compuesto por cuatro instructores certificados por Mindfulness



Trainings International (MTi).¹¹ Según la Open Mindfulness Network (ABRAMIND), un programa de entrenamiento en mindfulness debe ser guiado por instructores que tengan criterios indispensables para ofrecer a los participantes un aprendizaje correcto y efectivo de las prácticas, garantizando el logro de los efectos esperados.¹²

Los instructores de MTi brindan la práctica del entrenamiento de atención plena en un contexto secular y mantienen la alineación con los fundamentos del programa de Reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) de Kabat-Zinn⁴ y las recomendaciones del manual de buenas prácticas de atención plena de la Red de profesores basados en la atención plena del Reino Unido Pautas de buenas prácticas para la enseñanza de cursos basados en la atención plena.¹²

La intervención se llevó a cabo en sesiones grupales presenciales de dos horas de duración una vez a la semana durante ocho semanas. Los participantes podían elegir los horarios con antelación (durante los descansos del trabajo o después del trabajo). Las sesiones se llevaron a cabo en el Centro de Mindfulness y Terapias Integrativas de la Escuela de Enfermería ubicado en el campus de la Universidad de São Paulo, Brasil. Además, hubo una sesión de inmersión de cuatro horas en un espacio más grande con un área natural añadida (árboles, plantas,

césped, piso de tierra). Todos los participantes que asistieron completamente a las sesiones recibieron un certificado de finalización en Entrenamiento de Mindfulness del Centro de Mindfulness y Terapias Integrativas de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo en Ribeirão Preto, Brasil.

Las sesiones de MT incluyeron temas centrados en la conexión mente-cuerpo, incluyendo prácticas centradas en la respiración, la conciencia corporal y emocional y la alimentación consciente.

Durante la reunión presencial, se instruyó a los participantes para que realizaran las prácticas diariamente en sus casas durante el resto de la semana. Se ofreció material impreso y en audio para facilitar el procedimiento. Los audios se pusieron a disposición de los participantes en diversas opciones: vía correo electrónico, WhatsApp® o Compact Disc (CD), según la preferencia indicada por el participante. Los audios contenían una guía de la práctica, grabada por los instructores de MT.

Resultados

El resultado primario fue comparar el nivel de mindfulness en trabajadores técnico-administrativos que participaron en el MT de ocho semanas (GE) con el de los trabajadores que no participaron (lista de espera) (GC). Como resultados secundarios, comparamos



los niveles percibidos de estrés, depresión, ansiedad y burnout en el GE y el GC.

Los resultados se evaluaron en los participantes seleccionados para el GE y el GC en dos momentos: una semana antes de la intervención (T0) para determinar los niveles iniciales de los efectos investigados, y luego después de ocho semanas (T1) el último día después de finalizada la intervención.

Instrumentos

Cuestionario de condiciones sociodemográficas, laborales y de salud: contempla datos sobre edad, género, raza, nivel educativo, estado civil y paternidad, religión, actividad física, práctica de meditación, consumo de alcohol y tabaco y tratamiento psiquiátrico.

Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ-BR): Este instrumento mide los niveles de atención plena de forma multidimensional. Aunque se titula con cinco facetas, los autores que validaron la versión brasileña.¹³ Recomiendan que el instrumento se analice considerando siete facetas, a saber: 1) no juzgar la experiencia interna; 2) actuar con conciencia - piloto automático; 3) observar; 4) describir - formulación positiva; 5) describir - formulación negativa; 6) no reactividad a la experiencia interna y 7) actuar con conciencia - distracción.²² El alfa de Cronbach (que mide la confiabilidad interna) en la muestra actual fue de 0,83 tanto

en T0 (antes de la intervención) como en T1 (después de la intervención).

Escala de estrés percibido (PSS14): Esta escala permite evaluar el nivel de estrés autoinformado y consta de 14 preguntas con opciones de respuesta que van desde cero (nunca) hasta cuatro (siempre). Las preguntas con una connotación positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) tienen su puntuación total invertida. Las demás preguntas son negativas, se suman directamente. La puntuación total de la escala puede ir desde cero (sin estrés) hasta 56 (estrés extremo).¹⁴ El alfa de Cronbach en la muestra actual fue .86 en T0 y .85 en T1.

Inventario de depresión de Beck (BDI-II): El BDI-II consta de 21 conjuntos de afirmaciones sobre síntomas depresivos durante los últimos 15 días calificados en una escala ordinal de cero a tres, lo que produce puntuaciones totales que van de cero a 63.¹⁵ El alfa de Cronbach en la muestra actual fue .87 en T0 y .88 en T1.

Inventario de ansiedad de Beck (BAI): El BAI consta de 21 preguntas sobre cómo se ha sentido el individuo durante la última semana, expresadas en síntomas de ansiedad comunes (como sudoración y sentimientos de angustia). Cada pregunta presenta cuatro posibles respuestas, y se debe marcar aquella que más se asemeje al estado mental del individuo y va de cero a 63.¹⁶ El alfa de Cronbach en la muestra actual fue .88 en T0 y .86 en T1.



Inventario de agotamiento de Maslach: estudio general (MBI-GS): Esta versión general para la medición del burnout mantiene una estructura factorial consistente con diversas ocupaciones laborales. Está compuesto por tres dimensiones: Agotamiento Emocional (AE), con seis variables; Cinismo (CE), con cuatro variables, y Eficacia Laboral (EOL), con seis variables. La puntuación se realiza mediante una escala Likert (de cero a seis), que va desde nunca 0; a veces un año o menos 1; una vez al mes o menos 2; algunas veces durante el mes 3; una vez a la semana 4; a veces durante la semana 5, hasta todos los días 6. Los niveles de burnout con la escala MBI-GS se definen como valores hasta 1,33 considerado bajo; entre 1,34 y 2,43 moderado, y por encima de 2,43 alto en cada dimensión.¹⁷ El alfa de Cronbach en la muestra actual fue .92 en T0 y .93 en T1.

Tamaño de la muestra

Utilizamos la escala numérica PSS14 para calcular el tamaño muestral a partir de un estudio¹⁸ por su alto rigor metodológico. Tras aplicar un protocolo de prácticas de mindfulness en pacientes con cardiopatías, se detectaron cambios en los resultados a las 12 semanas respecto a los valores basales (efecto intragrupo) de -2,4 puntos, y diferencias entre grupos de tratamiento (efecto intergrupo) de -1,0 punto en el resultado psicológico de

estrés percibido medido mediante la escala PSS 14.

Considerando que se deseaba detectar una diferencia de 2,4 puntos (δ) en la escala con un nivel de significancia del 5% ($z_{1-\alpha}=1,96$) y una potencia del 80% ($z_{1-\beta}=1,96$), el resultado fue 23 participantes para cada grupo.

También se obtuvo información relacionada con la varianza en los grupos de control y intervención de la lista de espera a partir de un estudio²⁷, y se asumió una correlación de 0,75. Se adoptó una posible pérdida del 35% en el seguimiento para realizar el cálculo ($nc = n1 \text{ pérdida}$). Con esta aplicación, el valor de los participantes de cada grupo ascendió a 40.

Participantes

La segunda fase del estudio incluyó un sorteo de muestra y, tras definir el número de participantes de cada grupo, se convocó a los trabajadores. Para realizar el emparejamiento de los grupos se consideraron las variables edad, género y nivel de trabajo (básico, técnico y superior).

Los 80 participantes que aceptaron participar en esta etapa fueron asignados al Grupo Experimental (GE) y al Grupo Control en lista de espera (GC), y no pudieron elegir en qué grupo querían estar. Los participantes seleccionados fueron invitados a través de llamadas telefónicas y correo electrónico a participar en la segunda fase del estudio y



firmaron un nuevo formulario de consentimiento informado por escrito específico para esta etapa.

Como esta intervención no se pudo enmascarar (los participantes sabían en qué grupo estaban y los instructores sabían que estaban realizando la intervención), los instructores que llevaron a cabo la intervención no tuvieron contacto con los datos ni ningún acercamiento relacionado con la investigación para evitar posibles sesgos de investigación.

Análisis estadísticos

Se consideraron para el análisis de datos los participantes que asistieron al menos a 6 de las 9 sesiones de la intervención. Se realizaron las pruebas de chi-cuadrado de Pearson y exacta de Fisher para comparar las distribuciones de las variables nominales entre el GE y el GC en lista de espera.

La prueba de Mann-Whitney comparó los cambios intergrupales en los resultados de la intervención entre las características iniciales (T0) y después de las ocho semanas de intervención (T1) para el GC y el GE. La prueba no paramétrica se eligió después de considerar el tamaño de la muestra e inspeccionar los histogramas de las variables numéricas por grupo. El $\alpha = 0,05$ se adoptó como criterio de significación en todos los análisis.

Resultados

Flujo de participantes

Los participantes se dividieron en dos grupos: 40 asignados al GE y 40 al GC en lista de espera. El flujo de participantes en la segunda fase del estudio se muestra en la Figura 1. De los 40 participantes asignados al GE, cuatro se negaron a participar en esta fase del estudio porque, aunque se les ofrecieron horarios alternativos, informaron que tenían un conflicto de horario con sus actividades personales.

En el GE hubo un total de seis bajas: cuatro participantes sólo acudieron a la primera sesión y abandonaron el estudio, alegando que no se identificaban con la práctica. Otros dos participantes realizaron sólo el 50% de las sesiones de intervención, justificando ausencias por circunstancias personales imprevistas, por lo que fueron excluidos de los análisis finales. Finalmente, 30 participantes del GE completaron la intervención de ocho semanas, realizando al menos el 60% de las sesiones de MT.

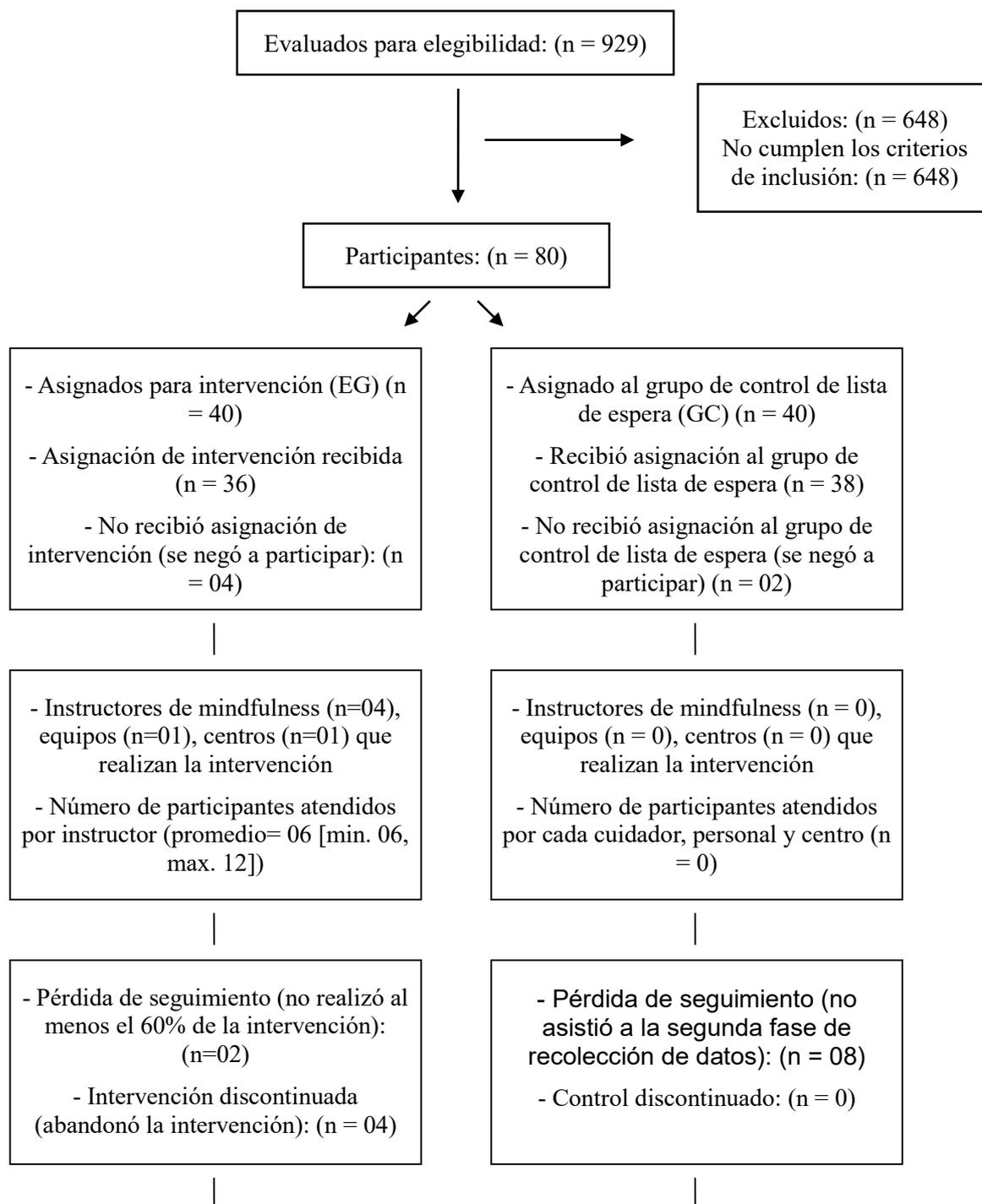
La participación media en la intervención fue del 90%, lo que corresponde a ocho de las nueve sesiones contenidas en el TM de ocho semanas. De los 30 participantes del GE incluidos en los análisis finales, 14 (46,7%) completaron todo el programa de formación.

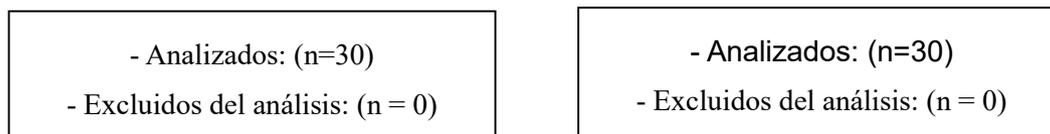
Dos participantes del GC en lista de espera se negaron a participar en la segunda fase, alegando pérdida de interés en continuar



y horarios conflictivos para la recolección de datos. Otros ocho participantes solo realizaron la primera etapa de recolección de datos (T0) y no asistieron a la segunda (T1), por lo que fueron excluidos de los análisis.

En total, 60 participantes (30 del GE y 30 del GC en lista de espera) completaron todas las fases del estudio y fueron considerados para el análisis estadístico (Figura 1).





Fuente: Diagrama de flujo CONSORT modificado para ensayos controlados aleatorios individuales de tratamientos no farmacológicos [31].

Figura 1- Diagrama de flujo de los participantes en la segunda fase del estudio.

Características de la muestra

En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas y las condiciones laborales y de salud de la muestra. Los 60 participantes evaluados no difirieron en ninguna de las variables registradas al inicio (T0). La edad promedio fue de 40.37 años (DE = 8.88), el 60% fueron mujeres y el 40% hombres. La mayoría en ambos grupos reportó estar casado (GC 70.0% y GE 66.7%).

Los dos grupos se distribuyeron de forma igualitaria en cuanto a nivel educativo

(al menos con bachillerato) y nivel laboral (la mayoría ocupaban puestos de nivel técnico, CG 53,3% y GE 76,7%). Algunas personas de ambos grupos declararon tener alguna religión (CG 63,3% y GE 70,0%), aunque no todos practican la misma. La mitad de los dos grupos declararon realizar regularmente algún ejercicio físico (50,0%). Algunos participantes consumían tabaco (CG 10,0%, GE 3,3%), pero un porcentaje considerable consumía regularmente alguna bebida alcohólica (al menos dos veces por semana) (CG 53,3%, GE 33,3%).

Tabla 1- Características sociodemográficas y condiciones de trabajo y salud de muestras de grupos experimentales y control en un ensayo clínico de intervención de Entrenamiento en Mindfulness (n = 60).

Características	CG (n = 30)	Por ejemplo (n = 30)	Estadística
Edad, años [media (DE)]	40,37 (8,88)	40,80 (8,88)	Z = 0,170.p = 0,865
Hombres [n (%)]	12 (40,0)	12 (40,0)	P de Fisher = 1,000
Casado [n (%)]	21 (70,0)	20 (66,7)	P de Fisher = 1,000
Tiene hijos [n (%)]	16 (53.3)	18 (60,0)	P de Fisher = 0,795
Nivel educativo [n (%)]			$\chi^2 = 1,80. gl = 2. p = 0,406$
Escuela secundaria	6 (20.0)	7 (23.3)	
De licenciatura	15 (50,0)	10 (33.3)	



Graduado	9 (30,9)	13 (43.3)	
Nivel de función [n (%)]			P de Fisher = 0,079
Básico	6 (20.0)	1 (3.3)	
Técnico	16 (53.3)	23 (76,7)	
Más alto	8 (26.7)	6 (20.0)	
Trabajo semanal, horas [media (DE)]	39,00 (3,05)	39,87 (0,73)	Z = 1,08. p = 0,281
Tiempo de trabajo, años [media (DE)]	12,53 (8,35)	12,33 (6,94)	Z = 0,47. p = 0,639
Tener otro trabajo [n (%)]	4 (13.3)	1 (3.3)	P de Fisher = 0,353
Tiene alguna religión [n (%)]	19 (63.3)	21 (70,0)	P de Fisher = 0,785
Practica religión [n (%)]*	8 (47,1)	12 (57,1)	P de Fisher = 0,745
Ejercicio físico [n (%)]	15 (50,0)	15 (50,0)	P de Fisher = 1,000
Consumo de tabaco [n (%)]	3(10.0)	1 (3.3)	P de Fisher = 0,612
Consumo de alcohol [n (%)]	16 (53.3)	10 (33.3)	P de Fisher = 0,192

Criterios alfa = 0,05; GC: grupo control en lista de espera; GE: grupo experimental; gl: grado de libertad; DE: desviación estándar; Z: prueba de Mann-Whitney; Fisher: prueba exacta de Fisher; χ^2 : Prueba de chi-cuadrado de Pearson; *Faltan 2 participantes.

Perfil de salud mental de referencia

El EG y la lista de espera CG no difirió al inicio del estudio T0: puntuación total y siete facetas del nivel de atención plena en el FFMQ-BR (valores $p \geq 0,05$); estrés percibido ($p = 0,847$); puntuación de depresión ($p = 0,276$); puntuación de ansiedad ($p = 0,428$); burnout ($p = 0,05$).

Estado post-intervención

Cumplimiento de la ley federal

Después de las ocho semanas de MT, el GE tuvo puntuaciones medias más altas que el CG de la lista de espera para la Faceta 3 - Observar (CG media = 28,35, SD = 5,68 frente a la media del GE = 23,86, SD = 7,06; $p = 0,010$) y la Faceta 6 - No reactividad a la experiencia interna (CG media = 18,30, SD = 4,72 frente a la media del GE = 22,21, SD = 4,28; $p = 0,002$), así como la puntuación total del FFMQ-BR (CG media = 117,00, SD = 18,88 frente a la media del GE = 131,15, SD = 19,27; $p = 0,012$) (Tabla 2).



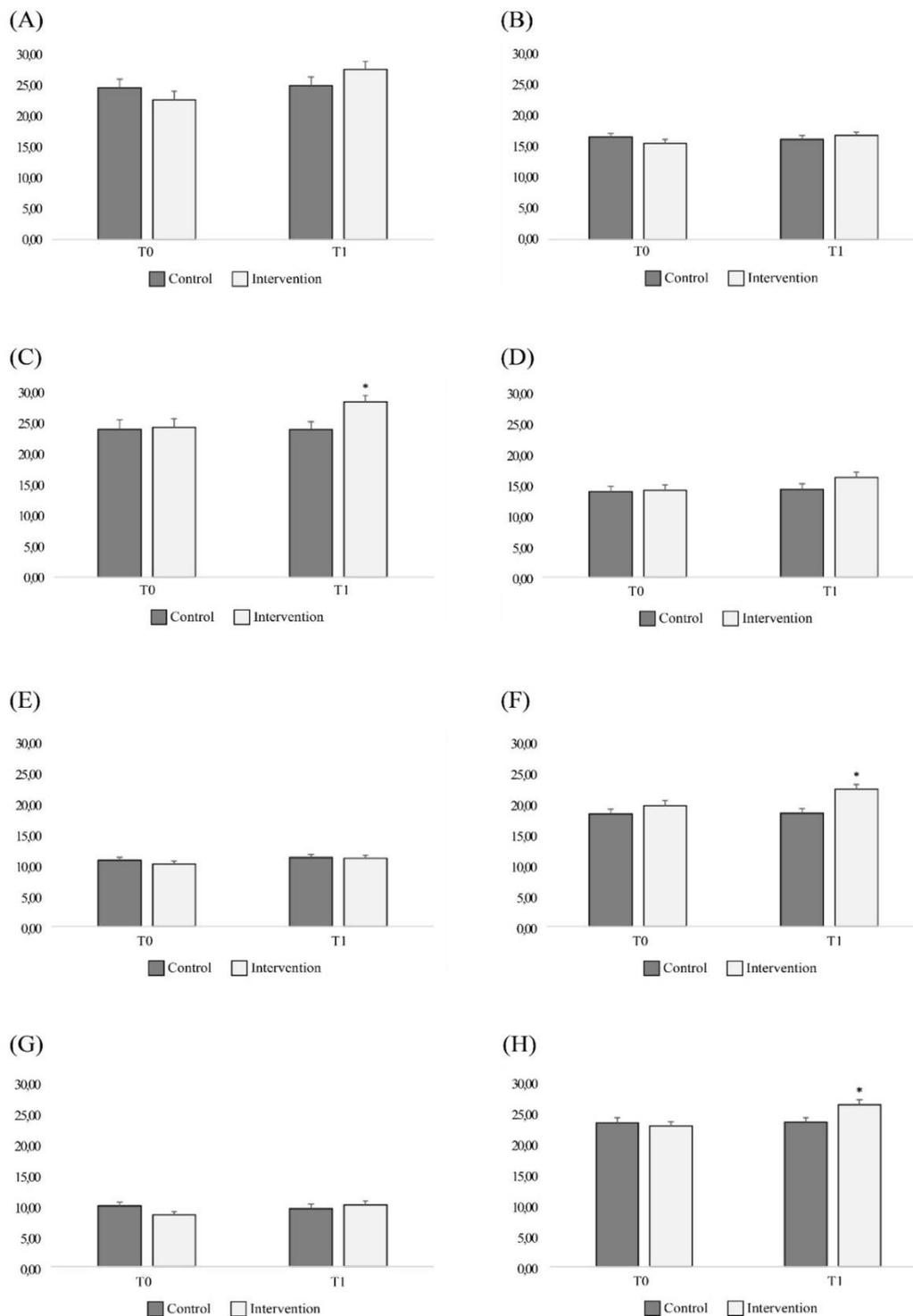
Tabla 2- Comparación entre T0 y T1 en el grupo experimental EG y el grupo control en lista de espera CG en el nivel de mindfulness en un ensayo clínico de intervención de Entrenamiento en Mindfulness (n = 60).

Consciencia	Tiempo	CG (n = 30)	Por ejemplo (n = 30)	Prueba de Mann-Whitney
Faceta 1 - No juzgar la experiencia interna - Promedio (DE)	Para 0	24,57 (7,85)	22,63 (7,54)	Z=0,97; p=0,332
	T1	24,93 (7,46)	27,53 (7,14)	Z=1,23; p=0,219
Faceta 2 - Actuar con conciencia - piloto automático - Promedio (DE)	Para 0	16,39 (2,97)	15,56 (3,50)	Z=1,16.p=0,245
	T1	16,00 (3,42)	16,70 (3,05)	Z=0,83.p=0,409
Faceta 3 - Observar - Promedio (DE)	Para 0	23,89 (8,01)*	24,24 (6,75)2	Z=0,07; p=0,946
	T1	23,86 (7,06)*	28,35 (5,68)2	Z=2,57; p=0,010
Faceta 4 - Descriptiva - Formulación positiva - Promedio (DE)	Para 0	13,80 (4,85)	14,10 (5,07)	Z=0,16; p=0,876
	T1	14,17 (4,89)	16,10 (4,72)	Z=1,75; p=0,080
Faceta 5 - Describir - formulación negativa - Promedio (DE)	Para 0	10,70 (2,63)	10,10 (2,44)	Z=0,78; p=0,438
	T1	11,17 (2,57)	11,03 (2,40)	Z=3,03; p=0,759
Faceta 6 - No reactividad a la experiencia interna - Promedio (DE)	Para 0	18,20 (4,12)	19,52(4,01)**	Z=1,11; p=0,263
	T1	18,30 (4,72)	22,21 (4,28)**	Z=3,03; p=0,002
Faceta 7 - Actuar con conciencia - distracción - Promedio (DE)	Para 0	9,83 (3,28)	8,38 (3,89)**	Z=1,40; p=0,163
	T1	9,37 (2,83)	9,97 (3,58)**	Z=1,18; p=0,238
Puntuación total (DE)	Para 0	116,39 (21,31)**	113,82 (17,65)***	Z=0,70; p=0,484
	T1	117,00 (18,88)**	131,15 (19,27)***	Z=2,52; p=0,012

Crterios alfa = 0,05; GC: grupo control en lista de espera; GE: grupo experimental; DE: desviación estándar. *Faltan 2 participantes. **Faltan 1 participante. ***Faltan 3 participantes.



Figura 2- Promedio y error estándar de las puntuaciones de las facetas (1 a 7) y puntuación total de mindfulness (FFMQ-BR).



Criterio alfa < 0,05; (A) Faceta 1: $t = 1,38$. $p = 0,173$; (B) Faceta 2: $Z = 0,83$. $p = 0,409$; (C) Faceta 3: $Z = 2,57$. $p = 0,010$; (D) Faceta 4: $Z = 1,75$. $p = 0,080$; (E) Faceta 5: $Z = 0,31$. $p = 0,759$; (F) Faceta 6: $t = 3,38$. $p = 0,001$; (G) Faceta 7: $Z = 1,18$. $p = 0,238$; (H) FFMQ-BR total: $t = 2,98$. $p = 0,004$.



Estrés percibido

Hubo una reducción significativa en la puntuación de estrés percibido solo en el GE (que recibió el Mindfulness Training) después de ocho semanas de intervención

(T1) cuando se compara con la lista de espera GC (promedio CG = 29,60, SD = 4,78 vs. promedio EG = 22,47, SD = 7,26; $p < 0,001$) (Tabla 3).

Tabla 3- Comparación entre T0 y T1 en el grupo experimental y el grupo control en lista de espera en el nivel de estrés percibido en un ensayo clínico de intervención de Entrenamiento en Mindfulness (n = 60).

Estrés percibido	CG (n = 30)	Por ejemplo (n = 30)	Prueba de Mann-Whitney
T0 promedio (DE)	30,73 (6,11)	30,77 (8,18)	Z=0,19; p=0,847
T1 promedio (DE)	29,60 (4,78)	22,47 (7,26)	Z=3,78; p<0,001

Criterio alfa = 0,005; GC: grupo control en lista de espera; GE: grupo experimental; DE: desviación estándar.

Depresión y ansiedad

Después de las ocho semanas de MT, los participantes obtuvieron un nivel de depresión reducido solo en el GE en comparación con el GC en lista de espera (GC promedio = 11,77, SD = 6,50 vs. GE

promedio = 6,73, SD = 6,63; $p < 0,001$) (Tabla 3) y en el nivel de ansiedad (GC promedio = 15,13, SD = 6,35 vs. GE promedio = 6,87, SD = 5,49; $p = 0,003$ (Tabla 4).

Tabla 4- Comparación entre T0 y T1 en el grupo experimental y grupo control en lista de espera en el nivel de depresión y ansiedad en un ensayo clínico de intervención de Entrenamiento en Mindfulness (n = 60).

	CG (n = 30)	Por ejemplo (n = 30)	Prueba de Mann-Whitney
Depresión de Beck			
T0 promedio (DE)	11,97 (7,53)	11,37 (9,16)	Z=1,09; p=0,276
T1 promedio (DE)	11,77 (6,50)	6,73 (6,63)	Z=4,42; p<0,001
Ansiedad de Beck			
T0 promedio (DE)	14,67 (7,29)	13,27 (6,65)	Z=0,79; p=0,428
T1 promedio (DE)	15,13 (6,35)	6,87 (5,49)	Z=2,98; p=0,003

Criterio alfa = 0,05; GC: grupo control en lista de espera; GE: grupo experimental; DE: desviación estándar.



Las puntuaciones de las respuestas de burnout no sufrieron cambios significativos después de ocho semanas de MT en ninguna de las puntuaciones de las dimensiones ni en la puntuación total de la escala MBI-GS en el GE en comparación con el GC: Agotamiento emocional: (promedio GC = 17,70, SD = 8,58 frente a promedio EG = 13,10, SD = 8,70; p

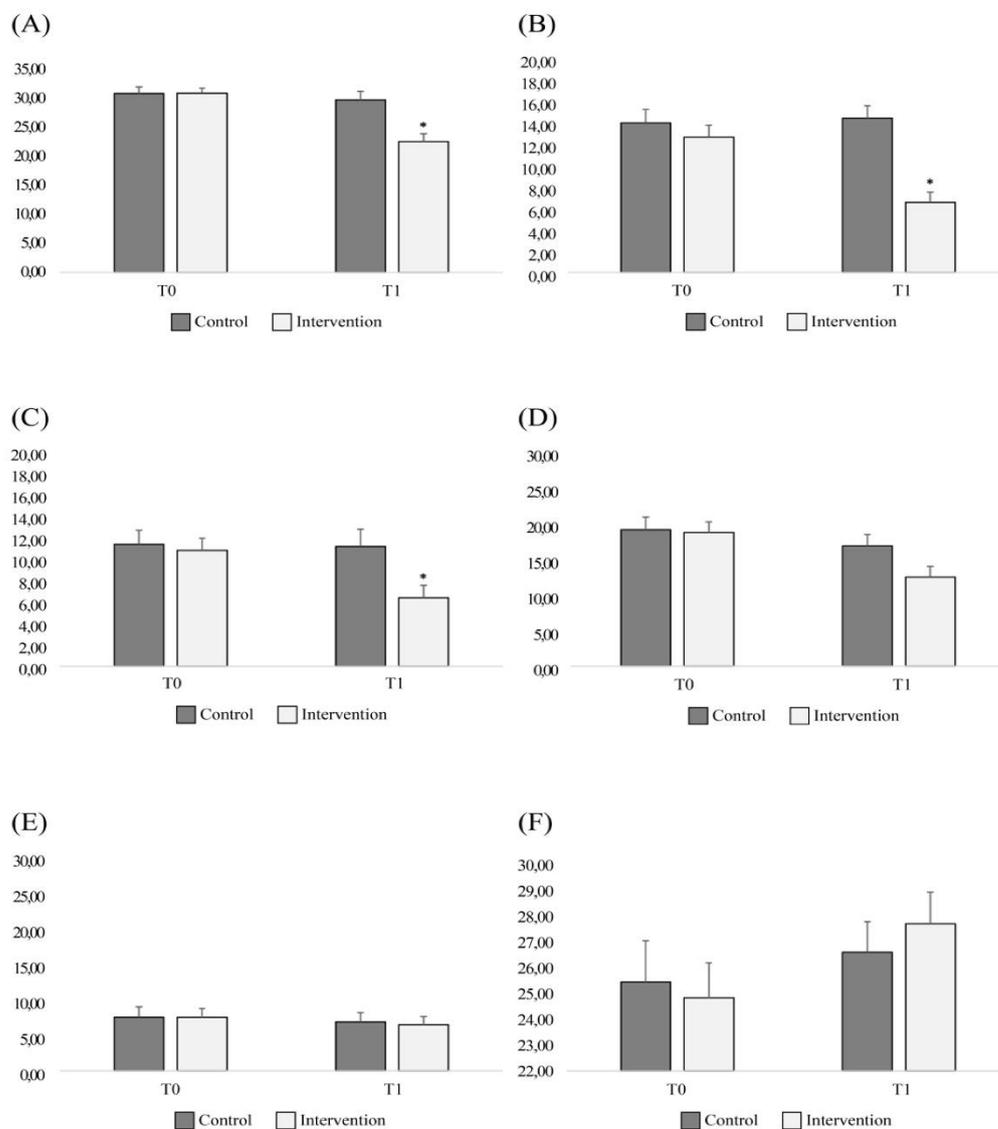
= 0,083); Cinismo: (promedio GC = 7,20, SD = 7,17 frente a promedio EG = 7,87, SD = 7,55; p = 0,736); Eficacia laboral: (promedio CG = 26,66, SD = 7,39 frente a promedio EG = 27,77, SD = 6,83; p = 0,486); y Puntuación total: (promedio CG = 51,34, DE = 13,05 vs. promedio EG = 47,63, DE = 12,17; p = 0,314) (Tabla 5).

Tabla 5- Comparación entre T0 y T1 en el grupo experimental y el grupo control en lista de espera para el nivel de burnout en el ensayo clínico de intervención de Entrenamiento en Mindfulness (n = 60).

Agotamiento	Tiempo	CG (n = 30)	Por ejemplo (n = 30)	Prueba de Mann-Whitney
Agotamiento emocional (EE) promedio (DE)	Para 0	19,67 (9,23)	20,07 (10,29)	Z=0,02; p=0,988
	T1	17,70 (8,58)	13,10 (8,70)	Z=1,73; p=0,083
Cinismo (CY) promedio (DE)	Para 0	7,90 (8,27)	7,87 (7,55)	Z=0,22; p=0,823
	T1	7,20 (7,17)	6,77 (6,72)	Z=0,34; p=0,736
Eficacia laboral (E) media (DE)	Para 0	25,48 (8,72)	24,97 (6,58)	Z=0,99; p=0,323
	T1	26,66 (7,39)*	27,77 (6,83)	Z=0,70; p=0,486
Promedio total (DE)	Para 0	52,45 (14,23)*	52,50 (13,71)	Z=0,05; p=0,964
	T1	51,34 (13,05)	47,63 (12,17)	Z=1,00; p=0,314

Cráterios alfa = 0,05; GC: grupo control en lista de espera; GE: grupo experimental; DE: desviación estándar.
*Falta 1 participante.

Figura 3- Media y error estándar de (A) estrés percibido (PSS14); (B) depresión (BDI-II); (C) ansiedad (BAI); (D) burnout agotamiento emocional (EE), (E) burnout cinismo (CY) y (F) burnout eficacia laboral (WE).



Cráterios alfa<0,05; (A) PSS14: Z=4,42. p<0,001; (B) BDI-II: Z=2,98. p=0,003; (C) BAI: t=4,49. p<0,001; (D) EE: Z=1,73. p=0,083; (E) CY: Z=0,34. p=0,736; (F) WE: Z=0,70. p=0,486.

DISCUSIÓN

Adoptamos un diseño de estudio cuasiexperimental para determinar la eficacia de un programa de entrenamiento físico de ocho semanas como intervención de promoción de la salud mental en el lugar de

trabajo. En comparación con el grupo de control en lista de espera, el grupo experimental aumentó la puntuación media de atención plena y disminuyó los niveles de estrés, depresión y ansiedad percibidos. Sin embargo, los efectos sobre el agotamiento no



fueron en general estadísticamente significativos.

Estos hallazgos muestran que las intervenciones de entrenamiento en mindfulness tienen el potencial de mejorar los parámetros de salud mental y reducir los riesgos de enfermedad mental de los trabajadores. Los resultados corroboran estudios previos con prácticas basadas en mindfulness para mejorar los parámetros de salud mental en muestras de trabajadores.^{2,6.}

19

Después del MT, el GE presentó puntuaciones medias más altas que el GC en la puntuación total de mindfulness, y se midió un nivel de significancia de 0,05 mediante la versión brasileña del FFMQ-BR para las facetas tres “observar” y seis “no reactividad a la experiencia interna”. El aumento del nivel de mindfulness en los trabajadores puede proporcionar un mejor rendimiento cognitivo, una mejor autopercepción y flexibilidad psicológica, una disminución de la rumia y la preocupación, lo que repercute en la calidad de vida. Un alto nivel de mindfulness puede contribuir a tomar decisiones más conscientes en el lugar de trabajo, lo que conduce a un mejor rendimiento.¹

Este estudio también tuvo como objetivo dilucidar qué aspectos de la atención plena (facetas) se verían afectados por la intervención. Según un estudio²⁰, la faceta “observar” se correlaciona fuertemente con el

constructo de “apertura a la experiencia”, lo que puede beneficiar a los trabajadores al hacerlos más conscientes y atentos. Una mente más atenta facilita los procesos cognitivos, que son esenciales para el buen desempeño de las funciones laborales. La apertura a nuevas experiencias puede fomentar el aprendizaje relacionado con las nuevas tecnologías, cada vez más presentes en los entornos laborales.

También se observó un aumento significativo de la faceta “no reactividad a la experiencia interna”, que se refiere a “permitir que los pensamientos vayan y vengan, sin dejar que me afecten o me lleven”, lo que puede reflejarse en una mayor regulación emocional, contribuyendo a reconocer dificultades sin dejar que emociones o pensamientos negativos influyan en mis acciones.

Aumentar esta faceta puede ser un facilitador para resolver problemas de forma más efectiva en el ámbito laboral y también puede estar relacionado con el aumento de la autocompasión, lo que puede ayudar a los trabajadores a reducir la sobrecarga y la culpa, volviéndose más comprensivos de sí mismos.²¹

El grupo experimental también presentó una disminución en los niveles de estrés percibido. Este resultado es consistente con una revisión sistemática de la literatura que muestra que las intervenciones con prácticas basadas en mindfulness muestran



resultados positivos en la disminución del estrés percibido en los trabajadores.⁶

Los niveles elevados de estrés percibido se asocian con varios biomarcadores fisiológicos relacionados con el estrés, como la hiperreactividad del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal y los marcadores inmunológicos, cardiovasculares y metabólicos. Cuando el estrés percibido se vuelve crónico, constituye un factor de riesgo moderadamente aumentado de enfermedad cardiovascular y un factor de riesgo significativo de desarrollo de problemas de salud mental.

El estrés percibido también puede comprometer el desempeño laboral del individuo e impactar en el ambiente laboral, generando un clima organizacional conflictivo y reduciendo la efectividad institucional. Niveles más bajos de estrés percibido pueden incidir en la mejora de la salud física y mental, confiriendo un factor protector para la prevención de enfermedades asociadas a este desenlace, y contribuir a un mayor desempeño cognitivo y promover un ambiente laboral más amigable, con mejores relaciones entre compañeros de trabajo.

Otro resultado significativo en el presente estudio después de la intervención de MT de ocho semanas fue la reducción promedio de los niveles de depresión y ansiedad. Pocos estudios han demostrado los efectos de las prácticas basadas en la atención plena sobre la sintomatología de la depresión

y la ansiedad en poblaciones no clínicas. Los resultados obtenidos después de la MT están en línea con los mostrados en una revisión sistemática de la bibliografía²², donde los autores presentaron resultados psicológicos positivos relacionados con la disminución de la depresión y la ansiedad en poblaciones no clínicas a través de la atención plena, considerando que es una modalidad prometedora para el manejo del estrés en poblaciones no clínicas.

Los síntomas de depresión y ansiedad pueden afectar el desempeño laboral, dando lugar a un mayor ausentismo y una disminución del desempeño en las funciones laborales. Los trabajadores que presentan síntomas positivos de depresión y ansiedad pueden beneficiarse de los resultados obtenidos con la MT ya que la disminución de estos parámetros repercute positivamente en la salud mental, lo que puede reflejarse en una mejora en la dinámica de actividades en el trabajo.

En cuanto al efecto de la MT sobre los niveles de burnout, aunque los participantes de EG en la presente intervención mostraron tendencias hacia cambios positivos en la mejora del burnout, no hubo diferencia estadísticamente significativa cuando se comparó el enumerar los grupos de control con un nivel de significación de 0,05. La bibliografía ha mostrado una reducción del burnout en los trabajadores después de intervenciones basadas en la mindfulness.^{2,5,6}



Los autores mencionados anteriormente señalaron la necesidad de realizar más investigaciones sobre el síndrome de burnout en diferentes contextos para comprender mejor las causas y los efectos del síndrome. En la literatura científica brasileña no existen estudios controlados que hayan evaluado el impacto de las prácticas basadas en mindfulness sobre el síndrome de burnout.

La escala de burnout utilizada en el presente estudio (MBI-GS) aborda aspectos generales del trabajo y entiende el burnout como una “crisis del individuo relacionada con el trabajo”. Es posible que los niveles de burnout después de la MT no hayan presentado una disminución significativa porque la intervención no consiste en la inserción de cambios en la estructura de la organización del trabajo, que remiten más directamente a las cuestiones de escala.

Aunque los resultados obtenidos en el presente estudio no alcanzaron un efecto estadísticamente significativo sobre el burnout, los beneficios presentados tras la intervención en cuanto al aumento del nivel de mindfulness y reducción de los niveles percibidos de estrés, ansiedad y depresión implican una mejora del bienestar psicológico de los trabajadores. Este resultado infiere que se trata de una prevención del burnout ya que su aparición suele estar precedida o acompañada de periodos prolongados de estrés.

Desarrollar y cultivar un estado de atención plena genera beneficios en aspectos clínicos asociados a la psicopatología y mejora las relaciones interpersonales, la calidad de vida, el afrontamiento y la regulación emocional. Los resultados obtenidos en el presente estudio infieren que las intervenciones de atención plena constituyen una alternativa no farmacológica, de bajo costo y autosostenible, con efectos positivos en la mejora de la salud mental de los trabajadores y pueden contribuir a un ambiente laboral más saludable.

Algunas limitaciones a destacar son que los participantes del CG sabían que estaban en condición de lista de espera, y no se recopilaron datos relacionados con la raza o la etnia.

Implicaciones para la práctica de la salud en el trabajo

La investigación sobre alternativas que promuevan la reducción del estrés y el aumento del bienestar, como las prácticas de atención plena, debería ampliarse y difundirse en los lugares de trabajo como estrategia para promover y restaurar la salud mental.

Los resultados tienen implicaciones y podrían brindar apoyo metodológico a los investigadores en mindfulness y salud ocupacional que diseñan, implementan y mantienen programas de salud y bienestar en entornos laborales. Este ensayo puede



contribuir con el respaldo metodológico para futuras investigaciones sobre el tema y para la implementación de prácticas de mindfulness en contextos laborales. Luego de realizar el MT, el individuo se vuelve capaz de realizar las prácticas por sí solo, incorporando los conceptos de mindfulness en su vida diaria y manteniendo los beneficios obtenidos.

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos indican que el entrenamiento en mindfulness resultó en un aumento de la atención plena y una reducción de los niveles percibidos de estrés, depresión y ansiedad en una muestra de trabajadores universitarios no docentes. Estos resultados demuestran el potencial beneficioso del entrenamiento en mindfulness para una muestra no clínica. Se considera que los resultados del presente estudio muestran la efectividad de una práctica de bajo costo con múltiples beneficios para esta población.

REFERENCIAS

1. Passmore J. Mindfulness in organizations (part 1): a critical literature review. *Ind Commer Train*. [Internet]. 2019 [citado em 03 out 2024]; 51(2):104-13. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ict-07-2018-0063/full/pdf?title=mindfulness-in-organizations-part-1-a-critical-literature-review>
2. Joyce S, Modini M, Christensen H, Mykletun A, Bryant R, Mitchell PB, et al. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychol Med*. [Internet]. 2016 [citado em 03 out 2024]; 46:683-97. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/2AD6672BE73FB23B329DC9EED4E11985/S0033291715002408a.pdf/workplace-interventions-for-common-mental-disorders-a-systematic-meta-review.pdf>
3. Fernandes MA, Ribeiro HKP, Santos JDM, Monteiro CFS, Costa RDS, Soares RFS. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence. *Rev Bras Enferm*. [Internet]. 2018 [citado em 03 out 2024]; 71(Suppl 5):2213-20. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BJjn3CpqWBMPky8GNNGBCBS/?format=pdf&lang=en>
4. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences* [Internet]. 2003 [citado em 03 out 2024]; 8(2):73-107. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2004-19791-008>
5. Creswell JD. Mindfulness interventions. *Ann Rev Psychol*. [Internet]. 2017 [citado em 03 out 2024]; 68:491-516. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-psych-042716-051139#>
6. Vonderlin R, Biermann M, Bohus M, Lyssenko L. Mindfulness-based programs in the workplace: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2020 [citado em 03 out 2024]; 11:1579-98. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s12671-020-01328-3.pdf>
7. Amobi D, Okeke C, Chukwumeka E. Occupational stress and the performance of non-teaching staff of selected universities in the south eastern Nigeria. *Management Studies and Economic Systems* [Internet]. 2017 [citado em 03 out 2024]; 3(3):183-96. Disponível em: https://www.msae.org/article_49235_cac2080fb74386292d97290ab9e5eb89.pdf



8. Gavin RS, Reisdorfer E, Zanetti ACG, Gherardi-Donato ECS. Relationships between anxiety and depression in the workplace: epidemiological study among workers in a public university. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental / Brazilian Journal of Mental Health* [Internet]. 2017 [citado em 03 out 2024]; 9(23):24-38. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/68895/41457>
9. World Health Organization. *Comprehensive Mental health action plan 2013-2020* [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado em 03 out 2024]. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
10. Barbour V, Bhui K, Chescheir N, Clavien PA, Diener MK, Glasziou P, et al. CONSORT Statement for randomized trials of nonpharmacologic treatments: a 2017 update and a CONSORT extension for nonpharmacologic trial abstracts. *Ann Intern Med*. [Internet]. 2017 [citado em 03 out 2024]; 167(1):40-7. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M17-0046>
11. Gherardi-Donato EC. O Mindfulness Trainings International (MTi) e a formação de instrutores de mindfulness no Brasil. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Alcool Drog*. [Internet]. 2018 [citado em 03 out 2024]; 14(2):62-4. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v14n2/01.pdf>
12. British Association of Mindfulness-Based Approaches. Uk Network for Mindfulness-Based Teacher Training Organizations. Good practice guidelines for teaching mindfulness-based courses [Internet]. Londres: BAMBA; 2015 [citado em 03 out 2024]. Disponível em: <https://bamba.org.uk/>
13. Barros VV, Kozasa EH, Souza ICW, Ronzani TM. Validity evidence of the brazilian version of the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Psicol Teor Pesqui*. [Internet]. 2014 [citado em 03 out 2024]; 30(3):317-27. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ptp/a/HHtH6hLBjLDMsCkYSwWKJck/?format=pdf&lang=en>
14. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. [Internet]. 1983 [citado em 03 out 2024]; 24(4):385-96. Disponível em: <https://www.cmu.edu/dietrich/psychology/stress-immunity-disease-lab/publications/scalesmeasurements/pdfs/globalmeas83.pdf>
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatr*. [Internet]. 1961 [citado em 03 out 2024]; 4(6):561-71. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/articlepdf/487993/archpsyc_4_6_004.pdf
16. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. [Internet]. 1988 [citado em 03 out 2024]; 56(6):893-7. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1989-10559-001.pdf>
17. Maslach C, Jackson S, Leiter M. Maslach burnout inventory. In: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. *Evaluating stress: a book of resources*. Lanham, MD: Scarecrow Education; 1997. p. 191-218.
18. Younge JO, Wery MF, Gotink RA, Utens EMWJ, Michels M, Rizopoulos D, et al. Web-based mindfulness intervention in heart disease: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado em 03 out 2024]; 10(12):e0143843. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0143843&type=printable>
19. Arredondo M, Sabaté M, Valveny N, Langa M, Dosantos R, Moreno J, et al. A mindfulness training program based on brief practices (M-PBI) to reduce stress in the workplace: a randomised controlled pilot study. *Int J Occup Environ Health* [Internet]. 2017 [citado em 03 out 2024]; 23(1):40-51. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10773525.2017.1386607?scroll=top&needAccess=true>



20. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* [Internet]. 2006 [citado em 03 out 2024]; 13(1):27-45. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/reader/10.1177/1073191105283504>

21. Huang SL, Li RH, Huang FY, Tang FC. The potential for mindfulness-based intervention in workplace mental health promotion: Results of a randomized controlled trial. *PLoS ONE* [Internet]. 2015 [citado em 03 out 2024]; 10(9):e0138089. Disponível em:

<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0138089&type=printable>

22. Sharma M, Rush SE. Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *J Evid Based Integr Med*. [Internet]. 2014 [citado em 03 out 2024]; 19(4):271-86. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2156587214543143?download=true>

RECIBIDO: 14/12/23

APROVADO: 10/11/24

PUBLICADO: 11/2024

