



## **Universidad Aut3noma de Barcelona**

Departamento de Psicolog3a b3sica, evolutiva y de la educaci3n  
Programa de Psicolog3a de la salud y Psicolog3a del deporte

### **Memoria de Tesis Doctoral**

Efectividad de un programa educativo en  
Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el  
Burnout y mejorar la Empat3a, en profesionales  
de Atenci3n Primaria.

**Andr3s Mart3n Asuero**

Directora:

Dra. Jenny Moix Queralt3

Bellaterra. 2012



*Es sabido...que las pasiones de la psyche (mente) producen cambios en el cuerpo que son importantes, evidentes y que se manifiestan a todos.*

*Basado en esto...los movimientos de la psyche (atención) deben mantenerse equilibrados.....y no hay ningún otro régimen que deba ser más prioritario.*

*Moses Maimonides (1135-1204)*

A los que pioneros de la medicina Mente-Cuerpo, especialmente a Jon Kabat-Zinn por su instrucción y al Dr. Fernando Asuero (1887-1942), mi bisabuelo, por su inspiración. Así como a todos aquellos que, desde un gran compromiso personal, se han implicado de corazón, para aliviar el sufrimiento.



## **Agradecimientos**

El trabajo que aquí se presenta no habría sido posible sin la contribución de muchas personas, que con su estímulo, conocimientos y cariño me han apoyado, enseñado y ayudado, más de lo que se esperaba de ellas. Gracias a esta generosidad he podido cristalizar mi nueva vocación en algo que hace años era completamente ajeno ya que mi profesión estaba orientada hacia la Biología y Dirección de empresas.

Esta vocación comienza cuando un anhelo personal de orientar mi trabajo hacia el bienestar de las personas recibe el sabio consejo de Gloria García de la Banda, Profesora de Psicología de la UIB, que me orientó hacia la Universidad de Massachusetts, donde conocí a Jon Kabat-Zinn y a su inestimable equipo del Center for Mindfulness, y recibí la formación en MBSR. Estos conocimientos cayeron en el terreno abonado por más de 10 años de meditación y estudio de la filosofía Budista o Dharma, en las escuelas Vajrayana (con Borja de Arquer) y Vipassana (con R.N. Goenka y sus ayudantes) que fructificaron en una fuerte intención. Con ella me puse a traducir la metodología MBSR, grabar los CDs y preparar el Programa MBSR en Castellano, incluso escribiendo un par de libros (gracias al cariño y confianza de mi editor Jordi Nadal).

Después de mi estancia en la Univ. De Massachusetts, en 2004 comencé a impartir cursos de MBSR, el primero gracias a Enric Benito, director de C. Paliativos de Baleares. Paralelamente me matriculé en el programa de doctorado de la UIB, bajo la tutoría de Gloria García de la Banda, del que saldrían varias investigaciones y el DEA. Así como la base de la investigación en psicología, la forma de organizar estudios y redactar publicaciones científica. Durante esos años mi trabajo mereció el reconocimiento de la Fundación Kovacs que me dio como premio la posibilidad de hacer un estudio, con la inmensa fortuna de tener a Jenny Moix de investigadora principal, de quien he aprendido enormemente y he disfrutado en igual medida de su amistad. Ella es responsable de gran parte de la calidad de este trabajo y de encontrar el encaje para hacer posible la investigación, como explicaré a continuación.

Cosas de la vida me llevan a moverme a Barcelona y así poder acabar mi tesis aquí bajo la dirección de Jenny. Así, mientras pensábamos en como canalizar mi intención y experiencia en el doctorado, una visita de Ron Epstein, Profesor de la Fac. de Medicina de la Universidad de Rochester a Barcelona nos pone en contacto con su enfoque de Mindfulness y Medicina. A partir de aquí su colega Mike Krasner, con total generosidad, nos facilita el protocolo de su trabajo publicado en JAMA y Jenny organiza una reunión con el IDIAP Jordi Gol para ver si les interesaba colaborar en esta investigación pionera en España.

Este fue otro golpe de suerte ya que este trabajo no habría sido posible sin el cariño, esfuerzo y dedicación durante casi dos años del equipo del IDIAP Jordi Gol, notablemente de Enriqueta Pujol, Anna Berenguera y Teresa Rodríguez, en el diseño, organización y en el análisis estadístico de más de 40.000 datos, así como Laura Prats, en la coordinación y administración de 4 grupos durante un año. Estoy absolutamente agradecido por su apoyo y encantado de esta colaboración, que probablemente continúe en otro proyecto.

También quiero mencionar aquí a las 94 personas apuntadas en el Programa Mindfulness en Medicina que con su asistencia y dedicación nos han permitido realizar este estudio, a pesar de los tiempos duros de recortes y reorganizaciones sanitarias. Mención especial merece Griselda Gasulla, que además de participar nos ayudo en el diseño del estudio y a María Antonia Campo que facilito la ayuda del ICS recibida para financiar parte del trabajo.

Finalmente mencionar a los miembros de este tribunal, Victoria Sanagustín, Alberto Amutio, Francesc Borrell, Xavier Borrás y Fernando Rodriguez, por su generosa aportación del tiempo para valorar este trabajo.

Fuera del ámbito académico, pero no por ello menos importante, quiero agradecer a mi pareja y socia, Sylvia Comas su apoyo y cariño en estos meses.

Barcelona, Mayo, 2012.

## **ÍNDICE DE CONTENIDOS**

---

## **INDICE GENERAL**

Índice de Tablas	11
Índice de Figuras	13
<b>Resumen y palabras clave.</b>	<b>14</b>
Resumen en castellano	16
Resumen en Ingles	18
<b>Memoria.</b>	<b>21</b>
<b>1- Introducción</b>	<b>22</b>
1.1- El malestar psicológico como problema de salud laboral	22
1.2- Cómo reducir el malestar psicológico	26
1.2.1- Mindfulness y Reducción de Estrés – Entrena. MBSR	28
1.2.2- ¿Qué es la Conciencia Plena y por qué reduce el malestar psicológico?	29
1.2.3- Conciencia Plena y la alteración emocional	30
1.2.4- Conciencia Plena, auto-regulación y cuidado de la salud	32
1.3- La práctica médica – La importancia de la empatía	33
<b>2- Planteamiento metodológico</b>	<b>36</b>
2.1- Objetivos	37
2.2- Hipótesis	39
<b>3- Estudio primero</b>	<b>41</b>
3.1- Métodos	42
3.1.1- Sujetos	42



3.1.2- Diseño	43
3.1.3- Instrumentos	43
3.1.4- Intervención	46
3.1.5- Procedimiento	49
3.1.6- Análisis estadístico	51
3.1.7- Aspectos éticos y económicos	51
3.2- Resultados	53
3.2.1- Variables dependientes	54
3.2.1- Evaluación de la intervención	60
3.3 – Discusión	63
3.3.1- Reducción de Burnout	63
3.3.2- Reducción de Alteración emocional	64
3.3.3- Aumento de Empatía	64
3.3.4- Desarrollo de Conciencia plena	65
3.3.5- Evaluación de la intervención	66
<b>4- Estudio segundo</b>	<b>68</b>
4.1- Métodos	69
4.1.1- Sujetos	69
4.1.2- Diseño	70
4.1.3- Instrumentos	70
4.1.4- Intervención	72
4.1.5- Procedimiento	74
4.1.6- Análisis estadístico	74
4.1.7- Aspectos éticos y Apoyo económico	75
4.2- Resultados	76
4.2.1- Variables dependientes	76
4.2.2- Evaluación de la intervención	84

4.3 – Discusión	89
4.3.1- Reducción de Burnout	91
4.3.2- Reducción de Alteración emocional	93
4.3.3- Aumento de Empatía	94
4.3.4- Desarrollo de Conciencia plena	95
4.3.5-Auto-percepción y Práctica registrada	96
4.3.6- Cambios de actitudes	97
4.3.7-Efectos de las dos fases del programa	98
4.3.8- Valoración del programa	99
4.3.9- Limitaciones del estudio	100
<b>5- Conclusiones</b>	<b>102</b>
<b>6- Bibliografía</b>	<b>104</b>
<b>7- Anexos</b>	<b>114</b>
7.1- Anuncio de la intervención	115
7.2- Consentimiento informado	119
7.3- Cuestionarios de variables utilizados	121
7.3.1 – Cuestionario de Burnout, MBI	122
7.3.2 – Cuestionario de Alteración emocional, POMS	124
7.3.3 – Cuestionario de Empatía, JSPE	125
7.3.4 – Cuestionario de Mindfulness, FFMQ	126
7.4- Cuestionarios de Evaluación utilizados	128
7.4.1- Evaluación final de fase intensiva	129
7.4.2 - Evaluación de la intervención, final programa	133
7.5 – Informe del comité ético de investigación clínica	137

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Nº de Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Características basales del grupo control y experimental.	53
2	Cambios en las puntuaciones de la escala de Burnout MBI, dentro y entre grupos.	56
3	Cambios en las puntuaciones de la escala de Alteración emocional, POMS, dentro y entre grupos.	57
4	Cambios en las puntuaciones de la escala de Empatía JSPE, dentro y entre grupos.	58
5	Cambios en las puntuaciones de la escala de Conciencia plena FFMQ, dentro y entre grupos.	59
6	Cambios de capacidad en relación con el profesionalismo atribuidos a la intervención en porcentajes.	61
7	Momentos de recogida de datos, variables y evaluaciones utilizadas.	70
8	Cambios en las puntuaciones de la escala de Burnout, MBI, entre los valores basales y los de la F. seguimiento y a los 6 y 12 meses.	78
9	Cambios en las puntuaciones de la escala de Alteración emocional POMS entre los valores basales y los de la F. Seguimiento, a los 6 y 12 meses.	80

<b>Tabla</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
10	Cambios en las puntuaciones de la escala de Empatía (JSPE) entre los valores basales y los de la F. seguimiento y a los 6 y 12 meses.	82
11	Cambios en las puntuaciones de la escala de Conciencia plena FFMQ entre los valores basales y los de la F. seguimiento y a los 6 y 12 meses.	84
12	Cambios registrados en diversas actitudes, en relación con la profesión.	88
13	Comparación de los cambios registrados en el periodo de intervención de 12 meses entre este estudio y el de Krasner para el grupo intervención.	90
14	Rangos de las sub-escalas de Burnout (MBI), media y desviación típica de una muestra de profesionales de la salud españoles.	92
15	Comparativa de valores de Alteración emocional, medidos con POMS en varios estudios.	93

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura</b>	<b>Título</b>	<b>Pág.</b>
1	Evolución del Burnout (MBI) y sus sub-escalas en el estudio, medias pre y post F. Intensiva y F. Seguimiento, 6 y 12 meses.	77
2	Evolución de la Alteración emocional (POMS) y sus sub-escalas en el estudio, medias pre y post F. Intensiva y F. Seguimiento, 6 y 12 meses	79
3	Evolución de la Empatía (JSPE) y sus sub-escalas en el estudio, medias pre y post F. Intensiva y F. Seguimiento, 6 y 12 meses	81
4	Evolución de la Conciencia plena (FFMQ) y sus sub-escalas en el estudio, medias pre y post F. Intensiva y F. Seguimiento, 6 y 12 meses	83

## **RESUMEN**

---

# **Efectividad de un programa educativo en Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el Burnout y mejorar la Empatía en profesionales de Atención Primaria.**

## RESUMEN

**Objetivos:** Conocer la efectividad de un programa educativo en Conciencia plena para profesionales de Atención Primaria, orientado a la reducción de burnout y de la alteración emocional y al aumento de la empatía y de la conciencia plena. El programa consta de dos partes una fase intensiva y otra de mantenimiento. Los objetivos son dos: 1) comprobar la efectividad de la fase intensiva de forma aislada y 2) comprobar la efectividad del programa completo y la evolución de los participantes en diferentes momentos del mismo.

**Métodos:** Para estudiar la efectividad de la fase intensiva utilizamos un diseño de ensayo clínico controlado y aleatorizado (estudio 1). La muestra estuvo compuesta de 68 profesionales de Atención Primaria y se dividió en dos grupos: 43 sujetos en el grupo experimental y 25 en el grupo control. Las variables dependientes fueron: Burnout (inventario de Burnout de Maslach (MBI), Alteración emocional (POMS), Empatía (Escala de Jefferson de Empatía en médicos, JSPE) y Conciencia plena o Mindfulness (Escala de Baer, FFMQ). Estas variables fueron evaluadas antes y al final de la intervención. Al final de la intervención se recogió la evaluación de los asistentes. La intervención duró 28 horas, con 9 sesiones donde se combinaban presentaciones sobre temas relevantes para la clínica, diálogo, además de ejercicios de Conciencia plena de tipo Contemplación-meditación y estiramientos tipo yoga.

Para el segundo objetivo, orientado a comprobar la efectividad de todo el programa (estudio 2), utilizamos un diseño intrasujeto de muestras repetidas con 84 profesionales de Atención Primaria. Las variables evaluadas fueron las mismas del primer estudio y además administramos un test de Evaluación para conocer la valoración del programa por parte de los asistentes y la frecuencia de utilización de los ejercicios del programa. La intervención se realizó en dos fases, una intensiva de 8 semanas y una de mantenimiento de 10 meses. Las variables

fueron evaluadas antes y después de la fase intensiva, a los 6 meses del comienzo y al final del programa (12 meses desde el comienzo). La intervención total duró 50 horas, repartidas en 17 sesiones durante 1 año, donde se trataban sobre temas relevantes para la clínica, además de ejercicios mencionados.

**Resultados:** Respecto al primer estudio, en el grupo control no se observó diferencias en ninguna de las variables entre los dos momentos que se evaluaron. Sin embargo en el grupo experimental sí que se observaron diferencias: La puntuación de Burnout disminuyó 6.0 puntos ( $P < 0.01$ ), lo cual representa un cambio moderado (RME:0.43). La puntuación de la Alteración emocional, disminuyó 6.5 puntos ( $P < 0.001$ ), un cambio moderado (RME:0.62). La puntuación de Empatía, aumentó 3.5 puntos ( $P > 0.05$ ) un cambio pequeño (RME:0.31). La puntuación de Mindfulness, aumentó 12.0 puntos ( $P < 0.001$ ) un cambio moderado (RME:0.65). Las diferencias entre los cambios observados en el grupo experimental y control fueron significativas en todas las variables (empatía y burn out  $P < 0.05$ , alteración emocional y mindfulness  $P < 0.01$ ). Los asistentes valoraron la intervención de forma muy positiva y atribuyeron cambios interesantes en su auto-cuidado y profesionalismo.

El segundo estudio muestra como las mejoras obtenidas durante la fase intensiva en el grupo experimental, se consolidan y mantienen, con ligeras mejoras durante la fase de mantenimiento. El Burnout disminuye 9.2 puntos ( $P < 0.001$ ),. La reducción de la fase intensiva es (RME:0.40), mejorando durante la fase de mantenimiento, a los 6 meses (RME: 0.45) y al final (RME:0.64), con un cambio moderado. La Alteración emocional disminuye 8.8 puntos ( $P < 0.001$ ),. La reducción de la fase intensiva (RME:0.63), empeora ligeramente a los 6 meses (RME:0.43) y mejorando al final, con cambio grande (RME:0,8). La Empatía sube 6.7 puntos ( $P < 0.001$ ). Disminuye en a fase intensiva (RME 0.38), a los 6 meses (RME: 0.27) y al final, en grado moderado (RME:0.53). Mindfulness, aumenta 27.2 puntos ( $P < 0.001$ ). Aumenta en la fase intensiva (RME:1,20), que se mantiene a los 6 meses y aumenta al final con un cambio de gran magnitud (RME:1.40). El test de Evaluación nos permitió comprobar que al final de la intervención el 83% de los participantes utilizaba algún ejercicio del programa al menos 3 veces por semana y el 94% indicó que la mayor conciencia desarrollada



había facilitado cambios interesantes en su actitudes, orientados a cuidarse y hacia un mayor profesionalismo.

**Conclusiones:** El programa psico-educativo empleado basado en Mindfulness, tanto su fase intensiva, como en el programa completo, reduce el Burnout y la Alteración emocional y aumenta la Conciencia plena y la Empatía en profesionales de atención primaria. También produce cambios en los profesionales orientados hacia un mejor auto-cuidado y un mayor profesionalismo.

**Palabras clave:** Alteración Emocional; Atención Primaria, Burnout, Conciencia plena, Empatía, Estrés psicológico y físico, Mindfulness, MBSR .

## English summary

### **Effectiveness of an Educational Program on Mindfulness to reduce Burnout and improve Empathy in Primary Care professionals.**

**Objectives:** To determine the effectiveness of an educational program in Mindfulness for Primary Care professionals, aimed at reducing Burnout and Mood states, developing Empathy and Mindfulness. The program consists of two parts, an intensive and maintenance one. The objectives are twofold: 1) test the effectiveness of the intensive phase alone and 2) test the effectiveness of the entire program, with the evolution of the participants at different times of it.

**Methods:** To study the effectiveness of the intensive phase we used a randomized controlled trial. The sample consisted of 68 primary care professionals, divided into two groups: 43 subjects in the experimental group and 25 in the control group. The dependent variables were: Burnout (Maslach Burnout Inventory (MBI), Mood states (POMS), Empathy (Jefferson Empathy Scale doctors, JSPE) and Mindfulness (Baer, FFMQ). These variables were assessed before and after the intervention. The participants evaluated the program at the end. The intervention lasted 28 hours, with 9 sessions each combining presentations on topics relevant to clinical practice, a dialogue, plus Contemplation-meditation exercises and yoga stretching.

For the second objective, aimed at testing the effectiveness of the entire program, we used a repeated measures design, with 84 primary care providers. The variables evaluated were the same as the first study, plus a test to determine the evaluation of program by the participants and the frequency of use of mindfulness exercises. The intervention was conducted in two phases, an intensive 8-week and maintenance over 10 months. Variables were assessed before and after the intensive phase, at 6 months of the beginning and end of program (12 months from the start). The participants evaluated the whole program at the end. The total intervention lasted 50 hours over 17 sessions for 1 year, the program of the maintenance phase dealt with issues relevant to the clinic, in addition to the mentioned exercises.

**Results:** On the first study we observed significant differences between the experimental and control in the four variables. Burnout score decreased 6.0 points ( $P < 0.01$ , 95% CI, -10.4 to -1.5), a moderate change (SMR: 0.43), while the difference between groups on changes is 7.0 points ( $P < 0.05$ ). The Mood state score decreased 6.5 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, -9.8 to -3.3), a moderate change (SMR: 0.62), while the difference between groups on changes of 7.1 points ( $P < 0.01$ ). Empathy score, rose 3.5 points ( $P > 0.05$ , 95% CI, -0.1 to 7.0) a small change (SMR: 0.31), while the difference between groups on changes is 5.2 points ( $P < 0.05$ ). Mindfulness score, rose 12.0 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, 6.0 to 18.1) a moderate change (SMR: 0.65), while the difference between groups on changes is 11.0 points ( $P < 0.01$ ). While in the control group no significant changes took place in these variables. Participants indicated high value for the program and registered changes in their attitude towards self-care and professionalism.

The second study shows how the improvements achieved during the intensive phase in the experimental group, consolidate and maintain during the maintenance phase. Burnout decreased 9.2 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, -12.5 to -5.8). The reduction of the intensive phase is moderate (SMR: 0.40), improved during the maintenance phase, at 6 months (SMR: 0.45) ending, with a moderate change (SMR: 0.64). The Mood State decreased 8.8 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, -11.3 to -6.3). The reduction of the intensive phase is moderate (SMR: 0.63), slightly worse at 6 months (SMR: 0.43) and improving at the end, with large change (SMR: 0.8). Empathy, up 6.7 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, 3.8 to 9.6). Decreases to intensive phase moderately (SMR 0.38), at 6 months (SMR: 0.27) and raises finally, to a moderate extent (SMR: 0.53). Mindfulness, increasing 27.2 points ( $P < 0.001$ , 95% CI, 22.5 to 31.8). Increases in the intensive phase largely (SMR: 1.20), maintained at 6 months and increases the end with a large change (SMR: 1.40). The Evaluation test allowed us to verify that at the end of intervention 83% of participants used Mindfulness exercises at least 3 times per week and 94% indicated that developed awareness had facilitated interesting changes in their attitudes. Moreover the participants developed better self care and attitudes towards improving their professionalism.

**Conclusions:** A psycho-educational program based on Mindfulness facilitates reductions in Burnout, improved Mood states, and increased Mindfulness and Empathy. The participants appreciated the program and attributed to it positive changes in their personal attitudes towards self-care and better professionalism.

**Keywords:** Burnout, Empathy, MBSR, Mindfulness, Moods, Primary Care, Stress.

## **MEMORIA**

---

# **Efectividad de un programa educativo en Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el Burnout y mejorar la Empatía en profesionales de Atención Primaria.**

## INTRODUCCION

*"Hubo un tiempo en que la profesión médica se caracterizó por la entrega y la vocación de los profesionales, correspondidos por el respeto y la admiración, cuando no de la veneración, de sus pacientes y familiares. En nuestros días, el avance de la tecnología y la fragmentación del conocimiento han contribuido a la deshumanización en una era progresivamente dominada por el consumismo y el ego. En una época de grandes descubrimientos y avances tecnológicos, los niveles de satisfacción de ambos, pacientes y médicos, están particularmente bajos" (Álvaro, 2009)*

### **1. El malestar psicológico como problema de salud laboral**

En la actualidad, los riesgos psicosociales en el trabajo son una de las principales causas de enfermedades y de accidentes laborales. Según la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 2007, el 74,9% de los profesionales de la salud está expuesto a riesgo de accidentes de trabajo. El análisis de las causas de accidentes (v.g., riesgos de accidente por cortes y pinchazos) reveló que las principales causas de los riesgos se debían a distracciones, descuidos, despistes o falta de atención (45%), trabajar muy rápido (19,4%), y al cansancio o fatiga (17,8%) según el INSHT (2008).

Con estos datos, no es de extrañar que, de forma simbólica, hay quien se ha atrevido a asegurar que la parte más enferma del sistema de salud son los propios médicos (Álvaro 2009). Aunque parezca exagerado, lo cierto es que estos profesionales que se preocupan de la salud e higiene de sus pacientes sufren algunas enfermedades que tienen su causa en la falta seguridad e higiene psicológica en su trabajo. Así las razones más comunes de invalidez entre médicos son psiquiátricas: depresión, ansiedad, alcoholismo (Pattani, Costantinovici y Williams, 2001), con elevados índices de problemas sociales, familiares y de pareja, siendo además un colectivo reacio a buscar ayuda entre sus colegas.

Hay un indicador de malestar psicológico utilizado habitualmente para medir los riesgos laborales de los profesionales de la salud que es el estrés, y más concretamente un tipo de estrés que se conoce como Burnout que afecta a los profesionales de la salud.

El estrés es un problema general, que afecta al menos, a uno de cada cinco trabajadores europeos según la *Fourth European Working Conditions Survey* (Agencia Europea, 2007) y está entre los cuatro problemas de salud laboral más mencionados. La Agencia Europea para la Seguridad y Salud Laboral define el estrés como una circunstancia en la que las demandas del trabajo exceden la capacidad del trabajador para afrontarlas o controlarlas (Cox, Griffllitis y Rial, 2002).

El estrés es conocido en la profesión sanitaria y ha motivado más de 600 trabajos publicados en los últimos 40 años (Shapiro, Shapiro y Schwartz, 2000). En nuestro país se ha detectado que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica del médico, el 18% de lo médicos muestran un nivel de ansiedad alto. Asimismo se detecta depresión importante, en un 5%. Respecto al paciente, la falta de satisfacción en la relación y el sufrimiento de éste son las variables que causan mayor ansiedad. A nivel institucional las variables más estresantes son el estrés laboral, la falta de apoyo social, de formación y de tiempo (Gómez, 2004).

Algunos estudios indican la responsabilidad del estrés en la mayor incidencia de ansiedad y depresión en profesionales de la salud (Weinberg y Creed, 2000). Como indicador del estrés, se ha descrito que médicos de EEUU llegan a tener un nivel de cortisol, que es la hormona relacionada con el estrés, tres veces mayor que la población general (Boschert, 2003). Además, el cortisol correlacionó significativamente con la carga laboral y la falta de recursos (Baig, Siddiqui, Navqui, Sabir, Jabbar y Shahid, 2006) y con la percepción de estrés emocional (Weibel, Gabrion, Aussedat y Kreutz, 2003). En una encuesta a nivel nacional, el estrés fue el problema de salud laboral más citado en una encuesta sobre 1.554 facultativos (Madrid Médico, 2003).

Un tipo de estrés particular es el síndrome de quemado o *Burnout*, que es un problema de salud laboral endémico de la profesión sanitaria (Martínez Plaza, 2008) y está catalogado como enfermedad laboral (OMS, 1994). De una muestra de 1.275 profesionales de la salud, trabajando en el País Vasco, el 28,8% presentaban niveles altos de cansancio emocional y sólo el 8% presentaba niveles altos de bienestar psicológico (Amutio, Ayestarán y Smith, 2009). De una muestra de 59 Odontólogos de Atención Primaria trabajando en Cataluña, el 58% presentaba Burnout, siendo los que trabajaban en Atención Primaria los más afectados (Burgell et al., 2010). En una encuesta a 528 médicos de Atención Primaria de Barcelona se comprobó que un 40% de los mismos presentaban algún síntoma de desgaste profesional y de estos un 12,4% manifestaba niveles muy altos de Burnout (Sos Tena et al. 2002).

El Burnout está asociado con un mayor consumo de alcohol o drogas, problemas de pareja y problemas asociados al estrés (Spickard, Gabbe y Christensen, 2002). Por ello se han puesto en marcha iniciativas como el "Programa de Atención al Médico Enfermo" del Colegio de Médicos de Barcelona para tratar problemas psicológicos y drogodependencias, por el que han pasado 500 médicos en los primeros 5 años desde su creación (Noguer y Cerdá, 2003).

Un factor importante en el Burnout es la presencia de emociones intensas, tanto en los pacientes como en los profesionales, que pueden afectar las decisiones profesionales (Lyckholm, 2001; Meier, 2001). Por ello, el Burnout del profesional también afecta a su relación con los pacientes ya que está asociado con una



disminución de la Empatía (Shanafelt et al.. 2005); con un mayor riesgo de errores médicos (West, Tan, Habermann, Sloan y Shanafelt, 2009); y una peor atención al paciente (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002).

Una reflexión interesante de por qué el Burnout es endémico de la profesión sanitaria la ofrece Miller y McGoven (2009) indicando que la cultura asociada a la práctica médica genera una actitudes de auto-crítica y un sacrificio excesivo. Los autores explican que la orientación hacia las tareas y el enfoque en objetivos, que caracteriza su formación, no desaparecen automáticamente al comenzar la profesión.

*“Esta actitud lleva a prescindir de otras fuentes de gratificación personal o de autoestima, lo que produce un desequilibrio entre su profesión y otras actividades de su vida” (p970).*

Por ello al comienzo de su carrera profesional, los sanitarios dan prioridad a sus logros profesionales sobre otras actividades como familiares, sociales, físicas, mentales o espirituales (Ratanawongsa, Wright y Carrese, 2007). Este desequilibrio temporal no siempre se corrige adecuadamente a medida que pasa el tiempo.

Es posible que los profesionales de la salud necesiten desarrollar una mayor auto-conciencia, para poder darse cuenta de la alteración emocional que les puede producir determinados pacientes y de cómo su conducta se suele ver afectada por esta alteración (García-Campayo, 2008). Esta auto-conciencia prevendría actitudes poco saludables como la rumiación cognitiva, en las que se reflexiona de forma obsesiva sobre hechos negativos del pasado, que resulta en cuadros con ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Cultivar la auto-conciencia facilitaría la autorregulación de las emociones negativas causantes de esta alteración (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004), resultando en un mayor bienestar y en un mejor profesionalismo (Benito, Arranz y Cancio, 2011).

A pesar de la importancia del malestar psicológico en la sanidad, los programas oficiales de formación continua de los profesionales de la salud en España no suelen incluir técnicas de reducción del estrés, de Burnout o de mejora de Empatía y las que se incluyen no están bien documentadas en cuanto a sus

resultados, ya que esta formación no se considera parte habitual del currículo sanitario (Salom, 2005). Quizá por ello no hay muchas referencias de estos programas en nuestro país. Sin embargo, existen numerosos estudios en el extranjero que defienden la utilidad de las intervenciones psicosociales (Ewers, Bradshaw, McGovern y Ewers, 2002) en enfermería, de los grupos de auto-ayuda como los grupos Balint (Brock y Stock, 1990, Rabinowitz, Kusnir y Ribak, 1996), de reducción de estrés con la técnica MBSR (Ludwig y Kabat-Zinn, 2008; Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005,) y las ventajas de un programa educativo en Comunicación y Conciencia Plena para reducir el Burnout, mejorar la Empatía y reducir el malestar psicológico en Médicos de Atención Primaria (Krasner et al., 2009).

## **2- Como reducir el malestar psicológico**

Dentro de las estrategias para reducir el estrés o el Burnout, hay intervenciones de tipo organizativo como las orientadas a definir o reorganizar tareas o responsabilidades; de tipo formativo orientadas a mejorar la capacitación profesional para asumir las demandas del trabajo; y de tipo formativo destinadas a que los profesionales conozcan las causas del estrés, sus efectos en la salud y aprendan habilidades para afrontar el estrés adecuadamente (Martín, 2003). Estas últimas, tienen como finalidad el desarrollo de estrategias de afrontamiento (Rice, 1999) y utilizan diferentes componentes, entre los cuales el grupo de Matheny (1986) considera más eficaces los siguientes:

- Reducción de tensión: Dado que la tensión física y psicológica puede continuar cuando el estresor, o más correctamente estímulo estresante, ha desaparecido es importante saber reducir esta tensión, para lo que se utilizan diversas técnicas de relajación, meditación o ejercicio físico. De estas, el equipo de Matheny identifica la relajación como la técnica más utilizada.
- Reestructuración cognitiva: Se desarrolla aprendiendo a cambiar la percepción o el significado de un determinado evento de manera que se relativiza su importancia. En este contexto las intervenciones utilizan una

mezcla de elementos cognitivos racionales con otros emocionales para conseguir afrontar de manera más adaptativa el estrés.

- Resolución de problemas: Esta técnica está orientada a desarrollar competencias personales para enfrentarse mejor a las demandas situacionales como el análisis del problema, generación de alternativas, previsión de consecuencias y pasos para la solución.
- Desarrollo de habilidades sociales, como comunicación y asertividad, puesto que los problemas en las relaciones interpersonales forman parte de las fuentes de estrés psicosocial, es evidente que las habilidades sociales permiten manejarse mejor en dichas situaciones.

Por su parte, Jones y Bright (2001) señalan que los cursos para la gestión del estrés, orientados a prevenir o reducirlo, suelen incorporar un amplio abanico de técnicas, destacando cinco componentes como más habituales: Relajación, Meditación/Concentración, Re-estructuración Cognitiva, Asertividad y Ejercicio Físico. Estos autores afirman que estas intervenciones tienen efectos positivos en el bienestar a corto plazo.

Otro abordaje hacia el tratamiento del estrés es la denominada orientación de tipo mente-cuerpo entre las que destaca el MBSR, en inglés, Mindfulness-based Stress Reduction que es un entrenamiento en Conciencia plena. Mindfulness es conocido en psicología dentro de las terapias de 3ª generación (Simón, 2006 y 2010) y tiene cierta semejanza con la terapia de aceptación y compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT) de Hayes, Strosahl y Wilson (1999). La ACT tiene como objetivo incrementar la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de contactar con el momento presente de manera más completa como ser humano consciente, para facilitar cambios en la conducta que satisfagan los valores más fundamentales de dicho ser humano (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Kohlenberg et al., 2005). La ACT se considera una terapia cognitivo conductual de nueva generación junto a la terapia dialéctica conductual (Dialectical Behavioral Therapy o DBT) de Linehan (1993), a los acercamientos meta-cognitivos de Wells (2000) y a la terapia cognitiva basada en la aceptación para el tratamiento de las recaídas de la

depresión conocida como Mindfulness-based Cognitive Therapy o MBCT, (Teasdale et al., 1995 y 2000).

## 2.1. Mindfulness y Reducción de Estrés con entrenamiento MBSR

El MBSR es una intervención psico-educativa que tiene como finalidad reducir el malestar psicológico, o sufrimiento, asociado al bien al estrés o a otras condiciones clínicas, como el dolor crónico. Esta técnica fue desarrollada por Jon Kabat-Zinn y sus colegas en la Clínica de Reducción del Estrés, fundada por este biólogo en 1979 en la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn 1996, 2003).

Esta intervención forma parte de las terapias conocidas como complementarias y alternativas citadas por el Instituto Nacional de salud de EEUU, dentro de la denominada Medicina Mente-Cuerpo (*Mind-Body Medicine*) que se centra en:

*“las interacciones entre el cerebro, mente, cuerpo y comportamiento y en la forma en que los factores emocionales, mentales, sociales, espirituales y del comportamiento afectan a la salud” (NCCAM, 2006).*

El entrenamiento MBSR consiste en el desarrollo de *Mindfulness*, que se puede traducir como Conciencia plena o también Atención plena, que muestra eficacia y aplicabilidad en muy variadas circunstancias (Bishop, 2002, Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004) y que resulta muy atractivo para los profesionales de la salud (Campo, Miguel, Valdivieso, Cervós y Faro, 2011) y sobre el que hemos comprobado su validez en la población española con anterioridad (Martín, García de la banda y Benito, 2005).

Pero MBSR no es sólo una intervención de reducción de estrés, sino que su ámbito es más amplio. Sus aplicaciones se centran en reducir el malestar psicológico producido por estrés o por otras circunstancias. Hay evidencias de su eficacia para aliviar el malestar relacionado con la ansiedad (Kabat-Zinn et al. 1992; Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998) y dolor físico (Kabat-Zinn, 1986; Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985); así como para mejorar el estado de ánimo (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Specca, 2001; Specca, Carlson, Goodey

y Angen, 2000) o incrementar el bienestar general (Astin, 1997; Majumdar, Grossman, Dietz-Waschkowski, Kersig y Walach, 2002; Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig, 2001; Williams, Kolar, Reger y Pearson, 2001).

## 2.2. ¿Qué es la Conciencia Plena y por qué reduce el malestar psicológico?

La Conciencia Plena ha sido definida como la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento. Este estado mental permite experimentar los pensamientos y sentimientos resaltando su subjetividad y su naturaleza transitoria (Bishop et al., 2004). La Conciencia Plena es por tanto una actitud que requiere reducir al mínimo la utilización del "piloto automático", manteniendo la atención en lo que ocurre "aquí y ahora", frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las fantasías del futuro (Kabat-Zinn, 1990).

Bishop y su equipo (2004) identifican dos componentes principales en la Conciencia Plena: el primero es la auto-regulación de la atención para mantenerla en la experiencia inmediata, lo que permite una mayor percepción de lo que ocurre en el momento presente. El segundo tiene que ver con la capacidad de adoptar una determinada actitud, en relación con la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación. Este actitud se traduce en una observación de la experiencia menos centrada en el yo y más centrada en lo que está ocurriendo.

Esta observación descentrada de la mente sería una función meta-cognitiva que permite distinguir los pensamientos o sentimientos propios como acontecimientos mentales, en vez de como parte de un yo (Teasdale et al., 2002). De esta forma se puede observar la aparición en la mente de tres tipos de fenómenos que se dan en la conciencia y que están mutuamente relacionados: los pensamientos, las sensaciones físicas provenientes del cuerpo y los estados de ánimo (emociones, sentimientos, etc.).

Para cultivar la Conciencia Plena es necesario atender a los acontecimientos mentales según se suceden en tiempo real, es decir momento a momento, pero sin juzgar o establecer preferencias. También es importante atender al proceso sin perseguir ningún otro objetivo que no sea estar presente con lo que ocurre, aceptando de forma abierta todo lo que ocurra, sin aferrarse a nada (Kabat-Zinn, 1990; 1996; 2003). Por el contrario, la actitud de "piloto automático" significa centrar la conciencia en el ámbito de los "pensamientos", que suelen corresponder a acontecimientos del pasado o del futuro, lo que supone reducir la atención que se presta al momento presente. Esta diferencia entre prestar atención al momento presente o a otros pensamientos resulta relevante en relación con la afectividad y la alteración emocional, ya que los pensamientos de pasado o futuro pueden estar cargados de afectividad negativa como veremos a continuación.

### 2.3 - Conciencia Plena y la Alteración emocional

Cuando la mente explora acontecimientos pasados, lo puede hacer desde orientaciones que supongan afectividad positiva o negativa, como son la autoconciencia o la rumiación (Joireman, Parrott y Hammersla, 2002). La autoconciencia requiere una cierta distancia emocional de los acontecimientos para poder contemplarlos de forma equilibrada, atendiendo a los factores positivos y negativos, lo que puede resultar más o menos agradable según sea el caso. La rumiación, por el contrario, sería una distorsión de este proceso que resultaría en un funcionamiento des-adaptativo, asociado a estados anímicos de tristeza o tensión, produciendo un malestar emocional elevado y junto a un sesgo cognitivo de auto-crítica negativa con carácter obsesivo (Joireman, Parrott y Hammersla, 2002). La rumiación también favorece cuadros mixtos de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Puesto que el entrenamiento en Conciencia Plena enseña como orientar la atención para permanecer en el momento presente, reduce la rumiación y mejora la afectividad (Martín y García de la Banda, 2007 y 2010), incluso después de controlar el efecto de los síntomas afectivos y los pensamientos disfuncionales (Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid, 2004).

Si el pasado puede originar estados de ánimo negativos, el futuro no está exento de ellos. La anticipación de lo que puede ocurrir, junto al miedo y/o la incertidumbre, originan tensión y comportamientos de tipo ansioso. Este comportamiento en sus formas más graves se puede manifestar en conductas obsesivo-compulsivas, en las que el individuo recurre a complejos rituales como forma de afrontar la ansiedad que le produce la anticipación de una situación (Sapolsky, 1998).

La Conciencia Plena resulta una herramienta útil para mantener la atención en el momento presente, contemplando sin juzgar, regulando así las emociones asociadas, por lo que resulta efectiva para reducir este tipo de estados emocionales (Kabat-Zinn, 1993; Martín y García de la banda, 2007; Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995;). También hay evidencias que demuestran que cuando la mente está vagando de un tema a otro tema la afectividad es negativa, mientras que cuando la atención está centrada en el momento presente, es decir la mente está concentrada, hay una mayor sensación de satisfacción (Killingsworth y Gilbert, 2010)

Además de la tristeza y el miedo, otra alteración emocional relacionada con el estrés es la cólera que se manifiesta en comportamientos de tipo hostil, como parte de la respuesta de lucha o rabia ante una situación de amenaza. Los efectos de la hostilidad en la salud han sido estudiados principalmente a través del patrón Tipo A de conducta (Friedman y Rosenman, 1974), cuya imagen común la ejemplificaría el "ejecutivo agresivo", y en relación a las enfermedades cardiovasculares (Adler y Matthews, 1994). Las reducciones encontradas en el componente hostilidad, gracias al entrenamiento en Conciencia Plena, se deben a un aumento de la Empatía que neutralizaría la hostilidad (Shapiro et al., 1998). También algunos autores como Koh, Kim y Park (2002), consideran dichas reducciones como un efecto indirecto de la disminución de los niveles de depresión, ya que estos investigadores asocian la hostilidad a los trastornos depresivos.

Por otro lado, estados afectivos positivos como alegría y felicidad pueden verse incrementados por el entrenamiento en Conciencia Plena. Los trabajos de Csikszentmihalyi (2003) con el concepto de Flujo, entendido como la capacidad

de focalizar la atención y la energía de una manera completa en lo que se está haciendo, explican como deportistas y artistas, plenamente absorbidos en el ejercicio de su creación, muestran una percepción de la realidad particular y un estado mental que genera estados afectivos positivos. El constructo Flujo tiene similitudes conceptuales con el constructo de Conciencia Plena: vivir más intensamente el presente y atender sin juzgar, poniendo el énfasis en las sensaciones del cuerpo. Además, estas emociones positivas parecen tener un efecto beneficioso sobre la salud. Por ejemplo: Rosenkrantz et al. (2003) vieron que el sistema inmune respondía fortaleciéndose al cultivar estados afectivos positivos, en sentido opuesto a lo que ocurría con las emociones negativas. En un estudio posterior, donde se incluyó un entrenamiento en Conciencia Plena, los participantes en la intervención registraron una mayor incidencia de estados afectivos positivos, medidos con EGG y un fortalecimiento del sistema inmune, significativamente superior al grupo control (Davidson et al., 2003).

#### 2.4. Conciencia Plena, auto-regulación y el cuidado de la salud

Puesto que el malestar psicológico originado por el estrés o el Burnout, puede acabar comprometiendo la salud del individuo, es fundamental disponer de mecanismos de auto-regulación que permitan recuperar el equilibrio del organismo lo antes posible. Karoly, Boekaerts y Maes (2005) resaltan la importancia de la regulación emocional en el proceso adaptativo y la importancia que tiene la auto-regulación en las distintas intervenciones de reducción del malestar utilizadas en la actualidad.

El modelo de auto-regulación descrito por Shapiro y Schwartz (2000) ejemplifica cómo la Conciencia Plena puede ser un buen entrenamiento para reducir el efecto negativo del estrés sobre la salud de las personas. Estos autores explican el desarrollo de la salud a partir de la siguiente reacción de tipo causa efecto:

Intención → Conciencia → Conexión → Regulación → Equilibrio → Salud
---

Según estos autores, la intención enfocada sobre la conciencia permite conectar con la realidad personal, tanto en el ámbito interior como en relación con el entorno. El papel de la intención sería el de orientar el sentido de la Atención, tal



y como se describe en el entrenamiento en Conciencia Plena, sin juzgar y momento a momento. La conexión con la realidad interna y externa del individuo facilita procesos de auto-regulación emocional. Estos procesos de auto-regulación tienen como consecuencia una mayor capacidad para recuperar el equilibrio reduciendo el impacto negativo de los estímulos estresantes sobre la salud de las personas (Gross, 1998). Este proceso se puede resumir de la siguiente manera; cultivando una Intención determinada se orienta la Atención hacia el presente y esta Atención facilita una nueva Actitud de auto-regulación.

La falta de Conciencia Plena facilita un comportamiento parcialmente desconectado de la realidad, en la medida en que la mente está ocupada por fantasías, recuerdos o preocupaciones. Esta falta de conexión facilita las actitudes de tipo reactivo a los acontecimientos, que son menos adaptativos y que resultan en un menor profesionalismo.

### **3- La práctica médica – La importancia de la Empatía**

Cualquier intento de curación comienza con la intención de hacerlo en el interior del profesional de la salud. El núcleo de la intención curativa se apoya en una relación de aceptación, de atención consciente, de compasión y de Empatía (Schmidt, 2004). Por ello, la práctica médica, en su sentido más amplio, incluye la relación completa del profesional con el paciente, ya que no podemos aislar completamente la enfermedad de la persona que la sufre. Esta necesidad de relación integral es aún mayor en Atención Primaria y por ello se considera el modelo bio-psico-social para una mejor práctica clínica (Borrell y Cebriá, 1995). En este modelo, el diálogo y el entendimiento son factores esenciales para construir una relación inter-personal que facilite el razonamiento clínico (Borrell-Carrió, Suchman y Epstein, 2004). En este contexto cobra interés la Empatía, entendida como la capacidad de apreciar y compartir los sentimientos de la otra persona, sin dejarse arrastrar por ellos, con objeto de tener una mejor comprensión de lo que le ocurre (Hojat et al., 2002).

Los pacientes se sienten cómodos cuando les atiende un profesional empático (Coliver, Willis, Robbs, Cohen y Swartz, 1998) y esta empatía ayuda a mantener una buena relación médico-paciente, (Spiro, 2009). Según Hogan (1969) los atributos personales que caracterizan a profesionales con alta Empatía son: agradables, afectuosos, amigables, alegres, sociables, sentimentales, imaginativos, discretos y con tacto. De otra parte, los atributos de los profesionales con baja Empatía son: crueles, fríos, agresivos, hostiles, amargados, maleducados, discutidores e inflexibles. Coliver y su equipo (1998) vieron que los estudiantes de medicina con alta Empatía, cuando entrevistaban pacientes, tenían más éxito en tranquilizar al paciente y asegurarse que el paciente había entendido las instrucciones dadas por el profesional. Por otro lado, Beddoe y Murphy (2004) vieron que la Empatía en la práctica médica es un ejercicio de conexión con la experiencia interna del paciente, para entenderle mejor y que se veía facilitado por la práctica de la conciencia plena en estudiantes de enfermería.

Este creciente interés sobre el Burnout profesional como una condición que afecta negativamente a los profesionales de la salud, y la Empatía, que facilita la práctica clínica, llevó a Krasner y a su equipo, (2009) a realizar una intervención reveladora con profesionales de Atención Primaria. Estos investigadores utilizando un programa psico-educativo, denominado Mindfulness en Medicina, orientado a cultivar Conciencia plena en la práctica médica, consiguieron una mejora significativa del bienestar de los médicos y en su capacidad para relacionarse con pacientes.

El programa, Mindfulness en Medicina tiene dos fases. La fase intensiva, basada en el entrenamiento MBSR antes citado, esta fase requiere de una asistencia semanal durante 8 semanas. Seguidamente hay una fase de mantenimiento, donde la asistencia se reduce a una sesión mensual durante 10 meses. Los participantes en este programa mostraron disminuciones de nivel medio en Burnout y de la Alteración emocional, lo que implica reducciones en sus sentimientos de rabia, fatiga, depresión y tensión. Además los médicos mostraron un cambio importante en su auto-conciencia, medida como Conciencia plena y una mayor Empatía hacia los pacientes.

Por ello, creemos que este trabajo de Krasner y su equipo (2009), es un ejemplo interesante y destacado de innovación en la formación de profesionales para la salud. Sus investigaciones sobre la aplicación de la Conciencia plena han llevado a la Universidad de Rochester a incluir esta formación en su programa formativo, y se han habilitado programas para médicos de Atención primaria (Epstein, 2010).

Por todo ello, nos propusimos replicar de Krasner citado, con algunas mejoras. Primera, puesto que el estudio de Krasner tiene un diseño intrasujetos y carece de grupo control, aprovechando que cuando lanzamos la convocatoria tuvo muy buena acogida y fueron muchos los sujetos que se apuntaron al programa, pudimos realizar un estudio previo sobre la fase intensiva del programa con grupo control. Segundo, en nuestro estudio quisimos ampliar la muestra a otros profesionales de Atención primaria, sin limitarlo a médicos como Krasner y su equipo. Tercero, quisimos incluir un cuestionario de evaluación detallado que nos permitiera conocer mejor que cambios de actitudes y comportamiento origina el programa.

De esta forma, realizamos dos estudios. Un primer estudio con grupo control aleatorizado, mientras que el segundo estudio fue una replica del trabajo de Krasner, esto es, un estudio intrasujetos de medidas repetidas.

## **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

---

## **OBJETIVOS**

Objetivo 1 (primer estudio) Conocer el efecto de la fase intensiva, de ocho semanas, del programa de Mindfulness Concretamente en las siguientes variables:

- Burnout (Agotamiento, Despersonalización y Realización personal).
- Alteración emocional (Tensión, Depresión, Cólera, Vigor y Fatiga)
- Empatía (Actitud compasiva, Tomar perspectiva y Ponerse en el lugar del paciente)
- Conciencia plena o Mindfulness (Capacidad de observar, Describir, Actuar con conciencia, No hacer juicios y de No reaccionar)

Objetivo 2 (estudio 1): Conocer la valoración que los profesionales de Atención primaria dan a este programa, así como los cambios de percepción y actitudes que promueve el mismo en los siguientes ámbitos:

1. Efecto de la intervención en cuanto a su auto-percepción, sobre cómo se siente al final respecto al principio, su grado de energía y de actividad.
2. Grado de utilización de los ejercicios de Mindfulness presentados.
3. Cambios de actitud registrados en torno a tres áreas :
  - Cuidar de si mismo
  - Estar presentes
  - Profesionalismo
4. Cambios de percepción en sus pensamientos, sentimientos o reacciones.

5. Aprendizaje de estrategias para reducir el estrés, en torno a los cinco componentes de la escala de Conciencia plena

- Actuar con conciencia
- Ausencia de reactividad
- Ausencia de juicio
- Descripción
- Observación

Objetivo 3 (estudio 2): Conocer el efecto combinado de la fase intensiva y la fase de mantenimiento, de 10 meses, y observar la evolución en el tiempo de las variables antes mencionadas.

Objetivo 4 (estudio 2): Conocer el grado de adhesión a los ejercicios prácticos de Mindfulness y efecto del programa en los participantes en relación con cambios de actitudes relacionadas con cuidarse mejor y con el profesionalismo.

## **HIPÓTESIS**

En base a los objetivos planteados y basándonos en los resultados obtenidos por Krasner (2009) formulamos las siguientes hipótesis de trabajo.

La intervención de entrenamiento en conciencia plena tendrá como efecto los siguientes cambios:

- 1- Disminuirá el Burnout (reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado moderado).
- 2- Disminuirá la Alteración emocional (reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado moderado).
- 3- Aumentará la Empatía (reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado pequeño).
- 4- Aumentará el nivel de Conciencia plena (reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado grande).
- 5- Como consecuencia de la intervención, la mayoría de los participantes practicará de forma rutinaria algún ejercicio del programa de Mindfulness. Esta práctica será más intensa al final de la fase intensiva pero se mantendrá durante la fase de mantenimiento, con una periodicidad de al menos 3 veces por semana por espacio de al menos 15 minutos cada vez.
- 6- Como consecuencia de la intervención, se producirán cambios de actitud positivos en los siguientes ámbitos: Cuidar de si mismo, Estar presentes, Profesionalismo. También se darán cambios en relación con los pensamientos, sentimientos o reacciones, en la mayoría de los asistentes.
- 7- Los efectos de la fase intensiva se mantendrán durante la fase de mantenimiento de 10 meses, mejorando en las variables.

A partir de estas premisas se diseñaron dos estudios con objeto de verificar nuestras hipótesis, que se realizaron de forma consecutiva.



## **ESTUDIO PRIMERO**

---

## **MÉTODOS (estudio 1)**

### Sujetos

Para participar en este estudio los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesional en activo de atención primaria (médicos, diplomados en enfermería, psicólogos o trabajadores sociales).
- Comprometerse con un mínimo de asistencia al 75% de las sesiones y una dedicación al programa de unos 45 min. diarios mientras dura la Fase Intensiva.
- Comprometerse a rellenar los cuestionarios en los controles establecidos.

Como criterios de exclusión se estableció:

- Estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, excepto la administración de ansiolíticos y antidepresivos.

De las personas interesadas, 75 cumplían los criterios de inclusión y fueron invitadas a participar en el programa.

De las 47 inscritos en el grupo intervención dos no se presentaron y otros dos abandonaron el programa por razones personales quedando este grupo en 43 que terminaron y cumplieron con los criterios de asistencia exigidos.

La edad media de la muestra fue de 46,99 años (DT:8,03) siendo el 92% mujeres. Respecto a la profesión el 60,0% médicos, 33,3% enfermeras y 6,7% corresponde a otros (trabajadoras sociales y psicólogas). Todos los participantes estaban en activo, asistían al curso por tener malestar psicológico, por estar interesados en la aplicación de la técnica MBSR en el entorno sanitario, o por ambas razones.

## Diseño

Ensayo clínico aleatorizado con medidas pre y post, con una intervención psico-educativa intensiva de 8 semanas.

Se realizó una aleatorización estratificada por tipo de profesional (médico, enfermera y otros) proporcional al tamaño de cada grupo.

Para prevenir los efectos de excesivas bajas experimentales formamos un grupo intervención con más sujetos que el grupo control. Con todo ello, el grupo intervención se formó con 46 personas inscritas, pero 2 de ellas no se presentaron por razones personales y causaron baja antes de comenzar y 1 abandonó a medio programa por problemas laborales, quedando este grupo en 44. De otro lado, el grupo control se compuso de 29 personas iniciales, aunque 5 abandonaron el programa al no presentarse para rellenar el cuestionario post, quedando este grupo en 24.

## Instrumentos

Las variables se evaluaron con los siguientes instrumentos:

- Para evaluar el Burnout utilizamos el Maslach Burnout Inventory (MBI), creado por Maslach y Jackson en 1996. Es un cuestionario con 22 items que se valoran con una escala tipo likert de 7 niveles. La factorización muestra tres escalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para nuestro estudio usamos la versión en castellano de Moreno-Jiménez, Carvajal y Escobar (2001), que muestra una alta consistencia interna con valores del alpha de entre 0,85 y 0,89 para estas escalas.
- Para medir el grado malestar de los participantes se utilizó el inventario POMS (Profile of Mood States), que está orientada a evaluar el estado de ánimo subjetivo. En su forma original (McNair, Lorr y Droppleman, 1971), el POMS está compuesto por 65 items y del que es posible obtener un Índice General de Alteración Emocional (IGAE) y varias medidas parciales referentes a 5 estados de ánimo tensión-ansiedad,

depresión-abatimiento, cólera-hostilidad, vigor-actividad y fatiga-inercia. Este instrumento ha sido traducido al castellano y validado con una muestra de 286 deportistas (Andrade, Arce y Seoane, 2002) con una fiabilidad total de la escala (calculada mediante el coeficiente Alpha de Cronbach) de 0.90. Los valores de consistencia interna para los factores se situaron entre 0.76 y 0.91. En nuestro estudio hemos utilizado una versión reducida de 15 items que aborda estos 5 estados de ánimo (Fuentes, García-Merita, Meliá, Balaguer, 1994). El grado de malestar experimentado a lo largo de los 7 días previos se evalúa a través de una escala de valoración tipo Likert que va del 0 al 4 (0=nada en absoluto, 1=un poco, 2=moderadamente, 3=bastante, 4=mucho o extremadamente). El Índice de Alteración Emocional es una puntuación total obtenida sumando la valoración de cada individuo en las escalas: Depresión, Cólera, Tensión y Fatiga, y se resta la puntuación de la escala Vigor. Para evitar puntuaciones negativas se suma 12 a la puntuación final, así la puntuación del IGAE puede oscilar de 0 a 60.

- Para medir la Empatía utilizamos el instrumento elaborado en el Jefferson College of Medicine (JSPE) por los investigadores Hojat et al. (2002). Esta escala tiene 20 items con una escala Likert de 7 puntos en relación al grado de acuerdo o desacuerdo con cada proposición. Tiene 3 dimensiones: cuidado compasivo, tomar perspectiva y "ponerse en los zapatos del paciente". En nuestro estudio usamos la versión traducida al castellano por Alcorta-Garza et al. (2005) que muestra una consistencia interna, alpha, de 0,74.

- Entre las pruebas de auto-evaluación que miden el mindfulness como rasgo, se eligió el FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) de Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006), que mide la tendencia general a proceder con Conciencia Plena en el día a día a partir de cinco habilidades: observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad. El FFMQ incluye 39 ítems con una escala likert de 1 a 5 según el grado de acuerdo con cada enunciado, desde muy raramente hasta siempre. El coeficiente alpha para cada factor está entre .75 y .91, lo que indica una buena consistencia interna (Baer et al.,2006).

En nuestro estudio usamos la versión traducida al castellano de Cebolla, García-Palacios, Baños, Guillén, Navarro y Miró (2010), que tiene un coeficiente alpha de 0.88 (Cebolla et al. 2011).

Evaluación de la intervención. Mediante un cuestionario basado en la evaluación del Center for Mindfulness de la Universidad de Massachusetts, traducido por el autor y que se recoge en el anexo 4. Esta evaluación consta de los siguientes apartados :

1) Auto-Percepción general. Orientada a conocer como se siente en general, su grado de energía, eficacia y su grado de atención actual, mediante una escala likert de 5 niveles., indicando detalles sobre el cambio del grado de atención.

2) Práctica de los ejercicios del programa, indicando cuales practica con más frecuencia.

3) Cambios de actitud, en relación con cuidarse y con el profesionalismo

4) Valor del aprendizaje y su aplicación en reducir estrés . Este apartado se mide con una pregunta abierta: " ¿Cree que aprendió algo importante y denos algún ejemplo? Como criterio de agrupación de las resupestas hemos utilizado los cinco componentes de la escala de Conciencia plena:

- Actuar con conciencia
- Ausencia de reactividad
- Ausencia de juicio
- Descripción
- Observación

5) Valoración de la intervención, con una escala 1-10

## Intervención

La intervención está basada en el programa MBSR, descrita por Kabat-Zinn (1996, 2003) y adaptado para profesionales de la medicina por Krasner et al. 2010. Este programa, enfatiza la Conciencia Plena en las actividades cotidianas, practicándola con ejercicios de meditación-contemplación y estiramientos de tipo Yoga. El formato de la intervención es el de una actividad psico-educativa, similar a un curso de formación laboral. Se imparte en grupos de 10-30 personas y consta 28 horas presenciales repartidas en 8 sesiones semanales de 2,5 h. y una sesión de 8 horas. Las sesiones semanales incluyen una presentación de un tema, ejercicios prácticos y tiempo de diálogo en grupo sobre las ventajas y las dificultades que surgen al aplicar las técnicas y las estrategias de afrontamiento utilizadas en la vida diaria.

El programa de las sesiones realizadas es el siguiente:

1. La Conciencia Plena: Esta sesión comienza con la presentación del instructor y de todos los participantes, que deben indicar las razones de su asistencia. Después se realiza una breve presentación del programa y del método que se va a seguir, enfatizando la importancia de la adhesión a la práctica y de hacer los deberes. Posteriormente se explica la Conciencia Plena en los pensamientos, emociones y sensaciones. Para ello se utilizan dos ejercicios. Primero se come una uva pasa despacio y con la mayor atención, lo que supone unos 10 minutos, explorando las sensaciones, emociones y pensamientos. Después se realiza un ejercicio denominado Exploración del Cuerpo, que dura unos 40 minutos y donde se intenta captar las sensaciones de las distintas partes del mismo, a medida que las menciona el instructor. Este último ejercicio se proporciona en CD para su práctica personal durante la semana, junto con los deberes para la semana.
2. Las Percepciones y forma de pensar de un profesional de la salud: la sesión comienza con la exploración del cuerpo y continúa con un turno de reflexión en grupos donde se tratan las dificultades y dudas sobre la técnica. Posteriormente se presentan algunas paradojas sobre las

percepciones y la forma de pensar que incluye el modo racional y el modo intuitivo. Finalmente se explican las características de la percepción y el efecto del condicionamiento previo, incidiendo en la idea de responder en vez de reaccionar ante los desafíos de la vida o los momentos estresantes. Esta sesión concluye con un ejercicio de Atención a la respiración de 10 minutos y se dan los deberes para la semana siguiente.

3. Las Emociones: La sesión comienza con 15 minutos de atención a la respiración y sigue con un trabajo en grupo para revisar los deberes, consistentes en registrar acontecimientos agradables vividos con conciencia plena, durante la semana. Después, los grupos exploran las emociones básicas (miedo, rabia, tristeza y alegría) y se analizan sus características desde la Conciencia Plena. Se reflexiona sobre el efecto de las emociones en la vida diaria, en la reactividad y en las relaciones personales. Se explica la regulación emocional y las aplicaciones de la Atención en la respiración para este fin. En esta sesión se introduce el Yoga en el suelo, que dura 40 minutos, y se proporciona un CD con ejercicios de Yoga para practicar en casa, con los deberes de la semana siguiente.

4. El Estrés en el Trabajo, Reacción o Respuesta: La sesión comienza con 20 minutos de atención a la respiración y sigue con un trabajo en grupo para revisar los deberes, consistentes en registrar acontecimientos desagradables vividos con conciencia plena, durante la semana. Se recogen las sensaciones y emociones relacionadas con estos acontecimientos para explicar la reacción del estrés y se explica el modelo biopsicosocial para entender el estrés y las estrategias de afrontamiento. Se practica de nuevo Yoga en el suelo, antes de entregar la hoja de deberes para la semana siguiente.

5. Estrategias para Afrontar el Estrés: La sesión comienza con 20 minutos de atención a la respiración y sigue con un trabajo en grupo para revisar los deberes, consistentes en registrar acontecimientos estresantes vividos con conciencia plena, durante la semana. Se recogen los acontecimientos y las estrategias de afrontamiento utilizadas entre los participantes. Los

acontecimientos se exploran en relación con el grado de control del individuo y se enfatiza la responsabilidad de cada persona sobre su vida. Las estrategias se analizan según sean basadas en la emoción o en la tarea, o adaptativas o des-adaptativas, explicando sus características. Se concluye con los peligros asociados al estrés y los factores protectores, insistiendo en la idea de responder al estrés en vez de reaccionar. Finalmente se practica Yoga de pie (incluido en la grabación) durante 40 minutos y se entregan los deberes.

6. La Comunicación: Esta sesión comienza con un ejercicio de meditación de 30 minutos, en la que la atención se centra sucesivamente en la respiración, las sensaciones, los sonidos y los pensamientos. Intercalando, a mitad de ejercicio, 10 minutos caminando lentamente con conciencia plena. Seguidamente y en grupo, se revisan los deberes, consistentes en registrar problemas de comunicación con pacientes o compañeros vividos recientemente. Posteriormente se explora con el instructor los fundamentos de la comunicación en momentos de tensión, explicando las características del lenguaje pasivo, agresivo y asertivo. Se enfatiza en la comunicación desde el respeto mutuo y como una forma de conectar a las personas para poder influir positivamente en ellas. Finalmente se entrega un nuevo CD que incluye la práctica de meditación guiada realizada y los deberes de la semana.

7. Día Intensivo – Esta Jornada está destinada a la práctica de los ejercicios de yoga y meditación que se realizan en un lugar tranquilo, distinto del habitual, donde los participantes están en completo silencio, siguiendo las indicaciones del instructor. La jornada comienza con la exploración del cuerpo, sigue con la meditación guiada y una sesión de yoga que cubre la parte de suelo y la parte de pie. Posteriormente se realiza un almuerzo, en silencio, y un periodo de descanso o paseo. La sesión de la tarde comienza con la meditación guiada y después se realiza un ejercicio dinámico orientado a liberar la tensión. Posteriormente se realiza una sesión de meditación guiada, distinta a las citadas, y orientada a cultivar sentimientos de amor y compasión hacia uno mismo y los demás. Finalmente se retoma la palabra por los participantes para



explorar entre todos las dificultades encontradas, las dudas sobre las técnicas y utilidad de la jornada.

8. Cuidarse y evitar el Burnout – Esta sesión esta orientada a que los profesional conozcan mejor los síntomas del Burnout y las posibles estrategias para afrontarlo adecuadamente, aprendiendo a cuidarse mejor. La sesión comienza con una meditación guiada de 40 minutos y un turno de dudas o comentarios sobre el día de retiro y sus efectos. Posteriormente, en grupos, se realiza un ejercicio de reflexión sobre sus experiencia de trabajar de forma agradable y sentirse bien. La sesión finaliza con una serie de recomendaciones para prevenir el Burnout y mejorar el auto-cuidado, que incluye realizar un plan personal de cambio, que forma parte de los deberes para la semana.

9. Despedida: La sesión comienza con el ejercicio de exploración del cuerpo seguido de una meditación sentados de atención a la respiración durante 10 minutos. Luego se entrega a los participantes el formulario de evaluación del curso y a medida que los van entregando, se les coloca por parejas para que se expliquen sus respectivos planes de cambio personal. Posteriormente se sientan todos los participantes en círculo en el suelo y cada uno hace una valoración del curso en público. El instructor acaba animando a los participantes a integrar estas habilidades en su vida y se despide agradeciendo su participación a los asistentes.

### Procedimiento

El reclutamiento de participantes se realizó entre los profesionales de la salud de distintos centro de Atención Primaria relacionados con el IDIAP Jordi Gol de Barcelona. Los interesados fueron invitados mediante una convocatoria por correo electrónico (anexo 1) a dos charlas introductorias, aunque también se aceptaron solicitudes de profesionales que no habiendo asistido a las sesiones orientativas, estaban interesados en participar.

Todos los participantes rellenaron una solicitud en la que indicaban sus razones para participar (anexo 2) y firmaban una declaración de consentimiento informado (anexo 2). Cada participante se comprometió a asistir a las sesiones, contestar los cuestionarios y dedicar 45 minutos diarios al programa para realizar los ejercicios correspondientes, al menos durante las ocho semanas del mismo. Los cursos eran abiertos a profesionales de Atención Primaria, con una matrícula de 50 € que financiaba la documentación y las grabaciones. Los participantes que asistieron a un mínimo del 75% de las sesiones y realizaron los cuestionarios recibieron créditos de formación profesional equivalentes a 50 horas de formación investigación, la acreditación la realizó el IDIAP Jordi Goll de Barcelona.

El programa se desarrolló fuera del horario laboral en las instalaciones del IDIAP Jordi Gol en Barcelona. El grupo intervención se dividió en dos sub-grupos uno de tardes y otro de mañanas, con 23 y 24 participantes cada uno. Se registró la asistencia a las mismas, si alguna persona faltaba sin comunicarlo previamente, el instructor le telefoneaba para conocer las causas y animarle a seguir asistiendo al programa. Los cursos fueron impartidos por un instructor de MBSR, formado en la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts, que es quien firma este trabajo.

El grupo control no asistió a ninguna sesión después de la sesión orientativa donde se explicó el programa, aunque si se les dijo que podrían participar en la siguiente convocatoria del programa, como compensación por su contribución.

La toma de datos se realizó en dos momentos, durante las 2 semanas anteriores al comienzo del programa y en las 3 semanas posteriores al mismo, tanto en el grupo de intervención como en el de lista de espera. En estos casos, los cuestionarios se clasificaron en el mismo orden (POMS, MBI, JSE y FFMQ), pero se repartieron en 4 lotes distintos, que empezaban por un cuestionario diferente, con objeto de no beneficiar a ningún cuestionario por razón de su orden de formalización. En el momento post se cumplimentó también el test de evaluación del programa de 8 semanas, o fase intensiva.

## Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio. Las diferencias entre grupos se analizaron con el test de Chi-cuadrado para datos categóricos y el test de Student para datos continuos. La efectividad de la intervención se evaluó a través de la diferencia de medias (intervalos de confianza al 95%) y del tamaño del efecto estandarizado (TEE). Se calculó el TEE (Kazis, Anderson y Meenan, 1989) como la diferencia media entre el grupo intervención y el grupo control, dividida por la desviación típica (DT) del grupo control. El TEE representa una medida estandarizada del cambio que permite comparaciones entre grupos, entre las medidas en el mismo estudio o entre diferentes estudios (Cohen, 1988; Terwee, Dekker, Wiersinga, Prummel y Bossuyt, 2003).

Para las comparaciones dentro de cada grupo, se usó la versión longitudinal del tamaño del efecto, también conocida como respuesta media estandarizada RME, cambio medio dividido por DT del cambio. La Regla de Cohen que permite interpretar el tamaño del cambio producido, dice así:

“Cohen’s rule of thumb for interpreting the effect size index, a value of 0.2 as small , 0.5 as moderate, and 0.8 or greater as large” .

Dada su ambigüedad, nosotros hacemos la interpretación siguiente: entre 0.2 y menor de 0.5 el cambio es pequeño, entre 0.5 y menor de 0.8 es moderado, y a partir de 0.8 el cambio es grande. Esta valoración se puede aplicar también a la RME (Cohen, 1988; Terwee, Dekker, Wiersinga, Prummel y Bossuyt, 2003).

El nivel de significación de todas las pruebas fue del 5%, a dos colas. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

### Aspectos éticos

El estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki y de la Guía de Buena Práctica en Investigación. El protocolo del estudio ha sido aprobado por el Comité ético de investigación clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol (P10/C58) (anexo 7.6). La información sobre los objetivos y características del estudio se facilitó vía oral y escrita (anexos 7.1 y 7.2). Los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas sobre los detalles del mismo. La confidencialidad y el anonimato de los datos se llevó a cabo conforme a la ley 15/1999, de confidencialidad de los datos. Los datos fueron codificados para garantizar el anonimato y sólo los investigadores y monitores tuvieron acceso a los mismos.

### Apoyo económico

El estudio 1º recibió una ayuda del ICS de 3.900 €. Los participantes aportaron 50 € cada uno, para la compra de los materiales, libros y CDs.

## RESULTADOS (estudio 1º)

En el momento basal los dos grupos, intervención y control, no muestran diferencias significativas en edad, profesión, ni en las variables dependientes (Tabla 1).

Tabla 1. Características basales del grupo control y experimental. Los valores son media (Desviación típica) a no ser que se especifique lo contrario.

	Grupo control n=25	Grupo experimental n=43	P – valor*
Edad (años)	46,9 (6,7)	48,8 (7,8)	0,308
Profesión, n (%)			
Enfermera	6 (24,0)	17 (39,5)	0,139
Médica	18 (72,0)	23 (53,5)	
Otros	1 (4,0)	3 (7,0)	
<b>Puntuaciones en la escala de Burnout (MBI).</b>			
Total	74,2 (15,3)	73,6 (15,3)	0,885
Agotamiento emocional	26,0 (12,5)	25,1 (11,6)	0,763
Despersonalización.	9,0 (5,4)	9,8 (6,3)	0,608
Realización personal	39,2 (6,0)	38,8 (6,7)	0,801
<b>Puntuaciones en la escala de Empatía (JSPE).</b>			
Total	120,3 (10,2)	119,7 (12,8)	0,835
Toma de perspectiva	59,5 (7,0)	54,8 (6,4)	0,859
Compasión	47,2 (4,9)	47,3 (5,1)	0,881
Ponerse en los zapatos del paciente	13,6 (0,9)	13,1 (1,8)	0,204
<b>Puntuaciones en la escala de Alteración emocional (POMS).</b>			
Índice general de alteración emocional	22,0 (9,9)	21,0 (9,1)	0,668
Tensión-Ansiedad	4,6 (2,6)	4,6 (2,5)	0,977
Depresión-Abatimiento	2,9 (2,6)	2,6 (2,2)	0,616
Cólera-Hostilidad	4,1 (2,8)	3,4 (2,5)	0,296
Vigor-Actividad	6,5 (2,2)	7,0 (2,3)	0,337
Fatiga-Inercia	5,0 (2,6)	5,5 (2,7)	0,430
<b>Puntuaciones en la escala de Conciencia plena (FFMQ)</b>			
Total	121,1 (13,6)	129,2 (22,1)	0,104
Observar	24,5 (4,3)	26,1 (8,6)	0,373
Describir	26,4 (5,2)	28,2 (5,7)	0,208
Actuar con conciencia	23,9 (6,7)	25,3 (5,9)	0,356
No hacer juicios	26,5 (6,3)	27,1 (7,8)	0,749
No reaccionar	19,8 (2,9)	21,9 (4,3)	0,032

MBI. Rango de valores de 0 a 140. Valores totales mayores indican mayor Burnout excepto Realización personal.

JSPE. Rango de valores 0 a 140. Valores totales más elevados indican mayor Empatía.

POMS Rango de valores de 0-60. Valores totales mayores indican peor estado de ánimo excepto vigor-actv..

FFMQ. Rango de valores de 39 a 195. Valores totales más elevados indican mayor conciencia.

P-valor calculado según el test de la t de Student o el test de Chi-cuadrado

La asistencia a las sesiones del programa por parte del grupo intervención, descartando las bajas experimentales, fue del 92.0% y ninguna persona faltó a más de 2 sesiones.

### VARIABLES DEPENDIENTES

En el Burnout, el grupo control no experimenta cambios, mientras que el grupo intervención disminuye en 6.0 puntos ( $P < 0.01$ ). Esto supone un cambio pequeño (RME:0.43). Este descenso también se da en las sub-escalas, Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal (Tabla 2).

Cuando se compara el grupo intervención con el control, se observa una diferencia entre los cambios de 7.0 puntos ( $P < 0.05$ ). El tamaño del efecto de la intervención alcanza el nivel de moderado (TEE:0.74).

En Alteración emocional, el grupo control no experimenta cambios, mientras que el grupo intervención disminuye 6.5 puntos (RME:0.62). Esto supone un cambio moderado. Este descenso también se da en las subescalas, de Depresión, Cólera, Tensión y Fatiga, aunque Vigor no cambia significativamente (Tabla 3).

Cuando se compara el grupo intervención con el control, se observa una diferencia entre los cambios de 7.1 puntos ( $P < 0.01$ ). El tamaño del efecto de la intervención alcanza el nivel de grande (TEE: 1.15).

En Empatía, el grupo control no experimenta cambios, mientras que el grupo intervención aumenta 3.5 puntos (RME:0.31). Esto supone un cambio pequeño. Este descenso también se da en las subescalas, de Toma de perspectiva, Compasión y Ponerse en los zapatos del paciente (Tabla 4).

Cuando se compara el grupo intervención con el control, se observa una diferencia entre los cambios de 5.2 puntos ( $P < 0.05$ ). El tamaño del efecto de la intervención alcanza el nivel de moderado (TEE: 0.71).

En Conciencia Plena, el grupo control no experimenta cambios, mientras que el grupo intervención aumenta 12.0 puntos (RME:0.65). Esto supone un cambio moderado. Este descenso también se da en las subescalas Capacidad de observar,

Actuar con conciencia, No hacer juicios y de No reaccionar. Mientras que en Describir no hay cambio significativo (Tabla 5)

Cuando se compara el grupo intervención con el control, se observa una diferencia entre los cambios de 11.0 puntos ( $P < 0.01$ ). El tamaño del efecto de la intervención alcanza el nivel de grande (TEE: 0.90).

A continuación se presentan los resultados de las variables en las tablas 2-5:

Tabla 2. Cambios en las puntuaciones de la escala de *Burnout de Maslach* dentro y entre grupos.

Puntuación	Grupo intervención n=43				Grupo control n=25				Diferencia entre grupos (Cambio en Intervención – Cambio en Control)		
	Basal Media (DT)	Post Media (DT)	Diferencia (Post-Basal) Media (IC 95%)		Basal Media (DT)	Post Media (DT)	Diferencia (Post-Basal) Media (IC 95%)		RME <sup>a</sup>	Media (IC 95%)	TEE <sup>b</sup>
			RME <sup>a</sup>	Media (IC 95%)			RME <sup>a</sup>	Media (IC 95%)			
Total	73,4 (15,5)	67,4 (14,5)	-6,0 (-10,4 a -1,5) <sup>d</sup>	0,43	74,2 (15,3)	75,2 (15,7)	1,0 (-3,0 a 5,0)	-0,11	-7 (-13,4 a -0,6) <sup>c</sup>	0,74	
Agotamiento emoción	25,1(11,6)	19,5 (11,0)	-5,5 (-8,7 a -2,4) <sup>d</sup>	0,55	26,0 (12,5)	26,7 (13,6)	0,7 (-1,7 a 3,2)	-0,12	-6,2 (-10,2 a -2,3) <sup>d</sup>	1,05	
Despersonalización	9,8 (6,3)	7,2 (5,5)	-2,5 (-4,0 a -1,1) <sup>d</sup>	0,55	9,0 (5,4)	9,0 (5,7)	0,0 (-1,6 a 1,6)	0,00	-2,5 (-4,8 a -0,3) <sup>c</sup>	0,65	
Realización personal	38,8 (6,8)	40,9 (4,7)	2,1 (0,6 a 3,7) <sup>d</sup>	0,43	39,3 (6,0)	39,5 (6,0)	0,3 (-1,2 a 1,8)	0,08	1,8 (-0,5 a 4,1)	0,52	

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Escala de Burnout de Maslach de 22 ítems. Rango de valores de 0 a 140. Valores totales más elevados indican mayor Burnout excepto para la realización personal.

Diferencias negativas indican mejoras (disminución del Burnout) en las dimensiones, excepto para la realización personal en la que puntuaciones positivas indican más realización personal.

<sup>a</sup>RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

<sup>b</sup>TEE: Tamaño del efecto estandarizado. Calculado como la media de las diferencias del cambio entre el grupo de intervención y control dividido por la desviación estándar del cambio del grupo control.

Los valores positivos de RME y TEE indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

<sup>c</sup>p<0,05; <sup>d</sup> p<0,01;



Tabla 3. Cambios en las puntuaciones de la escala de alteración emocional "Profile Of Mental States" dentro y entre grupos.

Puntuación	Grupo intervención n=43				Grupo control n=25				Diferencia entre grupos (Cambio en Intervención – Cambio en Control)		
	Diferencia		Diferencia		Diferencia		Diferencia		RME <sup>a</sup>	Media (IC 95%)	TEE <sup>b</sup>
	Basal Media (DT)	Post Media (DT)	(Post-Basal) Media (IC 95%)	RME <sup>a</sup>	Basal Media (DT)	Post Media (DT)	(Post-Basal) Media (IC 95%)	RME <sup>a</sup>			
Alteración emocional	21,4 (8,8)	14,9 (7,5)	-6,5 (-9,8 a -3,3) <sup>e</sup>	0,62	21,5 (10,3)	22,1 (10,1)	0,6 (-2,1 a 3,3)	-0,10	-7,1 (-11,3 a -3) <sup>d</sup>	1,15	
Tensión-Ansiedad	4,6 (2,5)	2,8 (2,0)	-1,7 (-2,5 a -1) <sup>e</sup>	0,69	4,4 (2,6)	4,5 (2,4)	0,1 (-0,6 a 0,8)	-0,05	-1,9 (-3,0 a -0,7) <sup>d</sup>	1,07	
Depresión-Abatimiento	2,6 (2,2)	1,6 (1,8)	-1,0 (-1,7 a -0,2) <sup>c</sup>	0,41	2,5 (2,3)	2,5 (2,4)	0,0 (-0,8 a 0,8)	0,00	-1 (-2,1 a 0,16)	0,56	
Cólera-Hostilidad	3,5 (2,5)	2,4 (1,9)	-1,1 (-2 a -0,1) <sup>c</sup>	0,35	4,1 (2,8)	4,0 (2,7)	-0,1 (-1,0 a 0,8)	0,04	-1 (-2,2 a 0,3)	0,49	
Vigor-Actividad	7,0 (2,3)	7,5 (2,2)	0,5 (-0,4 a 1,3)	0,17	6,6 (2,3)	6,4 (2,4)	-0,2 (-0,9 a 0,4)	-0,16	0,7 (-0,3 a 1,7)	0,50	
Fatiga-Inercia	5,5 (2,7)	3,3 (2,3)	-2,2 (-3,1 a -1,3) <sup>e</sup>	0,73	4,9 (2,6)	5,3 (3,0)	0,4 (-0,7 a 1,4)	-0,14	-2,6 (-4 a -1,1) <sup>d</sup>	1,00	

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Estado de ánimo Profile Of Mental Status (POMS) de 15 ítems. Rango de valores de 0-60. Valores totales más elevados indican peor estado de ánimo excepto el vigor.

Diferencias negativas indican mejoras en las dimensiones, excepto el vigor, en el que diferencias positivas indican mejoría.

<sup>a</sup>RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

<sup>b</sup>TEE: Tamaño del efecto estandarizado. Calculado como la media de las diferencias del cambio entre el grupo de intervención y control dividido por la desviación estándar del cambio del grupo control.

Los valores positivos de RME y TEE indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

<sup>c</sup> P<0,05; <sup>d</sup> P<0,01; <sup>e</sup> P<0,001;

Tabla 4. Cambios en las puntuaciones de la escala de Empatía Jefferson dentro y entre grupos.

Puntuación	Grupo intervención n=43				Grupo control n=25				Diferencia entre grupos (Cambio en intervención – Cambio en Control)		
	Basal		Post		Basal		Post		RME <sup>a</sup>	Media (IC 95%)	TEE <sup>b</sup>
	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)	Media (DT)			
Total	119,5 (13,1)	123,0 (9,2)	3,5 (-0,1 a 7)	0,31	120,8 (10,1)	119,0 (10,7)	-1,8 (-4,9 a 1,3)	-0,24	5,2 (0,2 a 10,3) <sup>c</sup>	0,71	
Toma de perspectiva	54,8 (6,5)	56,1 (5,3)	1,2 (-0,6 a 3,1)	0,21	59,8 (7,0)	59,6 (6,3)	-0,2 (-2,5 a 2,1)	-0,15	1,4 (-1,5 a 4,3)	0,26	
Compasión	47,2 (5,1)	49,0 (3,9)	1,8 (0,2 a 3,4) <sup>c</sup>	0,35	47,4 (4,9)	46,9 (4,6)	-0,5 (-2,2 a 1,3)	-0,11	2,3 (-0,2 a 4,8)	0,55	
Ponerse en los zapatos paciente	13,1 (1,8)	13,5 (1,1)	0,3 (-0,3 a 0,9)	0,17	13,6 (0,9)	12,5 (3,0)	-1,2 (-2,3 a -0,01) <sup>c</sup>	-0,43	1,5 (0,4 a 2,6) <sup>c</sup>	0,55	

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Escala de empatía de Jefferson de 20 ítems. Rango de valores 0 a 140. Valores totales más elevados indican mayor empatía.

Diferencias positivas indican mejoras en las dimensiones.

<sup>a</sup>RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

<sup>b</sup>TEE: Tamaño del efecto estandarizado. Calculado como la media de las diferencias del cambio entre el grupo de intervención y control dividido por la desviación estándar del cambio del grupo control.

Los valores positivos de RME y TEE indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

<sup>c</sup> p<0,05;

Tabla 5. Cambios en las puntuaciones de la escala de Conciencia Plena "Five Facet Mindfulness Questionnaire" (FFMQ)

Puntuación	Grupo intervención n=43				Grupo control n=25				Diferencia entre grupos (Cambio en Intervención - Cambio en Control)	
	Basal Media (DT)	Post Media (DT)	Diferencia (Post-Basal) Media (IC 95%)	RME #	Basal Media (DT)	Post Media (DT)	Diferencia (Post-Basal) Media (IC 95%)	RME #		Media (IC 95%)
Total	129,6 (22,2)	141,6 (16,5)	12,0 (6,0 a 18,1)***	0,65	120,5 (14,4)	121,6 (16,0)	1,0 (-4,5 a 6,6)	0,1	1,1 (3 a 19) **	0,90
Observer	26,1 (8,6)	30,4 (5,1)	4,3 (1,9 a 6,6)**	0,57	24,5 (4,3)	24,1 (4,5)	-0,4 (-1,8 a 1,1)	-0,1	4,7 (1,9 a 7,3) **	1,32
Describir	28,2 (5,7)	28,9 (5,3)	0,7 (-0,8 a 2,1)	0,15	26,4 (5,2)	26,5 (5,5)	0,1 (-0,7 a 0,9)	0,1	0,6 (-1,1 a 2,2)	0,29
Actuar con conciencia	25,3 (5,9)	27,4 (4,7)	2,1 (0,4 a 3,8)*	0,38	23,6 (6,8)	23,0 (5,9)	-0,6 (-2,2 a 1)	-0,2	2,7 (0,2 a 5,3)*	0,74
No hacer juicios	27,1 (8,0)	30,6 (6,2)	3,5 (1,3 a 5,7)**	0,51	26,3 (6,5)	27,4 (6,8)	1,1 (-0,6 a 2,8)	0,3	2,4 (-0,3 a 5,1)	0,61
No reaccionar	21,9 (4,3)	24,1 (3,0)	2,2 (0,9 a 3,4)**	0,53	19,8 (2,9)	20,2 (3,5)	0,4 (-0,8 a 1,6)	0,1	1,8 (0,1 a 3,5)*	0,64

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de 39 ítems. Rango de valores de 39 a 195. Valores totales más elevados indican mejor consciencia.

Diferencias positivas indican mejoras en las dimensiones.

#RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

\$TEE: Tamaño del efecto estandarizado. Calculado como la media de las diferencias del cambio entre el grupo de intervención y control dividido por la desviación estándar del cambio del grupo control.

Los valores positivos de RME y TEE indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

\* P<0,05; \*\* P<0,01; \*\*\* P<0,001;

## Evaluación de la intervención

### Auto-percepción después de la intervención

El 100% del grupo intervención manifestó que se sentía mejor después del programa, el 87.8% indicaba que tenía más energía y el 65.7% manifestó que su grado de actividad había mejorado.

### Práctica con los ejercicios utilizados.

La utilización de los ejercicios de Mindfulness fue muy alta, ya que el 85.1% seguía practicando meditación-contemplación con CD al final de la intervención, el 70.2% usaba frecuentemente la Atención en la respiración en la vida cotidiana y el 61.7% practicaba estiramientos con regularidad.

### Cambios de actitud

El 76% de los participantes indicaron que la intervención les había ayudado a realizar algún cambio en su actitud. De estos cambios, el 44.7% indicaron mejoras en relación con "Cuidar de si mismo", expresado con frases como:

- Me dedico más tiempo a mí misma.
- Identifico lo que me produce estrés e intento organizar y detectarlo antes de que me desborde.

Un 39.5% indicaron cambio en su capacidad de "Estar presente", expresada con frases como las siguientes:

- No reacciono con tanta agresividad ante situaciones que percibo como estresantes.
- Soy más feliz y acepto las cosas como son. Intento no juzgar. Dedico más tiempo a mi familia y amigos.

Por último, el 15.5% indicó cambios en Profesionalismo, expresado con frases como las siguientes:

- Intento no hacer varias cosas a la vez. Me concentro en lo importante. Escucho mejor.
- Intento pensar antes de actuar. Si me equivoco pido perdón sin que me resulte difícil.

Por otro lado en torno al 80% de los participantes registraron cambios en su actitud hacia sus pensamientos, sentimiento y reacciones. Cambios que ellos atribuían al programa en sus habilidades de comunicación, organización del tiempo, manejarse en momentos estresantes y corregir hábitos y ninguno indicó cambio negativo, como indica la tabla 6.

Tabla 6 -Cambios de capacidad en relación con el profesionalismo atribuidos a la intervención en porcentajes. Ante la pregunta - ¿Cree usted que debido a la intervención ha cambiado su capacidad de \*\*\*\*\*? Indicando en que medida.

	Mucho mejor	Algo mejor	Igual	Peor
Comunicar en general	22.0	63.4	14.6	0.0
Comunicar con pacientes	29.3	51.2	19.5	0.0
Expresar necesidades	22.0	56.1	22.0	0.0
Organizar el tiempo	22.0	56.1	22.0	0.0
Corregir hábitos	34.1	58.5	7.3	0.0
Manejarse en el estrés	31.7	68.3	0.0	0.0

Sobre el tipo de cambio en sus actitudes, los participantes se expresaron con frases como las siguientes:

- Observo mejor mi reacción de enfado, miedo o frustración y soy capaz de parar o buscar alternativas antes de que me descontrole
- Me cuesta mucho aun estar atenta a mis pensamientos y sentimientos pero he descubierto la importancia de "estar atenta" a ellos.
- Detectar la cantidad de pensamientos automáticos y lograr disminuirlos. Disminuir el nivel de juicios a mi misma y las situaciones.
- La importancia de aceptarme y aceptar el entorno y las personas.

## Valor del aprendizaje en la reducción de estrés

Asimismo, el 87.2% indicaron que habían aprendido algo importante con el programa. Con objeto de presentar de forma ordenada los aprendizajes mencionados, los hemos clasificados asignándolos a cada una de las 5 sub-escalas de Mindfulness como se recoge en a continuación, indicando primero el porcentaje del total de cambios expresados que hemos atribuido a cada sub-escala. También hemos incluido algunos ejemplos representativos, que figuran a continuación :

### Actuar con conciencia – 29.3%

- He aprendido que puedo influir en mí para mejorar mi actitud profesional. Que puedo comprender mejor a los pacientes y compañeros.
- A estar más presente y a utilizar la conciencia dejando de divagar tanto en el pasado y en el futuro.

### Ausencia de reactividad – 26.8%

- A tomar conciencia de la situación, parar, analizar y reflexionar. Respirar y decidir si la respuesta puede esperar para no verse contaminada con la emoción del momento
- A identificar los pensamientos y emociones perturbadoras, a pararlas o al menos a poner distancia.

### Ausencia de juicio – 19.5%

- La importancia de aceptarme y aceptar el entorno y las personas.
- Que no debo enjuiciar mis pensamientos.

### Descripción – 9.8%

- Estilo comunicativo, parar el dialogo interno, percibir lo que pasa sin identificarme con ello.

Observación – 9.7%

- He aprendido a escuchar . He aprendido a escucharme.
- A valorar ciertos momentos que antes pasaban desapercibidos.

Valoración global de la intervención

La valoración global de esta fase del programa fue de 8.9 (escala de 0-10).

## **DISCUSIÓN**

Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas frente al grupo control en las cuatro variables dependientes, así como una valoración muy positiva por parte de los asistentes que atribuyen al programa cambios orientados hacia una mayor auto-cuidado y un menor profesionalismo.

### Reducción de Burnout

Si comparamos nuestros datos basales de Burnout con un baremo de profesionales españoles de la salud (Mingote y Pérez, 2003) vemos que nuestra muestra presenta un Agotamiento emocional (AE) medio con un 25.1, (rango 22-31), un nivel alto de Despersonalización (DP) con un 9.8 (rango >9) y un nivel bajo de Realización personal (RP) con 38.8 (rango >35). Estos datos basales son similares a otros estudios (Burgell et al., 2010; Grau et al., 2005), por lo que podemos suponer que la muestra de este estudio es representativa del grado de Burnout existente en este colectivo profesional.

Como resultado de la intervención los componentes del Burnout mejoran significativamente hasta situarse en un nivel bajo en AE y medio-bajo en DP, mientras que RP mejora dentro del rango. Resulta interesante constatar que las magnitud del cambio observado en nuestro caso en sólo 8 semanas son similares a las del estudio de Krasner et al. (2009) que dura un año y que muestra una *d* de Cohen de 0.44-0.62, en las sub-escalas.

### Reducción de Alteración emocional

Si comparamos los valores basales de Alteración emocional de la muestra con los de otros estudios similares de EEUU (Bellini et al., 2002; Krasner et al., 2009; Rosensweig et al. 2003) llama la atención que los participantes muestran mayor grado de Alteración Emocional que sus colegas de EEUU, notablemente en cólera y también en depresión. No obstante el cambio moderado obtenido en el grupo intervención, es similar al de Krasner et al. (2009), cuyos datos muestran un cambio de 0.69 en *d* de Cohen, mientras los nuestros tienen un RME de 0.62.

### Aumento de la Empatía

El valor de Empatía de la muestra, 119.5, está en torno al percentil 75 en relación con dos estudios, uno de médicos residentes (Hojat et al., 2002) y otro de estudiantes de medicina (Alcorta-Garza et al., 2005). El grupo experimental aumenta en 3,5 puntos, igual que en el estudio de Krasner et al. (2009) con 3.4, pero en nuestro caso al ser la muestra menor no resulta significativo. No obstante, la sub-escala Compasión, que en nuestro caso aumenta 1.8 puntos, sí muestra un cambio significativo, superior al de Krasner que aumenta 0.6 puntos.

El alto nivel de Empatía encontrado antes de la intervención puede deberse a que este tema ya había sido objeto programas de formación previos de algunos asistentes, además nuestra muestra es fundamentalmente femenina y las mujeres suelen puntuar más alto que los hombres (Alcorta-Garza et al., 2005; Hojat et al., 2002;). Por ello, es posible que el escaso efecto encontrado con esta variable se deba a que la muestra ya había desarrollado esta habilidad con anterioridad.



## Desarrollo de Conciencia Plena

El entrenamiento en Mindfulness mejora el estado de los participantes, disminuyendo significativamente el Burnout y la Alteración emocional. También hemos registrado una mejora significativa en dos habilidades profesionales como son la Empatía y la Conciencia plena. Además, el cambio registrado en Conciencia Plena (RME de 0.65) por la intervención es superior a los citados en otros estudios (Grossman et al. 2004), donde los niveles de cambios alcanzados no superan la *d* de Cohen de 0.5 y similar al de Krasner et al. (2009), a pesar que sus datos corresponden a una intervención de 1 año, mientras que nosotros sólo hemos medido la fase inicial de 8 semanas.

Los valores basales de nuestra muestra son similares a la media de la población Española (Cebolla et al., 2012) lo que sugiere que los profesionales de la salud no se distinguen de la población en este factor. Además, los valores tanto previos, como la magnitud del cambio registrado son similares a los de Krasner<sup>1</sup> aunque ellos sólo utilizan dos sub-escalas: Observar y No reaccionar, mientras que nosotros usamos todas, con diferencias significativas en 4 de ellas.

Estos datos demuestran que un entrenamiento en Mindfulness fomenta una autoconciencia necesaria para que un profesional sea consciente de su malestar psicológico, reconociendo como los pensamientos y sentimientos que producen el paciente pueden afectar a su conducta (García-Campayo, 2008). La Conciencia plena propone atender a la realidad de una forma especial, observando el desarrollo de los acontecimientos momento a momento, con una apertura y aceptación hacia sensaciones, pensamientos o emociones que vayan surgiendo. Mantener la conciencia en el momento presente puede prevenir actitudes de tipo rumiativo, en las que se reflexiona de forma obsesiva sobre hechos negativos del pasado, evitando así cuadros de fuerte afectividad negativa con ansiedad y depresión (Nolen-Hoksema, 2005). Por otro lado, este componente de apertura y aceptación hacia la realidad, permite una mayor conciencia de las sensaciones y emociones negativas, lo que facilitaría la autorregulación de unas y otras, resultando en un mayor bienestar (Benito et al., 2011; Grossman et al., 2004). En este sentido, la aceptación del componente negativo de algunas experiencias, sin la necesidad urgente de querer cambiarlas, favorecería la flexibilidad psicológica, la capacidad de conectar completamente con el momento presente y orientar el

comportamiento para alcanzar el fin deseado (Ludwig y Kabat-Zinn, 2008). La combinación de Conciencia plena y flexibilidad psicológica constituiría una estrategia de afrontamiento más adaptativa ante el malestar psicológico asociado al Burnout.

### Evaluación de la intervención.

El estudio de Krasner no realiza una evaluación del mismo por parte de los asistentes, como realizamos nosotros. No obstante en un estudio posterior (Beckman et al. , 2012) realizan una serie de entrevistas semi-estructuradas con el propósito de conocer la opinión de los asistentes a al programa descrito en el estudio de Krasner et al (2009). Los resultados de Beckman se resumen en 4 ideas fuerza que se transmiten en las entrevistas :

- 1) Compartir experiencias reduce la sensación de aislamiento profesional.
- 2) Mindfulness mejora la capacidad de atender a los pacientes y responder a sus demandas eficazmente.
- 3) Desarrollar auto-conciencia es algo positivo y transformador para los participantes.
- 4) Esta intervención es muy valorada por los profesionales de la salud como una forma de reducir su insatisfacción y animarles a encontrar nuevas formas de ilusionarse por su trabajo

De estas 4 ideas, las 3 últimas se reflejan con claridad en nuestra evaluación en muchas frases y comentarios, como los ya mencionados.

Con todo ello, creemos que esta auto-conciencia, desarrollada con la intervención, facilitó los cambios en las actitudes, relativas a cuidarse mejor y hacia un mejor profesionalismo de la mayoría de los participantes. Esta fue también la opinión de los participantes, que resaltaron los cambios en relación con alguno de los tres objetivos de la intervención; Saber cuidarse, Estar presentes y Mejorar su profesionalidad.

Este de cambio de actitud registrado es similar a otros descritos por el autor con profesionales de la salud que hacen el programa MBSR (Martín y García de la Banda, 2007). Además los comentarios recogidos en nuestro estudio están en la línea de un trabajo posterior del equipo de Krasner donde preguntaban a los participantes en el programa de Mindfulness su valoración del mismo (Beckman et al., 2012).

## **ESTUDIO SEGUNDO**

---

## **MÉTODOS (Estudio 2º)**

### Sujetos

Para participar en este estudio los criterios de inclusión fueron:

- Ser profesional en activo de atención primaria (médicos, diplomados en enfermería, psicólogos o trabajadores sociales).
- Comprometerse con un mínimo de asistencia al 75% de las sesiones y a una dedicación al programa de unos 45 min. diarios mientras dura la Fase Intensiva de 8 semanas.
- Comprometerse a rellenar los cuestionarios en los controles establecidos.

Como criterios de exclusión se estableció:

- Estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, excepto la administración de ansiolíticos y antidepresivos.

La muestra se formó con 43 participantes provenientes del grupo intervención y 17 provenientes del grupo control del estudio 1, además de nuevos voluntarios reclutados de la misma manera que en el estudio 1 hasta llegar a 94 personas. Con esta muestra se formaron 4 grupos de 23-24 personas, atendiendo a sus preferencias de horario (mañana o tarde). Evitamos incluir profesionales de un mismo centro en un mismo grupo para evitar posibles incomodidades.

La edad media de la muestra fue de 47.15 años (DT:8,32) siendo el 89% mujeres. Respecto a la profesión el 54.7% médicos, 40.0% enfermeras y 5.3% corresponde a otros (trabajadoras sociales y psicólogas). Todos los participantes estaban en activo, asistían al curso por tener malestar psicológico, por estar interesados en la aplicación de la técnica MBSR en el entorno sanitario, o por ambas razones.

## Diseño

Este estudio es un estudio intrasujetos de medidas repetidas que se realizaron en 4 momentos diferentes, como se recoge en la tabla 7:

Tabla 7- Momentos de recogida de datos, variables y evaluaciones utilizadas

<b>Toma</b>	<b>momento</b>	<b>Variables</b>	<b>Evaluacion</b>
Basal	Inicio	MBI, POMS, JSPE y FFMQ	
Post,	2 meses	MBI, POMS, JSPE y FFMQ	
Mant. 1	6 meses	MBI, POMS, JSPE y FFMQ	
Final	12 meses	MBI, POMS, JSPE y FFMQ	Eval. Final

## Instrumentos

Las variables se evaluaron con los siguientes instrumentos:

- Para evaluar el Burnout utilizamos el Maslach Burnout Inventory (MBI), descrito anteriormente.
- Para medir el grado malestar de los participantes se utilizó el inventario POMS (Profile of Mood States), descrito anteriormente.
- Para medir la Empatía utilizamos el instrumento elaborado en el Jefferson College of Medicine (JSPE) descrito anteriormente.
- Entre las pruebas de auto-evaluación que miden el mindfulness como rasgo, se eligió el FFMQ (Five Facet Mindfulness Questionnaire) descrito anteriormente.

- Evaluación de la intervención completa. Mediante un cuestionario basado en la Evaluación de la Fase intensiva del Center for Mindfulness de la Universidad de Massachusetts, descrito anteriormente. Este cuestionario fue elaborado por los autores y que se recoge en el anexo 5, tiene varias partes :

1) Auto-Percepción general. Orientada a conocer como se siente en general, su grado de energía, eficacia y su grado de atención actual, mediante una escala likert de 5 niveles., indicando detalles sobre el cambio del grado de atención.

2) Práctica de los ejercicios del programa, indicando cuales practica con más frecuencia.

3) Cambios de actitud, en relación con la atención y con el profesionalismo. Para explorar este último usamos 8 preguntas valoradas mediante una escala likert de 4 puntos, para saber el grado de cambio atribuido. Las cuestiones exploradas son las siguientes :

- 1 Cuidarme mejor en la práctica
- 2 La calidad o eficacia de mi trabajo
- 3 Sentir que puedo expresar mis necesidades y sentimientos en mis relaciones inter-personales.
- 4 Mis comunicaciones con los pacientes
- 5 Mis comunicaciones con otros profesionales (equipo)
- 6 Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes
- 7 La satisfacción por mi trabajo
- 8 Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida

4) Valoración de la intervención completa , en escala 1-10 y si Recomendaría el Programa a sus colegas.

## Intervención

La intervención de este estudio dura 12 meses y tiene dos partes, la Fase intensiva de 2 meses, con sesiones semanales y una Fase de mantenimiento de 10 meses, con sesiones mensuales.

La Fase intensiva corresponde con la intervención ya descrita en el estudio 1. La Fase de mantenimiento está basada en el programa Mindfulness en medicina, descrita por Krasner et al. 2010 y utilizando un material proporcionado por el Dr. Michael Krasner (Universidad de Rochester, EEUU). Esta fase mantiene el énfasis en la Conciencia Plena en las actividades cotidianas, practicándola con ejercicios de meditación-contemplación. El formato de la intervención es el de una actividad psico-educativa, similar a un curso de formación laboral. Se imparte en grupos de 20-30 personas y consta 22,5 horas presenciales repartidas en 9 sesiones mensuales de 2,5 h., repartidas en 10 meses ya que agosto no fue hábil. Entre sesiones se recomendaba a los asistentes continuar con sus ejercicios de práctica personal de Conciencia Plena y a llevar un diario estructurado por temas, donde recogieran por escrito sus aprendizajes personales realizados durante el programa.

Las sesiones de esta fase comparten la misma estructura que las de la fase intensiva. Comienzan con un diálogo en grupos pequeños sobre las aplicaciones de lo tratado en la anterior sesión, seguido de una puesta en común. Luego se realiza un ejercicio de meditación contemplación de 35-40 minutos y finalmente el instructor expone un tema nuevo, proponiendo diversas aplicaciones de la Conciencia Plena en relación con el tema para sensibilizar y favorecer el auto-aprendizaje. La sesión concluye con una propuesta de trabajo personal en torno al diario y algunas lecturas relativas al tema.

El temario de la Fase de Mantenimiento es el siguiente:

1. Trabajo en equipo, incluyendo la diferencia entre grupo y equipo. Reflexionando sobre las características y las actitudes que conforman un buen trabajo en equipo en el entorno clínico.



2. Gestión del tiempo, reflexionando sobre los principales ladrones del tiempo en la práctica clínica y explicando las diferencias entre urgente e importante, de cara a mejorar las habilidades de decisión y de fijar prioridades en el ámbito profesional.
3. Gestión de conflictos, explorando los 5 estilos principales para afrontar un conflicto en el trabajo (competir, ceder, colaborar, evitar o solución de compromiso) y las ventajas de cada estilo dependiendo de cada situación.
4. El sufrimiento en la sanidad, reconociendo el sufrimiento y sus causas, en el trabajo diario. Explorando las reacciones habituales y proponiendo algunas respuestas más efectivas, desde la Empatía y la profesionalidad.
5. Responder a los errores, identificando las distintas estrategias con las que se abordan los errores en el trabajo, sean estos personales o del equipo. Valorando las mejores respuestas posibles desde la responsabilidad y desde el aprendizaje.
6. La muerte y el morir, explorando los sentimientos hacia la muerte y las implicaciones que tiene este hecho en el trabajo diario. Identificando algunas buenas prácticas para responder a este tema desde la compasión y la profesionalidad.
7. El perdón, pedir perdón y perdonarse, reconociendo la necesidad de superar conflictos y dificultades, para poder aprender y crecer profesionalmente. Revisando algunas estrategias para facilitar la reconciliación y superar los problemas inter-personales.
8. La aspiración la profesionalidad, explorando las fuentes de satisfacción que provienen de un buen ejercicio de la profesión y reconociendo las dificultades y limitación habituales.

9. Conclusiones y despedida, repasando e integrando lo aprendido y animando a los asistentes a continuar con una actitud de auto-conciencia orientada hacia el aprendizaje y la profesionalidad.

### Procedimiento

El reclutamiento de participantes se realizó de la forma descrita anteriormente en el estudio 1.

El programa se desarrolló fuera del horario laboral en las instalaciones del IDIAP Jordi Gol en Barcelona. Los participantes se dividieron en 4 sub-grupos dos de tardes y dos de mañanas, con 23-24 participantes cada uno. La fase intensiva, de 8 semanas, fue realizada enteramente en grupos de 23-24 personas, mientras que en la fase de Mantenimiento, algunas sesiones fueron compartidas entre los grupos de Mañana o Tarde, dependiendo del calendario. Dos grupos empezaron en Otoño 2010 y dos grupos empezaron en invierno 2011, acabando cada uno una año después. Se registró la asistencia a la sesiones y si alguna persona faltaba sin comunicarlo previamente, el instructor le contactaba por correo electrónico para ponerle al corriente de lo impartido y animarle a seguir asistiendo al programa. El programa fue impartido por un instructor de MBSR, formado en la Clínica de Reducción de Estrés de la Universidad de Massachusetts, que es quien firma este trabajo.

En las tomas de datos se clasificaron los cuestionarios en el mismo orden (POMS, MBI, JSPE y FFMQ), pero se repartieron en 4 lotes distintos, que empezaban por un cuestionario diferente, con objeto de no beneficiar a ningún cuestionario por razón de su orden de formalización.

### Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio. Las diferencias entre grupos se analizaron con el test de Chi-cuadrado para datos categóricos y el test de Student para datos continuos.

Para las comparaciones dentro de cada grupo, se usó la versión longitudinal del tamaño del efecto, también conocida como respuesta media estandarizada RME, calculado como cambio medio dividido por DT del cambio. La RME se puede valorar de forma equivalente a la d de Cohen, que permite interpretar el tamaño del cambio producido, así un valor menor o igual de 0.5 representa un cambio pequeño, entre 0.5 y 0.8 un cambio moderado, y mayor o igual que 0.8 grandes (Cohen, 1988; Terwee, Dekker, Wiersinga, Prummel y Bossuyt, 2003).

El nivel de significación de todas las pruebas fue del 5%, a dos colas. Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19

#### Aspectos éticos:

El estudio se ha llevado a cabo de acuerdo con las directrices de la Declaración de Helsinki y de la Guía de Buena Práctica en Investigación. El protocolo del estudio ha sido aprobado por Comité ético de investigación clínica del Instituto de Investigación en Atención Primaria Jordi Gol(anexo 7.6). La información sobre los objetivos y características del estudio se facilitó vía oral y escrita (anexos 7.1 y 7.2). Los participantes tuvieron la oportunidad de hacer preguntas sobre los detalles del mismo. La confidencialidad y el anonimato de los datos se llevó a cabo conforme a la ley 15/1999, de confidencialidad de los datos. Los datos fueron codificados para garantizar el anonimato y sólo los investigadores y monitores tuvieron acceso a los mismos.

#### Apoyo económico

El 2º estudio no recibió ninguna ayuda económica.

## RESULTADOS

Durante la intervención total, fase intensiva y mantenimiento, 10 personas causaron baja (2 por problemas familiares, 2 por bajas por salud y 6 por cambios laborales) finalizando la misma 84 personas.

Aquellos que terminaron la intervención tuvieron una buena asistencia a las sesiones. Durante la fase intensiva se registró una asistencia media del 93.5%, en la fase de mantenimiento fue el 79.5% y el programa total registró una asistencia media del 86.5%. Todos los participantes que finalizaron la intervención asistieron al menos al 66% de las sesiones.

La evolución de las variables sigue un comportamiento similar. La fase intensiva, que dura los primeros 2 meses, produce la mayor parte de las mejoras registradas en todas las variables estudiadas. Durante la fase de mantenimiento, este efecto se consolida y aumenta. En la fase de mantenimiento hay un mayor efecto en la segunda parte que en la primera. Doce meses después del comienzo de la intervención todas las variables muestran cambios significativos de grado moderado o alto, como se recoge a continuación, explicando el cambio experimentado en cada variable.

### VARIABLES DEPENDIENTES

#### Reducción de Burnout

la puntuación de Burnout disminuye durante la intervención, con un cambio de grado moderado (RME:0.64), registrando un descenso total de 9.2 puntos ( $P < 0.001$ , IC 95%, -12.5 a -5.8). El cambio es significativo, tanto en Burnout como en las 3 sub-escalas de esta variable. Los descensos son de magnitud grande en Agotamiento emocional y de grado moderado en Despersonalización y pequeño en Realización personal. La reducción del Burnout disminuye gradualmente durante toda la intervención, la fase intensiva produce un cambio moderado con (RME:0.40). Durante la fase de mantenimiento, en la primera muestra la mejora es ligera (RME: 0.45), pero en la segunda muestra la mejora

es mayor. Los datos se presentan en la Figura 1, a continuación y en detalle en la Tabla 8.

Figura 1 – Evolución del Burnout.

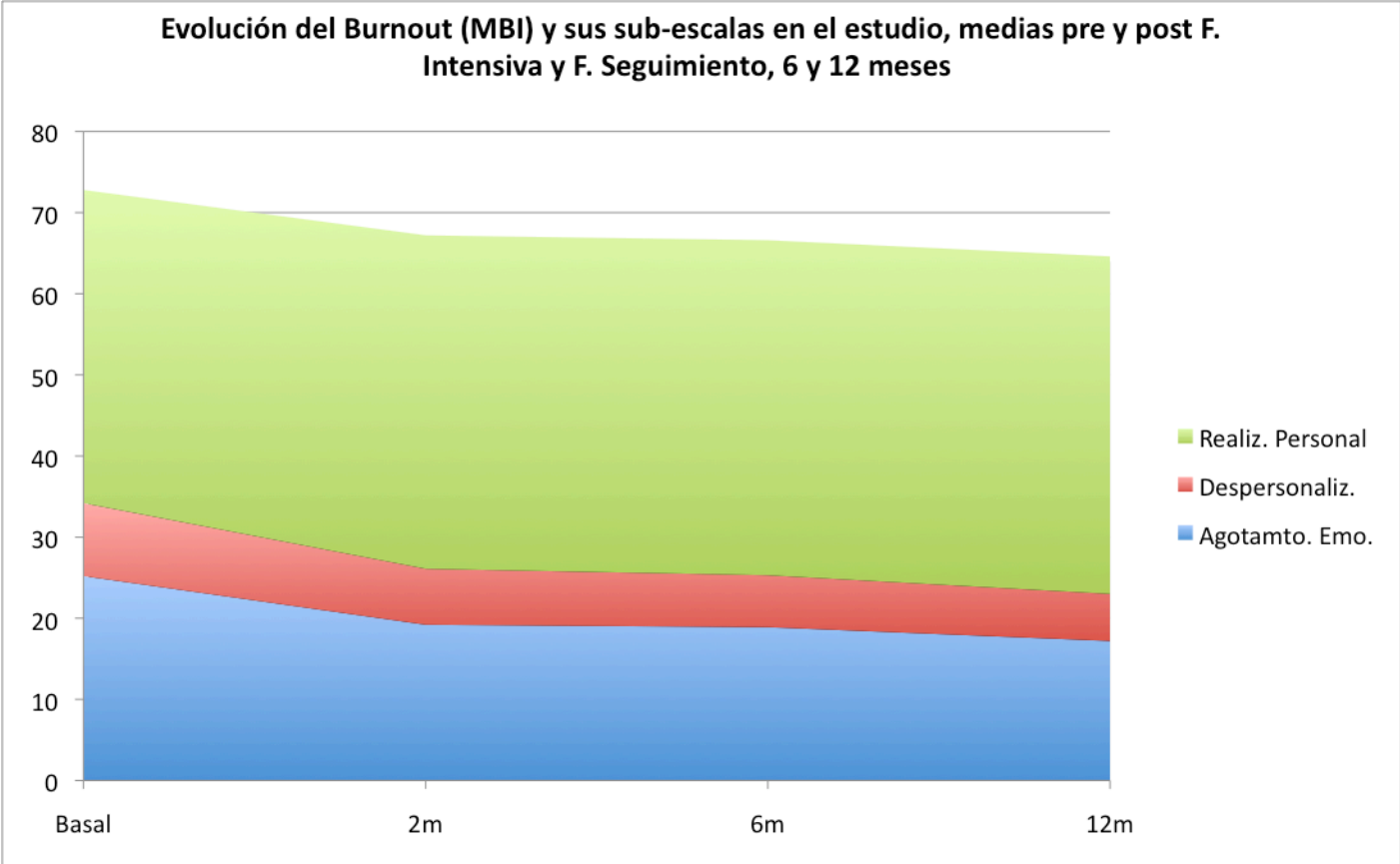


Tabla 08 . Cambios en las puntuaciones de la escala de Burnout , MBI, entre los valores basales y los de seguimiento postentrenamiento y a los 6 y 12 meses meses

Puntuación	Valores Basales		Valores postentrenamiento				Valores seguimiento a los seis meses α				Valores seguimiento a los 12 meses			
	Media (DT)	Valores Postentrenamiento Media (DT)	Diferencia Postentrenamiento-Basal Media (IC 95%)	RME #	Valores 6 meses Media (DT)	Diferencia 6 meses -Basal Media (IC 95%)	RME #	Valores 12 meses Media (DT)	Diferencia 12 meses-Basal Media (IC 95%)	RME #				
Total n=84	72,7 (14,2)	67,4 (12,6)	-5,3 (-8,2 a -2,3) ***	-0,40	66,7 (11,4)	-5,8 (-8,7 a -2,9) ***	-0,45	64,6 (13,6)	-9,2 (-12,5 a -5,8)***	-0,45				
Agotamiento emocional n=84	25,2 (11,5)	19,2 (9,7)	-6,0 (-8,2 a -3,8) ***	-0,59	18,9 (9,1)	-6,2 (-8,5 a -3,9) ***	-0,59	17,2 (9,3)	-8,7 (-11,1 a -6,4)***	-0,59				
Despersonalización n=84	9,0 (6,2)	6,9 (5,1)	-2,1 (-3,1 a -1,1) ***	-0,45	6,4 (4,5)	-2,3 (-3,2 a -1,4) ***	-0,55	5,8 (4,8)	-3,5 (-4,8 a -2,2)***	-0,55				
Realización personal n=82	38,6 (6,4)	41,1(5,0)	2,5 (1,4 a 0,6) ***	0,51	41,30 (5,2)	-2,6 (-1,4 a -3,9) ***	0,46	41,6 (5,3)	3,0 (1,5 a 4,5)**	0,46				

Escala de *Burnout de Maslach* de 22 ítems. Rango de valores de 0 a 140. Valores totales más elevados indican mayor Burnout excepto para la realización personal.

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Diferencias negativas indican mejoras (disminución del Burnout) en las dimensiones, excepto para la realización personal en la que puntuaciones positivas indican más realización personal.

\*RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

Los valores negativos de RME indican mejoría. Valores positivos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

\*P<0,05; \*\* P<0,01; \*\*\*P<0,001;

El tamaño de la muestra analizado oscila entre un mínimo de 81 casos y un máximo de 84 debido a los valores ausentes.

## Reducción de Alteración emocional

La puntuación de la Alteración emocional, también disminuye durante la intervención, en magnitud grande con RME de 0,8. En total baja 8.8 puntos ( $P < 0.001$ , IC 95%, -11.3 a -6.3). El cambio también es significativo en la variable y en las 5 sub-escalas, con magnitud grande en Fatiga, magnitud moderada en Tensión y Vigor, y pequeña en Cólera y Abatimiento. El efecto de la fase intensiva en Alteración emocional es moderado (RME:0.63), empeorando ligeramente en la primera muestra (RME:0.43) y mejorando al final de la intervención. Los datos se presenta en la Figura 2, a continuación y en detalle en la Tabla 9.

Figura 2 – Evolución de la Ateración emocional

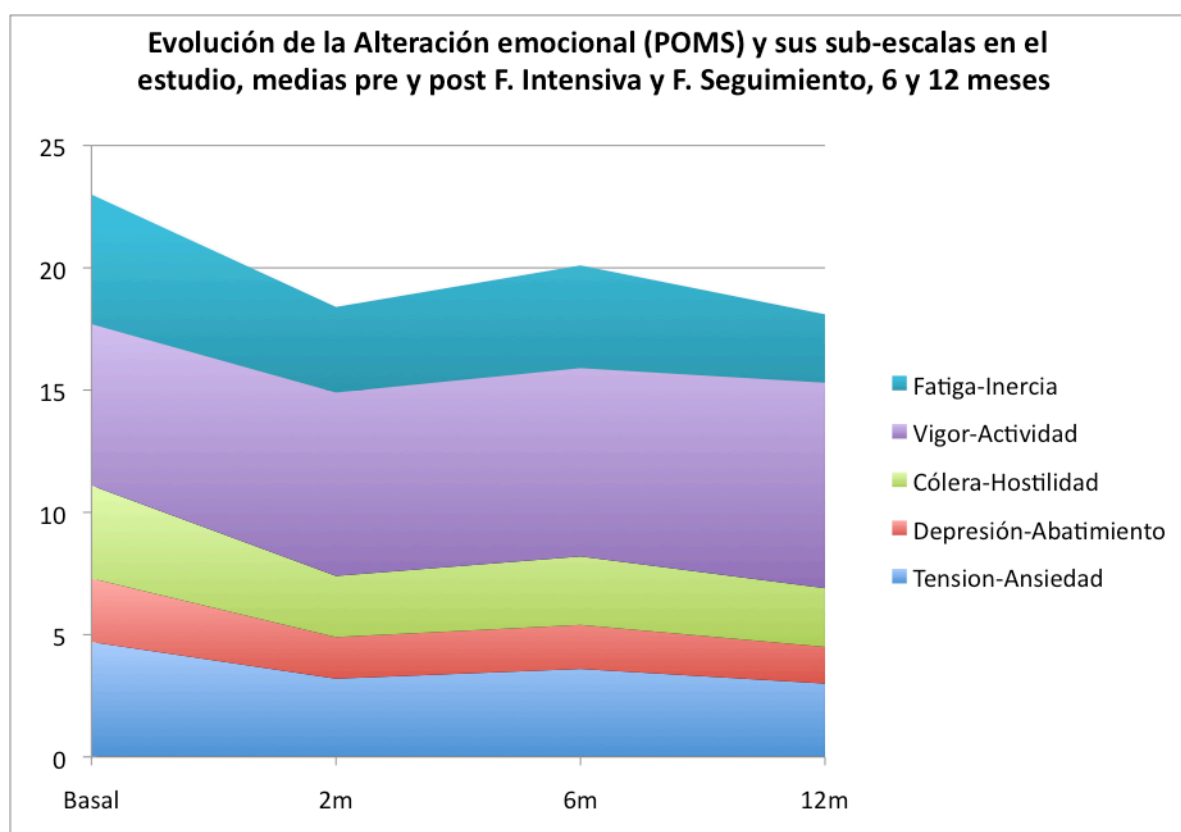


Tabla 9 . Cambios en las puntuaciones de la escala de Alteración emocional, POMS, entre los valores basales y los de seguimiento postentrenamiento y a los 6 meses														
Puntuación	Valores Basales		Valores postentrenamiento				Valores seguimiento a los seis meses				Valores seguimiento a los 12 meses			
	Media (DT)	RME #	Valores Postentrenamiento Media (DT)	Diferencia Postentrenamiento-Basal Media (IC 95%)	RME #	Valores 6 meses Media (DT)	Diferencia 6 meses -Basal Media (IC 95%)	RME #	Valores 12 meses Media (DT)	Diferencia 12 meses-Basal Media (IC 95%)	RME #			
Índice general Alteración emocional n=81	22,06(9,0)		15,38(7,7)	-6,7(-9,1 a -4,3)***	-0,63	16,7(8,4)	-4,9(-7,4 a -2,3)***	-0,43	13,4 (7,6)	-8,8 (-11,3 a -6,3)***	-0,80			
Tensión-Ansiedad n=84	4,7(2,3)		3,2(2,1)	-1,5(-2,1 a -0,1)***	-0,58	3,6(2,2)	-1,1(-1,6 a -0,5)***	-0,42	3,0 (2,2)	-1,9 (-2,4 a -1,2)***	-0,67			
Depresión- Abatimiento n=84	2,6(2,2)		1,7(2,0)	-0,9 (-1,4 a -0,4)***	-0,38	1,8(2,0)	-0,7 (-1,3 a -0,1)*	-0,24	1,5 (1,9)	-1,2 (-1,8 a 0,6)***	-0,43			
Cólera-Hostilidad n=84	3,8(2,5)		2,5(2,1)	-1,3 (-1,9 a -,6)***	-0,45	2,8(2,5)	-1,0(-1,7 a -0,3)**	-0,29	2,4 (2,0)	-1,4 (-2,1 a -0,7)***	-0,44			
Vigor-Actividad n=84	6,6 (2,3)		7,5(2,3)	0,9(0,3 a 1,4)**	0,33	7,7(2,2)	10,4 a 1,5)***	0,38	8,4 (2,1)	1,8 (1,2 a 2,4) ***	0,69			
Fatiga-Inercia n=84	5,3(2,8)		3,5(2,2)	-1,8(-2,5 a -1,1)***	-0,55	4,2(2,4)	-1,2(-1,9 a -0,4)**	-0,55	2,8 (2,1)	-2,7 (-3,4 a -2,0)***	-0,82			

Estado de ánimo Profile Of Mental Status (POMS) de 15 ítems. Rango de valores de 0-60. Valores totales más elevados indican peor estado de ánimo excepto el vigor.

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Diferencias negativas indican mejoras en las dimensiones, excepto el vigor, en el que diferencias positivas indican mejora.

#RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

Los valores positivos de RME indican mejora. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

\* P<0,05, \*\* P<0,01, \*\*\*P<0,001;

El tamaño de la muestra analizado oscila entre 81 y 84 casos debido a los valores ausentes.



## Aumento de Empatía

La puntuación de Empatía, aumenta durante la intervención, en grado moderado (RME:0.53). En total sube 6.7 puntos ( $P<0.001$ , IC 95%, 3.8 a 9.6). El cambio es significativo en la variable y en las 3 sub-escalas: Cuidado compasivo, Tomar perspectiva y Ponerse en los zapatos del paciente, aunque de magnitud pequeña. La Empatía va aumentando gradualmente, la fase intensiva tiene un efecto pequeño (RME 0.38), disminuye un poco durante la primera parte del mantenimiento, (RME: 0.27) y mejora al finalizar la intervención. Los datos se presentan en la Figura 3, a continuación y en detalle en la Tabla 10.

Figura 3 – Evolución de la Empatía

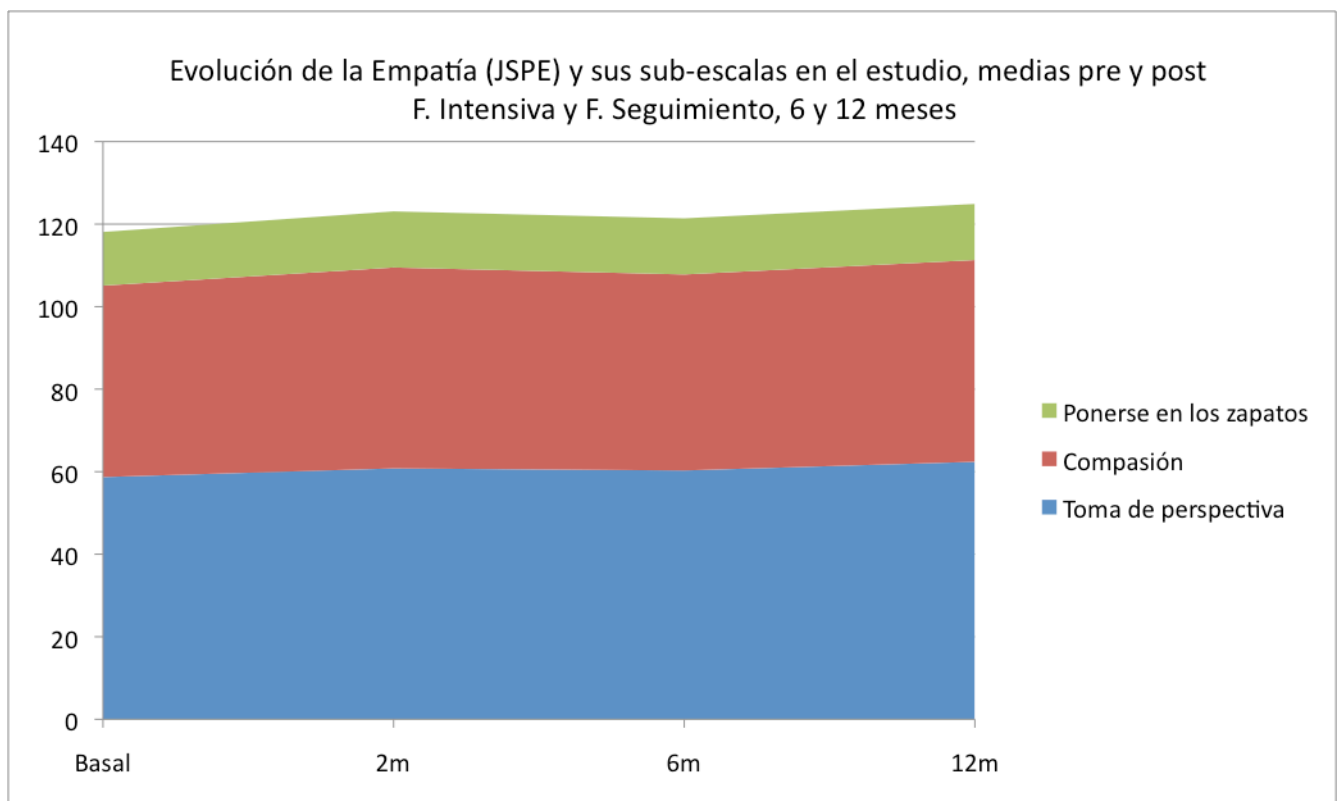


Tabla 10 . Cambios en las puntuaciones de la escala de Empatía, JSPE, entre los valores basales y los de seguimiento postentrenamiento y a los 6 meses												
Valores Basales			Valores postentrenamiento				Valores seguimiento a los seis meses			Valores seguimiento a los 12 meses		
Puntuación	Media (DT)	Valores Postentrenamiento Media (DT)	Diferencia Postentrenamiento-Basal Media (IC 95% )	RME #	Valores 6 meses Media (DT)	Diferencia 6 meses-Basal Media (IC-95% )	RME #	Valores 12 meses Media (DT)	Diferencia 12 meses-Basal Media (IC 95% )	RME #	RME #	
Total n=80	117,9 (14,7)	123,1(8,9)	5,2(2,2 a 8,2) ***	0,38	121,3 (9,8)	3,7 (0,6 a 6,7) *	0,27	124,9 (9,2)	6,7 (3,8 a 9,6)***	0,53		
Toma de perspectiva n=82	58,7 (8,1)	60,8(5,6)	2,1 (0,5 a 3,7)*	0,28	60,3 (6,4)	1,8 (-0,1 a 3,6)	0,22	62,4 (5,6)	3,6 (1,9 a 5,3)***	0,48		
Compasión n=83	46,4 (6,1)	48,7(3,9)	2,3 (0,9 a 3,6)*	0,38	47,5(5,0)	1,2 (-0,3 a 2,6)	0,16	48,9 (4,6)	2,4 (1,1 a 3,6)***	0,42		
Ponerse los zapatos n=84	13,0 (2,4)	13,6 (1)	0,6 (0,2 a 1,2)*	0,24	13,6 (1,1)	0,6 (0,1 a 1,1)*	0,25	13,6 (1,2)	0,7 (0,02 a 1,3)*	0,24		

Escala de empatía de Jefferson de 20 ítems. Rango de valores 0 a 140. Valores totales más elevados indican mayor empatía.

Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado.

Diferencias positivas indican mejoras en las dimensiones.

#RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

Los valores positivos de RME indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes.

P<0,05; \* P<0,01; \*\*\*P<0,001;

El tamaño de la muestra analizado oscila entre un mínimo de 80 casos y un máximo de 84 debido a los valores ausentes.

## Desarrollo de Conciencia plena

La puntuación de Mindfulness, aumenta durante la intervención con un cambio de magnitud grande (RME:1.40). En total sube 27.2 puntos (P<0.001, IC 95%, 22.5 a 31.8). Es el mayor cambio observado, significativo en la variable y en las 5 sub-escalas: Observación, Descripción, Actuar con conciencia, Ausencia de juicio y Ausencia de reactividad, también de magnitud grande. Mindfulness evoluciona gradualmente, al final de la fase intensiva registrando un cambio grande, que aumenta tanto en la primera parte del mantenimiento como en la segunda. Los datos se presentan en la Figura 4, a continuación y en detalle en la Tabla 11.

Figura 4 – Evolución de la Conciencia plena

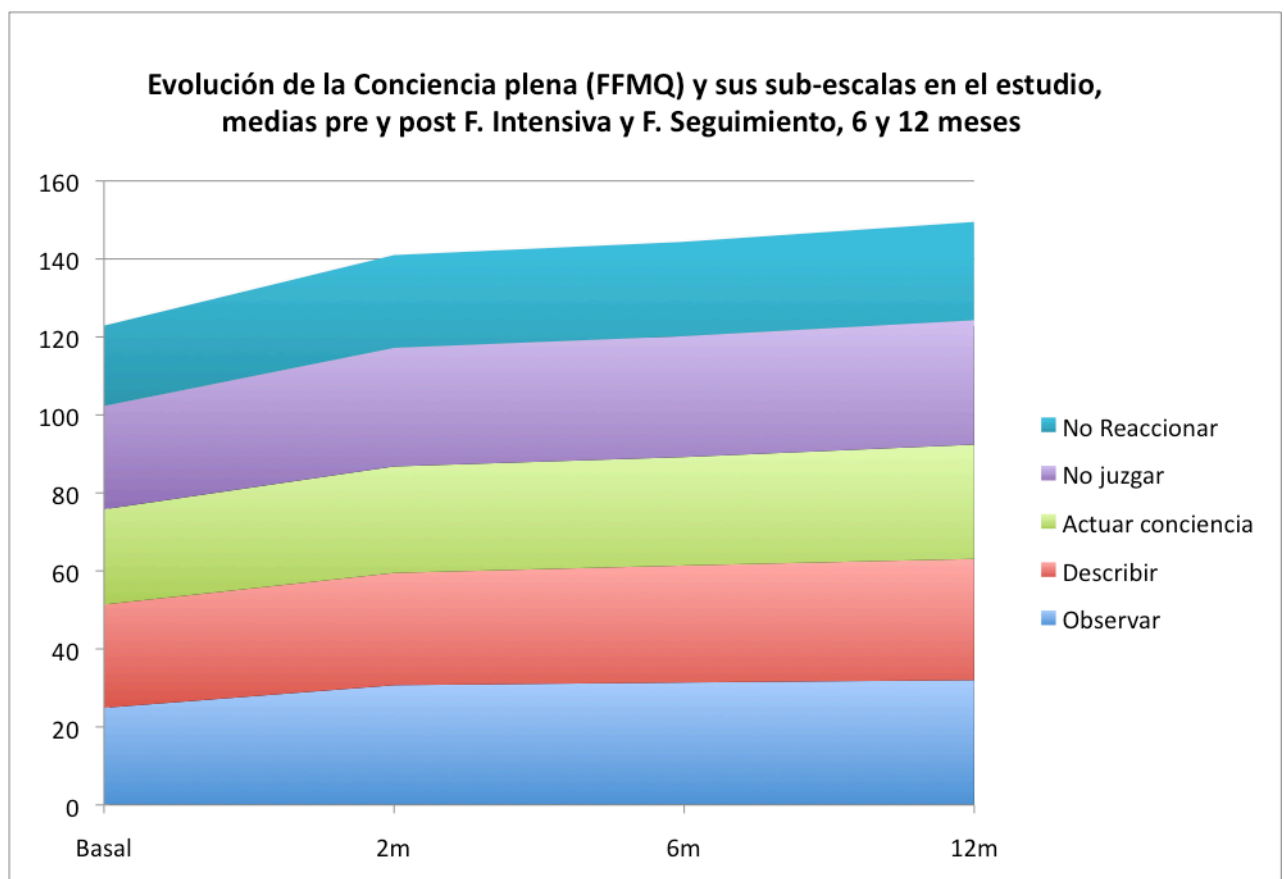


Tabla 11 . Cambios en las puntuaciones de la escala de Conciencia plena, FFMQ, entre los valores basales y los de seguimiento postentrenamiento y a los 6 meses												
Puntuación	Valores Basales		Valores postentrenamiento				Valores seguimiento a los seis meses			Valores seguimiento a los 12 meses		
	Media (DT)	Valores Postentrenamiento Media (DT)	Diferencia Postentrenamiento-Basal Media (IC 95% )	RME #	Valores 6 meses Media (DT)	Diferencia 6 meses-Basal Media (IC 95% )	RME #	Valores 12 meses Media (DT)	Diferencia 12 meses-Basal Media (IC 95% )	RME #		
Total n=75	124,1(21,7)	141,6(15,6)	-17,6(-13,2 a -21,9)***	1,20	144,1(15,8)	-21,3(-25,5 a -17,1) ***	1,20	149,3 (15,8)	27,2 (22,5 a 31,8)***	1,40		
Observar n=84	24,9(7,0)	30,7(4,5)	-5,7(-4,4 a -7,1)***	0,90	31,4(3,9)	-6,7(-5,2 a a-8,1)	1,03	32,0 (4,0)	7,8 (6,6 a 8,9)***	1,53		
Describir n=84	26,9(5,6)	28,8(4,9)	-1,8(-0,9 a -2,8)***	0,40	30,0(5,4)	-3,1(-2,1 a -4,1)***	0,67	31,1 (4,8)	4,1 (3,0 a 4,1)***	0,89		
Actuar con conciencia n=80	24,2(5,9)	27,3 (4,6)	-3,1(-1,9 a -4,2)***	0,58	27,8(4,7)	-3,5(-2,5 a -4,6)***	0,76	29,3 (4,9)	5,4 (4,0 a 6,7)***	0,93		
No hacer juicios n=80	26,5(7,5)	30,4(6,3)	-3,9(-2,5 a -5,3)***	0,64	31,0(6,3)	-4,2(-2,9 a -5,6)***	0,68	31,9 (6,2)	5,5 (4,2 a 6,8)***	0,98		
No reaccionar n=83	20,6(4,2)	23,8(3,2)	-3,2(-2,2 a -4,1)***	0,73	24,2(3,7)	-3,5(-2,4 a -4,6)***	0,71	25,2 (3,4)	4,5 (3,3 a 5,6)***	0,92		

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de 39 ítems. Rango de valores de 39 a 195. Valores totales más elevados indican mejor consciencia. Abreviaturas: DT, desviación típica; IC, intervalo de confianza; RME, respuesta media estandarizada.; TEE, tamaño del efecto estandarizado. Diferencias positivas indican mejoras en las dimensiones.

#RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio. Los valores positivos de RME indican mejoría. Valores negativos indican empeoramiento.

Valores menores de 0,5 representan cambios pequeños, entre 0,5 y 0,8 representan cambios moderados y mayores a 0,8 representan cambios grandes. \* P<0,05; \*\* P<0,01; \*\*\*P<0,001;

El tamaño de la muestra analizado oscila entre 75 y 84 casos debido a los valores ausentes.

## Evaluación de la intervención

Los resultados de la evaluación al final de la intervención los recogemos a continuación, por apartados :

### Auto-percepción general

El 70.3% del grupo intervención manifestó que se sentía mejor después del programa y un 23.1% indicó que se sentía mucho mejor, solo un 2,2% indicó igual o peor.

El 65.9% del grupo intervención manifestó que se sentía con más energía después del programa y un 17.6% indicó que se sentía con mucha más energía, mientras que solo un 11.0 % indico igual o peor.

El 48.4% del grupo intervención manifestó que su grado de actividad había mejorado y que hacía nuevas cosas, y un 13.2% indicó que había mejorado mucho su capacidad de hacer cosas, mientras que solo un 3.4 % indico empeoramiento y un 30% indico sin cambios.

Algunas ejemplos de este cambio de grado de actividad son :

Me puedo concentrar mejor y por lo tanto tardo menos en realizar algunas faenas. Tengo ganas de realizar nuevos trabajos

Me he sentido con ganas de realizar mi trabajo y lo he hecho con más conciencia

Más activa en mi trabajo. Mucho más energía en mi consulta, con más predisposición a cazar oportunidades de mejora.

He logrado organizar mejor cosas cotidianas, He logrado no abrumarme con deberes y disfrutar más de lo que hago, Más que en cantidad he notado cambio en calidad de tiempo dedicado a las cosas

## Práctica de los ejercicios.

La utilización de los ejercicios de conciencia plena por los participantes al final de la intervención se mantiene alta, el 88.9% seguía practicando meditación-contemplación en algunas de las versiones o ejercicios propuestos, un 15,3% diariamente, y un 23,6% al menos 3 veces por semana. La práctica duraba más de media hora para el 26.4% y entre 15 y 30 minutos para el 54.2%.

Sobre los ejercicios, el más utilizado era la meditación-contemplación sentado que practicaba el 65.2%. De ellos el 44.4% lo realizaba sin CD y con CD lo realizaba el 20.8%. Por otro lado el ejercicio de exploración del cuerpo era el preferido del 13.9%, con CD lo hacían el 9.7 % y un 4.2% sin CD.

El yoga lo practicaba un 63.0%, aunque solo el 25.5% de los asistentes lo hacía con una frecuencia de al menos 3 veces por semana. Las prácticas de yoga duraban más de 30 minutos para el 45,1% de los que lo practicaban y 15 a 30 minutos para el 35.3%.

En la vida cotidiana y en situaciones variadas el 63% utilizaba el ejercicio de Atención en la respiración diariamente. Mientras que el 19.8% lo hacía al menos 3 veces por semana.

## Cambios de actitud en general

Al final del programa, el 93.8% indicó que la mayor atención, desarrollada por la meditación, cambió su relación con sus pensamientos, sentimientos o reacciones, como indican estos ejemplos:

- “Distingo mejor la realidad externa de mi juicio interno y esto me permite estar más atenta a lo que ocurre en cada momento”
- “Hay menos reacción, más reflexión. Ante momentos de conflicto la respiración me da calma y espacio a reflexionar. Estoy más feliz disfrutando los momentos”

- “Control mejor de las emociones. Mejor bienestar personal. Aumento de la Empatía (ser más amable, más condescendiente)”

#### Cambios de actitud en relación con la profesión

Un 66.7% indico que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en relación con “Cuidarse mejor en la práctica” y un 32.1% indicó un gran cambio. Mientras que solo un 1.2% indicó que no había cambio.

Un 70.4% indicó que la intervención le había facilitado algún “Aumento de eficacia o calida en su trabajo” y un 18.5% indicó un gran cambio. Mientras que un 11.0% indicó que no había cambio.

Un 67.9% indicó que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en “Comunicar con los pacientes” y un 19.8% indicó un gran cambio. Mientras que un 12.3% indico que no había cambio.

Un 61.7% indicó que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en “Comunicar con otros profesionales” y un 19.8% indicó un gran cambio. Mientras que un 17.3% indico que no había cambio.

Un 56.8% indicó que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en “manejarse en situaciones estresantes” y un 39.5% indicó un gran cambio. Mientras que solo el 3.7% indicó que no había cambio.

Un 66.7% indicó que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en “satisfacción por su trabajo” y un 14.8% indicó un gran cambio. Mientras que el 18.5% indicó que no había cambio.

Un 64.2% indicó que la intervención le había facilitado algún cambio positivo en “Ser capaz de corregir hábitos de vida” y un 32.1% indicó un gran cambio. Mientras que solo el 3.7 indicó que no había cambio.

Los cambios de actitud registrados, en relación la profesión, se resumen en la tabla 12, a continuación :

Tabla 12- Cambios registrados en diversas actitudes, en relación con la profesión, los valores indican el porcentaje de asistentes que valoraron un cambio en ese aspecto indicando la magnitud.

<b>Actitudes</b>	<b>Gran cambio</b>	<b>cambio</b>	<b>sin cambio</b>
Cuidarme mejor	32.1	66.7	1.2
La calidad de mi trabajo	18.5	70.4	11.1
Comunicaciones compacientes	19.8	67.9	12.3
Comunic.con profesionales*	19.8	61.7	17.3
Manejar situaciones estresantes	39.5	56.8	3.7
La satisfacción por mi trabajo	14.8	66.7	18.5
Corregir hábitos de mi vida	32.1	64.2	3.7

\* Perdidos 1.2, hasta cuadrar 100%

Sobre el tipo de cambio en sus hábitos, los participantes se expresaron con frases como las siguientes:

- Observo mejor mi reacción de enfado, miedo o frustración y soy capaz de parar o buscar alternativas antes de que me descontrole.
- Detectar la cantidad de pensamientos automáticos y lograr disminuirlos. Disminuir el nivel de juicios a mi misma y las situaciones
- Me cuesta mucho aun estar atenta a mis pensamientos y sentimientos pero he descubierto la importancia de "estar atenta" a ellos.
- La importancia de aceptarme y aceptar el entorno y las personas.

#### Valoración del programa

La valoración global dela intervención total, fase intensiva y seguimiento fue de 8.9 (DT 0.84), en una escala de 0-10, y ningun asistente lo valoró



por debajo de 7. Además el 95.1% de los participantes recomendarían el programa a sus colegas, 4.9% indicó depende y ninguno indicó que no.

## **DISCUSIÓN**

Este segundo estudio tiene como objetivo conocer el efecto combinado de las dos fases del programa de Mindfulness, intensiva y de mantenimiento. Para ello hemos reproducido el diseño de Krasner y su equipo (2009) de tomas repetidas, con dos tomas en torno a cada fase. Conviene mencionar una diferencia, y es que el estudio de Krasner tomó el dato final para las comparaciones a los 15 meses, es decir, 3 meses después de final del programa, mientras que nosotros lo hacemos a los 12 meses, coincidiendo con el final del programa.

Nuestras hipótesis, se han verificado plenamente. El entrenamiento en Mindfulness mejora el estado de los participantes, disminuyendo significativamente el Burnout y la Alteración emocional. También hemos registrado una mejora significativa en dos habilidades interesantes para profesionales de la salud como son la Empatía y la Conciencia plena. Además hemos registrado cambios en las actitudes orientadas a reaccionar menos y a cuidarse más. También hemos constatado el hecho que los asistentes utilizaran los ejercicios del programa de forma habitual, en su día a día. Finalmente, los asistentes dieron una excelente evaluación al programa.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a los de Krasner y su equipo (2009) en cada variable común a ambos estudios, incluyendo las sub-escalas, comparadas a nivel de los cambios de magnitud expresados como RME o  $d$  de Cohen, según sea. Los cambios en puntuaciones también son similares, excepto en Alteración emocional, ya que nuestro estudio usa un cuestionario más breve que el de Krasner y su equipo (2009) por lo que la disminución en puntuación no es comparable de forma directa, aunque sí lo es la magnitud del cambio, como se recoge en la tabla 13, a continuación.

Tabla 13. Comparación de los cambios registrados en el periodo de intervención de 12 meses entre este estudio y el de Krasner et al. 2009 para el grupo intervención.

	Krasner n=68	Estudio N=84	Efecto * Krasner/Estudio
<i>Puntuaciones en la escala de Burnout de Maslach.</i>			
Agotamiento emocional	-7.8	-8.7	0,62/0,84
Despersonalización.	-2.7	-3.5	0,45/0,61
Realización personal	1.4	3.0	0,44/45
<i>Puntuaciones en la escala de Empatía de Jefferson.</i>			
Total	4	6.7	0,45/0,53
Toma de perspectiva	.8	3.6	0,30/0,48
Compasión	2.4	2.4	0,38/0,42
Ponerse en los zapatos del paciente	.9	.7	0,36/0,24
<i>Puntuaciones en la escala de estado de ánimo Profile Of Mental Status**.</i>			
Índice general de alteración emocional	-16.5	-8.8	0,69/0,80
Tensión-Ansiedad	-3.5	-1.9	0,41/0,67
Depresión-Abatimiento	-2.9	-1.2	0,55/0,43
Cólera-Hostilidad	-2.0	-1.4	0,76/0,44
Vigor-Actividad	4.0	1.8	0,42/0,69
Fatiga-Inercia	-3.3	-2.7	0,81/0,82
<i>Puntuaciones en la escala de consciencia plena Five Facet Mindfulness Questionnaire.</i>			
Observar	4.0	7.8	1,03/1,53
No reaccionar	2.3	4.5	0,88/0,92

\* Efecto se mide de forma ligeramente distinta, en Krasner et al. es d de Cohen medida sobre basal y seguimiento a 15 meses, en este estudio es RME: Respuesta media estandarizada. Calculado como la media del cambio en la puntuación dividido por la desviación estándar del cambio.

\*\* En la escala POMS nuestro estudio uso una escala reducida frente al de Krasner et al. y lo que explica la diferencia en valores.

El primer reto de un programa de estas características, voluntario, extra-laboral y con una dedicación personal importante, es la adherencia al mismo. En nuestro caso la asistencia registrada fue de un 86,5%, similar al 87% que registra Krasner y su equipo (2009), mientras que la adhesión a los diferentes componentes de MBSR fue muy alta, ya que el 88.9% seguía practicando meditación Mindfulness al final de la intervención, algo superior que otras intervenciones de Mindfulness en poblaciones similares (Martín y García de la Banda, 2007 y 2010). Los aspectos que pueden explicar esta alta adherencia al programa son:

- 1) la experiencia del instructor en este tipo de intervención desarrollada a lo largo de más de 100 intervenciones anteriores,
- 2) el hecho de que este curso contara con una acreditación profesional y una bonificación por colaboración en la investigación, que precisaba de una asistencia mínima al 75% de las clases .
- 3) la satisfacción mostrada por los participantes con el contenido del programa, que se refleja en una evaluación media de 8,9 sobre 10.

A continuación explicaremos los resultados encontrados en las distintas variables del estudio en relación con el estudios de Krasner y su equipo (2009) y otros estudios comparables, en el contexto de las hipótesis de este trabajo.

### Reducción de Burnout

Nuestra primera hipótesis, disminución del Burnout, reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado moderado, se ha cumplido, incluso se ha superado en una de las sub-escalas, agotamiento emocional, ha sufrido una reducción de nivel grande.

El nivel de Burnout registrado se valora según el rango, Bajo (< 33), Medio (rango 34-66) y Alto (>67). Estos rangos se pueden aplicar también a las

subescalas, de acuerdo con un estudio realizado con profesionales médicos (Seisdedos, 1997), como figuran en la tabla 14 a continuación:

Tabla 14. Rangos de las sub-escalas de Burnout, media y desviación típica, de una muestra de profesionales de la salud españoles.					
<b>MBI</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>
Escala global	<33	34-66	>67	69,65	9,10
Agotamiento (AE)	<22	22-31	>31	26,42	12,26
Despersonalización (DP)	<7	7-13	>13	10,77	6,60
Realización (RP)	<30	35-30	>35	32,46	8,45

Si comparamos nuestros datos basales de Burnout con este baremo vemos que la muestra presenta un nivel basal de Burnout 72.7 que es un nivel medio. Este nivel medio también se da en las tres sub-escalas, Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Realización personal (RP). Este nivel de Burnout de la muestra es similares a otros estudios de profesionales de la salud de nuestro entorno (Grau, Suñer y García, 2005; Burgell et al., 2010), por lo que podemos suponer que la muestra de este estudio es representativa del grado de Burnout existente en este colectivo profesional.

Como resultado de la intervención el nivel de Burnout mejora hasta un nivel bajo, al igual que las subescalas que descienden hasta situarse en un nivel bajo en AE y en DP, mientras que RP mejora hasta un nivel alto. Por otro lado esta reducción en Burnout registrada en nuestro estudio es algo mayor que la registrada por Krasner y su equipo como veíamos en la tabla 10.

## Reducción de la Alteración emocional

Nuestra segunda hipótesis, disminución de la Alteración Emocional, reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado moderado, también se ha cumplido.

Puesto que en nuestro estudio usamos una versión del POMS de 15 ítems que, a diferencia del original de 65 ítems, estaba traducida y validada al castellano, hemos ajustado los valores obtenidos en nuestro estudio para hacerlo comparables al POMS 65. Para ello hemos dividido la puntuación de la sub-escala entre el número de ítems de la misma en POMS 15 y multiplicando este valor por el número de ítems en esa sub-escala del POMS 65. Con este ajuste podemos comparar nuestro estudio con el de Krasner et al. (2009), o con el de Bellini, Baime y Shea (2002) que mide la evolución de los estados emocionales en médicos durante el primer año de internado, o como Rosenzweig et al. (2003) que aplican MBSR a 125 estudiantes de medicina y obtienen una reducción del 21% en la escala, como mostramos en la tabla 15.

Tabla 15- Comparativa de valores de Alteración emocional, medidos con POMS en varios estudios.

<b>Escalas POMS</b>	<b>Estudio valores Pre</b>	<b>Krasner valores pre</b>	<b>Bellini Valores 1</b>	<b>Rosenzweg Valores pre</b>
<b>Tensión-Ansiedad</b>	<b>13,8</b>	<b>15,9</b>	<b>10,8</b>	<b>14,5</b>
<b>Depresión-Abatimiento</b>	<b>13,0</b>	<b>8,3</b>	<b>5,1</b>	<b>10,4</b>
<b>Cólera-Hostilidad</b>	<b>15,2</b>	<b>5,0</b>	<b>3,8</b>	<b>8,5</b>
<b>Vigor-Actividad</b>	<b>17,6</b>	<b>13,5</b>	<b>20,5</b>	<b>14,8</b>
<b>Fatiga-Inercia</b>	<b>12,4</b>	<b>7,9</b>	<b>4,7</b>	<b>10,2</b>

De esta comparativa llama la atención que los profesionales españoles tienen mayor grado de malestar que sus colegas de EEUU, notablemente en cólera y también en depresión, quizás debido por las frustraciones que sufren en un sistema de salud en crisis, frente a los profesionales de EEUU que actúan como profesionales liberales y tienen mayor reconocimiento social.

Sin embargo, los principales efectos registrados por la intervención no difieren mucho. En nuestro estudio las mayores mejoras se producen en fatiga, tensión y vigor, mientras que Krasner y su equipo (2009) que registraron los mayores cambios en vigor, cólera y fatiga.

### Aumento de la Empatía

Nuestra tercera hipótesis, aumento de la Empatía, reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado pequeño, se ha cumplido y superado ya que el tamaño del efecto es moderado.

El valor de Empatía obtenido antes de la intervención, 117,9, es similar al de Krasner et al. (2009) y a los mostrados por otros estudios de profesionales de la salud como residentes o estudiantes de medicina que muestran niveles medios de 118 (Hojat et al. 2001) o con estudiantes de odontología (Sherman y Cramer, 2005) que recoge un descenso de 125 a 115 según los años de estudio. Sin embargo nuestros datos basales son mayores que los registrados con estudiantes de medicina mexicanos, que mostraron un valor medio de 110 y un valor de 121 para el percentil 75% (Alcorta-Garza et al. 2005). Por otro lado nuestra muestra es fundamentalmente femenina, a diferencia del estudio de Krasner y su equipo que está bastante equilibrada. Es posible que la alta tasa de participantes femeninos en nuestra muestra justifique una mayor Empatía ya que estos autores antes citados indican que las mujeres puntúan significativamente más alto que los hombres.

## Desarrollo de la Conciencia Plena

Nuestra cuarta hipótesis, aumento de la Conciencia Plena, reflejándose en un tamaño de efecto estandarizado de grado grande, también se ha cumplido.

Los valores de la muestra antes de la intervención son similares a la media de la población Española (Cebolla et al. 2010) de donde podemos concluir que los profesionales de la salud que han participado en el estudio no son diferentes de la población general en esta variable. Además, los valores tanto previos como la magnitud del cambio registrado son similares a los de Krasner y su equipo (2009).

El cambio registrado en el estudio en la variable Conciencia plena muestra una magnitud grande (RME de 1,4) y algo superior al de Krasner (2009), que registra una  $d$  de Cohen de 1.12. Este cambio resulta claramente superior a los estudios citados por Grossman et al. (2004), en un amplio meta-análisis realizado comparando intervenciones en Mindfulness, donde los niveles de cambios alcanzados no superan la  $d$  de Cohen de 0.5. Este mayor efecto encontrado en nuestro estudio puede deberse a varios factores: 1) Una intervención de un año, más larga que las habituales de 8 semanas 2) Unos participantes más comprometidos que en otros estudios, debido a su interés profesional y personal a la vez y 3) Contar con un programa ya probado por Krasner y su equipo y 4) Un instructor muy experimentado, y muy familiarizado con la materia, al ser parte de sus estudios de doctorado.

Los profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección y la auto-conciencia, que permite darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que les produce el paciente y de cómo su conducta se suele ver afectada por ellos (García-Campayo, 2007). Como se indicó anteriormente, la conciencia plena facilita estas habilidades ya que consiste en atender a la realidad de una forma especial, observando el desarrollo de los acontecimientos momento a momento, con una apertura y aceptación hacia sensaciones, pensamientos o emociones que vayan surgiendo. Mantener la conciencia en el momento presente previene actitudes de tipo

rumiativo, evitando así cuadros de fuerte afectividad negativa con tensión-ansiedad y abatimiento (Nolen-Hoeksema, 2000). Por otro lado, el componente de apertura y aceptación hacia la realidad mencionado, permite una mayor conciencia de las sensaciones y emociones aflitivas, lo que facilitaría la autorregulación de unas y otras, resultando en un mayor bienestar (Gross, 1998). En este sentido, la aceptación del componente negativo de algunas experiencias, sin la necesidad urgente de querer cambiarlas, favorecería la flexibilidad psicológica, la capacidad de conectar completamente con el momento presente y orientar el comportamiento para alcanzar el fin deseado (Hayes et al., 2006). La combinación de conciencia plena y flexibilidad psicológica constituirían estrategias de afrontamiento más adaptativas ante el malestar psicológico asociado al Burnout.

#### Auto-percepción y Práctica registrada

Como consecuencia de la intervención se han producido cambios de auto-percepción en la mayoría de los participantes, resultando en una sensación de sentirse mejor y un mayor grado de energía y de actividad, como es deseable en un programa educativo de reducción de burnout. Podemos decir que el efecto ha alcanzado la inmensa mayoría en las dos primeras cuestiones y a un 60% en la tercera, lo que da por cumplido nuestro objetivo al respecto.

Las hipótesis, basadas en los cambios de actitudes registrados, no los podemos comparar con el trabajo de Krasner y cols. (2009) ya que ellos no realizaron una evaluación como la nuestra.

El programa de Mindfulness utilizado tenía dos partes una fase intensiva de sesiones semanales y una fase de mantenimiento de sesiones mensuales. En la primera fase la exigencia era de práctica diaria por espacio de 45 minutos, durante la segunda fase se animaba a practicar pero no se establecía una regla obligatoria. Nuestra 5ª hipótesis predecía que los participantes seguirán practicando ejercicios de Conciencia Plena o Mindfulness durante el periodo de mantenimiento, algo que también hemos confirmado. La gran mayoría de los participantes tenían una practica



personal, y muchos de ellos había integrado en su agenda un tiempo definido para la practica similar al que se dedica a otras actividades de mantenimiento de la salud.

### Cambios de actitudes

La mayoría de los participantes han aprendido estrategias para reducir el estrés, en torno a los cinco componentes de la escala de Conciencia plena: Descripción, Observación Actuar con conciencia, Ausencia de reactividad, Ausencia de juicio, en consonancia con los resultados del estudio primero. Además en el estudio segundo hemos confirmado que la amplia mayoría de los participantes indicaba cambios de actitudes en torno a cultivar actitudes relacionadas con un mayor profesionalismo.

Nuestra 6ª Hipótesis, la intervención producirá también cambios de actitud que afecten al estilo de trabajo de los participantes, orientados a cuidarse más y hacia un mayor profesionalismo, también se ha cumplido, ya que así lo han manifestado el 76% de los participantes.

Estos cambios en el comportamiento están en relación con tres ámbitos distintos: 1) Saber cuidarse, resultado de la mayor concienciación hacia la importancia de la salud, el efecto que tiene el Burnout y la Alteración emocional en la práctica clínica, 2) Estar presentes, consecuencia de las mejoras de Empatía que permiten una mayor conexión con los pacientes y/o compañeros y 3) Mejorar su profesionalidad, resultado de la importancia dada hacia la excelencia profesional como fuente de satisfacción personal en el trabajo.

Esta orientación principal hacia el auto-cuidado puede ser debido a que los asistentes estaban más interesados en aspectos de su salud laboral antes que en mejorar sus competencias profesionales. Este disposición hacia el cambio en actitudes es similar a las encontradas con profesionales de la salud que hacen el programa MBSR (Martín, García de la Banda y Benito, 2005). Por otro lado estos cambios de comportamiento descritos nos permiten resolver una de las limitaciones del estudio de Krasner et al.

(2009) , ya que ellos no interrogaron a los asistentes sobre sus cambios de comportamiento. Con estos datos, nosotros podemos establecer la relación entre la intervención y los cambios de comportamiento debidos a la intervención en el sentido de establecer una atribución clara de los resultados al programa. Asimismo estas declaraciones nos dan ejemplos que nos permiten entender que tiempos de comportamientos se derivan de una mayor Conciencia plena en la profesión sanitaria.

### Efectos de las dos fases del programa

Nuestra 7ª hipótesis establecía que los efectos de la fase intensiva se mantendrán durante la fase de mantenimiento de 10 meses, como así ha sido. La evolución de las variables es similar, hay un mayor efecto en la fase intensiva que en la de mantenimiento, este fenómeno también se da en el estudio de Krasner et al. 2009. Sin embargo el comportamiento no es igual en las cuatro variables, como se muestra en la figuras 1-4. El Burnout, y la Conciencia plena han disminuido en cada uno de los dos puntos de medida de la fase de mantenimiento, el de 6 meses y el de 1 año, de forma constante. Por otro lado la Empatía y la Alteración emocional muestran una meseta en el seguimiento a 6 meses, que da paso a una mejora en los 6 meses finales. Este distinto comportamiento puede deberse a que estas variables tienen un ritmo de cambio diferente o puede ser que sean un resultado de los hechos ocurridos por la crisis sanitaria durante la fase de mantenimiento, como describimos a continuación y que podrían explicar estas diferencias.

Durante la Fase de Mantenimiento los profesionales han sufrido una crisis institucional sin precedentes, debido a los recortes presupuestarios realizados por la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, para ajustar su presupuesto. Durante estos recortes el grado de incertidumbre, frustración y enojo fue muy importante por parte del colectivo sanitario y ello afectó también a los participantes. Al finalizar la fase intensiva del programa, los participantes se encontraron con una degradación de su clima laboral, con asambleas, manifestaciones, cortes de carreteras, cambios de

directivos, recortes salariales y presupuestarios, en ocasiones con cambios de puesto de trabajo o responsabilidades. Este contexto supuso un desafío importante para el estado emocional de los asistentes, en un momento que el programa no les proporcionaba tanto apoyo, ya que las sesiones eran mensuales. Sin embargo el trabajo continuado por parte de los asistentes y la evolución de la situación hacia una fase de mayor estabilidad, probablemente resultaron en una disminución de la alteración emocional y un aumento de la Empatía, tal y como se registró en los meses finales del estudio. Creemos que estos hechos extraordinarios han puesto a prueba la capacidad de aceptación y adaptación de los asistentes al programa, además de su compromiso ya que los cambios laborales sufridos por muchos de ellos les dificultaban seguir asistiendo a las sesiones. Esta opinión esta basada también en las manifestaciones de los asistentes y en los diálogos que se producían a la hora de valorar el progreso del programa.

A pesar de todo, los profesionales que participaron en el programa de Mindfulness mostraron mejoras en indicadores asociados con su bienestar, con su capacidad de trabajar en equipo y con actitudes más orientada hacia el paciente. Además realizaron cambios de comportamiento impulsados por su participación en el programa, que permiten asentar estas nuevas actitudes.

### Valoración del programa

Hemos constatado que existe un gran interés por programas de tipo formación para reducir el malestar psicológico y el Burnout entre los profesionales de la salud. Este interés de los profesionales justifica la buena respuesta a nuestra convocatoria, una alta participación, y la excelente tasa de asistencia. Además el programa fue muy bien valorado y casi la totalidad de los asistentes lo recomendaría a sus colegas.

Creemos que este estudio ha constatado que un entrenamiento en Conciencia plena, tal y como es el programa MBSR, resulta muy útil como intervención psico-educativa para reducir el malestar psicológico asociado al

Burnout y a los riesgos psico-sociales en profesionales de la salud, siempre que estén dispuestos a hacer un esfuerzo por ellos mismos para integrar la técnica en su vida cotidiana. Al ser una intervención grupal y con efectos a largo plazo, como se ha visto, resulta muy interesante su aplicación en grupos profesionales en contextos de formación continua, con un coste muy razonable.

No obstante, estas intervenciones que resultan muy beneficiosas no pueden ser la única medida que tomen los responsables de la gestión sanitaria en nuestros país. Estamos de acuerdo con Krasner et al. (2009) que las instituciones deben también reforzar su liderazgo para poner en marcha cambios de tipo sistémico que proporcionen a los profesionales mayor grado de control sobre su trabajo, facilitando la formación de equipos basados en la competencia y en la confianza, con mayores grados de responsabilidad y de reconocimiento, que contribuya a crear un sistema sanitario más eficaz en el uso de recursos y más sano para sus profesionales.

#### Limitaciones del estudio y recomendaciones.

No obstante, somos conscientes de las limitaciones del presente trabajo, algunas compartidas obviamente con el trabajo de Krasner et al. (2009).

Primero, este diseño experimental basado en auto-evaluaciones no mide el efecto que tiene la intervención en el trabajo de los participantes, en sus relaciones con los pacientes, o con el equipo, sino que se basa sólo en la impresión que tiene uno mismo. En el futuro sería interesante contar con métodos de medida que complementaran las auto-evaluaciones en dos sentido. Primero mediante informes de pacientes o número de visitas al día, o número de reclamaciones y segundo mediante indicadores fisiológicos de los participantes en el programa, en aspectos relacionados sobre su salud (como presión arterial, peso etc).

Segundo, nuestro programa contaba con un porcentaje muy elevado de mujeres, que no es representativo de la población de profesionales de la

salud. Sería interesante ver como funciona con una población más masculina.

Tercero, el programa se realizó con personas pertenecientes al servicio publico de salud de la Generalitat, en un lugar y con un instructor. Por tanto sería interesante replicarlo con otras condiciones, población e instructores, para poderlo generalizar el valor del entrenamiento.

Cuarto, aunque la fase intensiva contaba con un control de referencia, no ha sido así durante la fase de mantenimiento y, aunque los resultados han sido positivos, no podemos valorar de que manera la crispación del clima laboral producido por los recortes presupuestarios ha podido afectar a los resultados. En el futuro sería bueno investigar de nuevo esta Fase, en un momento de estabilidad profesional y contando con un grupo control .

Quinto, otra limitación es que no sabemos si los efectos se mantendrán con el tiempo sin sesiones de recuerdo o apoyo formativo preciso. Por ello sería bueno realizar algún seguimiento una vez terminado el programa para ver como evolucionan estas variables.

Sexto, aunque hemos verificado el efecto del programa no conocemos que variables median en el mismo ni como correlacionan las mismas, algo que tenemos previsto hacer en el futuro.

## **CONCLUSIONES**

---

## CONCLUSIONES

1. Un programa de 8 semanas de Mindfulness, como el utilizado en nuestra fase intensiva, resulta muy efectivo en reducir el malestar psicológico, Burnout y Alteración emocional, en profesionales de Atención Primaria, con un cambio de tipo moderado.
2. Además, este programa, es eficaz en aumentar la auto-conciencia, medida como Conciencia plena, con un cambio de nivel grande y también aumenta la Empatía, con un cambio moderado, dos interesantes habilidades profesionales para el ámbito sanitario.
3. Como resultado de un programa formativo como el utilizado, los profesionales implementan cambios de comportamiento orientados hacia el auto-cuidado y hacia un mayor profesionalismo, indicando aumentos de eficacia y calidad de su trabajo, o mejoras en su comunicación, con pacientes y colegas. Todo ello redundando en sentirse mejor y en obtener una mayor satisfacción en el trabajo.
4. Un programa intensivo de 8 semanas en Mindfulness se ve enriquecido por un programa de Mantenimiento de 10 meses, permitiendo que los beneficios del primero se consoliden y profundicen con cambios positivos de Burnout, Alteración emocional, Empatía y Conciencia plena. Hemos visto que las cuatro variables mejoran con la fase de mantenimiento.
5. Además, este programa formativo de Mindfulness, resulta muy apreciado por los profesionales de Atención primaria, como lo demuestra la buena asistencia, la adhesión a las prácticas propuestas y la alta valoración recibida. Por lo tanto es un programa que se puede aplicar con éxito, en los planes de formación de prevención de riesgo laborales en los profesionales de la salud.

## **BIBLIOGRAFÍA**

---



## BIBLIOGRAFÍA.

- Adler, N.Y. y Matthews K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?. *Annual review of psychology*, 45, 229-259.
- Agencia Europea para la Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007). fourth european working conditions survey <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.ht> accedido en Junio 2007.
- Alcorta-Garza A., González J.F., Tavitas S., Rodríguez F.J., Hojat M. (2005). Validación de la escala de Empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina mexicanos. *Salud Mental*, 28, 57-63
- Alvaro, T. (2009) Crisis evolutivas en la profesión médica, en *Krisis*. Vitoria: Ed La llave DH.
- Amutio A., Ayestaran, S. y Smith J.C. (2009). Assesment of Burnout and psychological wellbeing among professionals in the basque coutry, *Psychology in Spain*, 13, 62-71.
- Andrade, E.M., Arce, C. y Seaone, G. (2002). Adaptación al español del cuestionario «Perfil de los Estados de Ánimo en una muestra de deportistas. *Psicothema*, 14,708-13
- Astin, J. (1997). Stress Reduction Through Mindfulness Meditation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 97-106.
- Baer, R. A., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Smith, G. T., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology*, 10, 125-44.
- Baig, A., Siddiqui, I., Navqui, H., Sabir, S., Jabbar, J. y Shahid, M. (2006). Correlation of serum cortisol levels and stress among medical doctors working in emergency departments. *Journal of the College of Physicians and Surgeons-Pakistan*, 16, 576-80.
- Beddoe A.E. y Murphy S.O. (2004). Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students?. *Journal of Nursing Education*, 43,305-12

- Bellini, L.M., Baime, M. y Shea, J. (2002). Variation of Mood and Empathy During Internship. *JAMA*, 287, 3143-6
- Benito, E., Arranz, P. y Cancio H (2011). Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. *Formación Médica Continuada*. 18, 59-65.
- Bishop, S. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, 64, 71-84.
- Bishop, S.R. Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L.E., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 11, 230-41.
- Borrell, F. y Cebrià, J. (1995). Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En: Martín Zurro A. y Cano, F., editores. Atención Primaria. Madrid: Harcourt Brace.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. y Epstein R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals Family Medicine*, 2, 576-82.
- Boschert, S. (2003). High cortisol levels flag high stress in academic physicians. (Indicative of Burnout). *Internal medicine News*, 1, 58
- Burgell S., Fuentes S., Calatayud M., Casals, E., García, A. y Moncunill, J. (2010). Síndrome de Burn-out entre odontólogos de Atención Primaria. Poster presentado en congreso SEPA 2010, Girona, España.
- Campo, M.A., Miguel, B., Valdivieso, N., Cervós, M.T. y Faro, M.J. (2011) Mindfulness: conciencia plena y enfermería. En: Mompert García MP (coord.). Actualizaciones Enfermería S21. Colección Enfermería S21. Madrid: *Difusión Avances de Enfermería (DAE)*, 41-52
- Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., y Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer*, 9, 112-23.
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., Botella, C. (2011) Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets

of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*(en prensa).

Cebolla, A., García-Palacios, A., Baños, R., A., Guillén, V., Navarro, M., Miró, M. (2010) Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Inventory (FFMQ). Presentado en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. 2-5 Junio. Boston (EEUU)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*, New Jersey (EEUU): Lawrence Erlbaum.

Coliver J.A., Willis MS, Robbs RS, Cohen DS, Swartz HM (1998) Assessment of empathy in an standardized patient examination. *Teaching and Learning in Medicine*, 10,8-11

Cox, C.B., Griffiths, A. y Rial, E. (2002). Research on Work related stress, summary of an Agency Report. European Agency for Safety and Health at Work. accedido el 13/05/04

<http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/31/en/index.htm>

Csikszentmihalyi, M. (2003). *Fluir*. Barcelona: Kairós.

Davidson, R., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., y Sheridan, J. (2003). Alterations In Brain And Immune Function Produced By Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-70.

Des, J., Lyles C. y Crepaz, N. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94,361-6.

Epstein, R. (2010) Mindful practice. accedido 9/03/10 en <http://www.urmc.rochester.edu/education/md/mp/mindful-practice.cfm>

Fuentes, I., García-Merita, M.L., Meliá J.L. y Balaguer, I. (1994). Formas paralelas de la adaptación valenciana del perfil de los estado de Animo. *Trabajo presentado al IV Congreso de Evaluación Psicología*. Santiago de Compostela.

Friedman M. (1977). Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 53,593-604.

García-Campayo J. (2008). La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Atención Primaria*, 40, 363-

6

- Gómez Esteban, R. (2004). El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24, 41-56
- Grau, A. Suñer R. y Garcia, M.M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19, 463-70.
- Gross J.J. (1998). Emotion regulation: Conceptual foundations. In J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.
- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hogan, R.(1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,33, 307-16
- Hojat M. et al. (2002) The Jefferson Scale of Physician Empathy: Further Psychometric Data and Differences by Gender and Specialty at Item Level. *Academic Medicine*, 77 ,S58-S60.
- INSHT (2008). VI Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: MTAS. Disponible en <http://www.insht.es> (consultada 14 Nov 2011)
- Joireman, J.A., Parrott, L., y Hammersla, J. (2002). Empathy and the self-absorption paradox: Support for the distinction between self-rumination and self-reflection. *Self and Identity*, 1, 53-65.
- Jones, F. y Bright, J. (2001). *Stress, Myth theory and Research*. Pearson Education Ltd. Essex (Reino Unido).
- Kabat-Zinn J., Lipworth, L. y Burney R. (1985). The Clinical use of Mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163-90.
- Kabat-Zinn, J. (1986). Four year follow up of meditation-based program for the self regulation of chronic pain. Treatment Outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-73.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. New York (EEUU): Delacorte.

- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness Meditation, Health benefits of an ancient Buddhist Practice. *Mind/Body medicine*. En Goleman & Gurin (Eds). New York (EEUU): Consumer Report Books.
- Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation, what is what isn't. en Haruki, Y. Ishii, Y. and Suzuki, M. (eds) *Comparative and Psychological Study on Meditation*. Netherlands: Eburon.
- Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A., Kristeller, J., Gay, L., Fletcher, K., Pbert, L., Lenderking, W. y Santorelli, S. (1992). Effectiveness Of A Meditation-Based Stress Reduction Program In The Treatment Of Anxiety Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Karoly, P., Boekaerts, M. y Maes, S. (2005). Toward Consensus in the Psychology of Self-Regulations: How Far have We Come? How Far Do We Have to Travel?. *Applied Psychology: an International Review*, 54, 300-311.
- Kazis ,L.E., Anderson, J.J. y Meenan, R.F. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Medical Care* 27,S178-S189.
- Killingsworth M.A, y Gilbert D.T. (2010). A wandering mind is an unhappy mind. *Science*, 330, 932-9
- Koh, K.B., Kim, C.H. y Park, J.K. (2002). Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 486-92.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Ferro García, R., Valero Aguayo, L., Fernández Parra, A. y Virués-Ortega, J. (2005). Psicoterapia Analítico-Funcional y Terapia de Aceptación y Compromiso: teoría, aplicaciones y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 349-71.
- Krasner, M., Epstein, R.M., Beckman, H et al. (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy and Attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 302, 1284-93.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H. et al. (2005) Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*. 16, 1893-7.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

- Luceño, L., Martín, J., Díez, E.M. y Rubio S. (2008). Un instrumento de evaluación de riesgos psicosociales en el entorno laboral, cuestionario DeCore. *peduPsykhé*, 7, 131-53
- Ludwig, D. y Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *JAMA*, 300, 1350-2
- Lyckholm, L. (2001). Dealing with stress, Burnout and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, 2, 750-5.
- Madrid Médico (2003). Uno de cada cuatro médicos dejaría la medicina por insatisfacción laboral. *Madrid Médico*, 171, 18-20.
- Majumdar, M., Grossman, P., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. y Walach, H. (2002). Does mindfulness meditation contribute to health? Outcome evaluation of a German sample. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 8, 719-30.
- Marcus, M.T., Fine, P.M., Moeller, F.G., Khan, M.M., Pitts, K., Swank, P.R. y Liehr, P. (2003). Change in Stress Levels Following Mindfulness-based Stress Reduction in a Therapeutic Community. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2, 63-69.
- Martín, A. y García de la Banda, G. (2010). The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 895-903.
- Martín A, García de la Banda G, Benito E (2005). Reducción de Estrés mediante la Atención Consciente, según la técnica MBSR. *Análisis y Modificación de Conducta*, 139, 557-71
- Martín A. y García de la Banda G, (2007). Las Ventajas de estar Presente: Como el desarrollo de la Atención Plena reduce el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 369-84.
- Martín, F. (2003). NPT 349: *Prevención del estrés: Intervención sobre el individuo*. Centro Nacional de Condiciones de Trabajo. Accedido en 14/5/04 [http://internet.mtas.es/Insht/ntp/ntp\\_349.htm](http://internet.mtas.es/Insht/ntp/ntp_349.htm).
- Martinez Plaza, C.A. (2008). *Estrés aspectos médicos*, editado por el MTIN. accedido 14 nov 2011 en [http://www.fraternidad.com/es-ES/descargas/ESTRES-ASPECTOS-MEDICOS\\_FM-REVL-18-6.html](http://www.fraternidad.com/es-ES/descargas/ESTRES-ASPECTOS-MEDICOS_FM-REVL-18-6.html).
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Matheny, K.B., Aycok, D.W., Puch, J.L., Curlette, W.L. y Silva-Canella K.A. (1986). Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *Counseling Psychologist*, 19,499-49
- McNair, D.M., Lorr, M., y Droppleman, L.F. (1971). *Profile of MoodStates Manual*. San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Services
- Meier, D. E. (2001). The Inner life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 286, 3007-14.
- Miller N.M. y McGowen R.K. (2009). The painful truth: physicians are not invincible. *Southern Medical Journal*, 93, 966-73.
- Miller, J.J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17, 192-200.
- Mingote J.C. y Pérez S. (2003). *Estrés en la enfermería*, Madrid (España):Díaz de Santos Ediciones.
- Moreno-Jiménez, B., Carvajal R.R. y Escobar R.E. (2001). "La evaluación del Burnout profesional. Factorialización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, 7,69-78.
- NCCAM - National Center for Complementary and Alternative medicine (2006). Mind-Body Medicine: An Overview. National center for Complementary and Alternative medicine Web site. consultado 30 Abril 2006 en <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm>
- Noguer, M. y Cerdá, H. El estrés de las batas blancas. *El País* 20/4/03 Pág. 10. Madrid.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-11.
- OMS-Organización Mundial de la Salud (1994). *ICD-10: International Classification of Diseases*. Geneva: World Health Organization.
- Pattani, S., Costantinovici, N., y Williams, S.(2001). Who retires early from the NHS because of ill health and what does it cost? A national cross sectional study. *British Med. Journal*, 332,208-9
- Rabinowitz, S., Kusnir, T. y Ribak, J. (1996). Preventing burnout : increasing professional self-efficacy in primary care nurses in a Balint Group. *American Association of Occupational Health Nurses Journal*, 1, 28-32.

- Rafferty, J.P., Lemkau, J.P., Purdy R.R. y Rudisill, J.R (1986). Validity of the Maslach Burnout inventory for family practice physicians. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 448-92
- Ramel, W., Goldin, Ph. R., Carmona, P. E. y McQuaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy & Research*, 28, 433-62.
- Ratanawongsa, N., Wright, S.M., y Carrese, J.A. (2007). Well-being in residency: a time for temporary imbalance?. *Medical Education*;41,273-80.
- Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-92.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health*. Brooks/cole Publs. Pacific Grove (California,EEUU)
- Rosenkranz, M.A., Ackson, D.C., Dalton, K.M., Dolski, I., Ryff, C.D., Singer, B.H., Muller, D., Kalin, N.H. y Davidson, R. (2003). Affective style and in vivo immune response: Neurobehavioral mechanisms. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 100, 11148-52.
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. y Hojat,M. (2003). "Mindfulness-based stress reduction lowers psychological distress in medicalstudents" . Jefferson Myrna Brind Center of Integration Medicine Faculty Papers. Paper 1. Accedido 21/4/2011 <http://jdc.jefferson.edu/jmbcimfp/1>
- Salom, M (2005). Servicio acreditación de formación continua, Conselleria de Salut i Bienestar, Govern de les Illes Balears. Palma de Mallorca
- Sapolski, R.M. (1998). *Why Zebras don't get ulcers*. New York: W.H. Freeman & Co.
- Seisdedos N. (1997). *MBI: Inventario Burnout de Maslach*. Madrid :TEA Ediciones
- Shanafelt, T. D., Bradley K.A., Wipf J.E. y Back A.L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136, 358-67
- Shanafelt, T. D., West C., Zhao X., Novotny P., Kolars J., Habermann T. y Sloan J. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine* , 20, 559-64.



- Shapiro, S.L. y Schwartz, G.E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. en Monique Boekaerts, Paul R. Pintrich, Moshe Zeidner (eds.) *Handbook of Self-Regulation*, New York.
- Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. y Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioural Medicine*, 21,581-599.
- Shapiro, S.L., Shapiro, D.E. y Schwartz, G.E. (2000). Stress Management in Medical Education: A Review of the Literature. *Academic Medicine*, 75, 748-59.
- Sherman, J.J. y Cramer, A. (2005). Measurement of changes in Empathy during Dental School. *Journal of Dental Education*. 69,338-45
- Simón V (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17,5-30
- Simón, V. (2010). Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Información psicológica*, 100, 162-70.
- Sos Tena, P. et al. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam [online].*, 12, 17-25.
- Specia, M., Carlson, L., Goodey, E. y Angen, M. (2000). A Randomized, Wait-List Controlled Clinical Trial: The Effect Of A Mindfulness Meditation-Based Stress Reduction Program On Mood And Symptoms Of Stress In Cancer Outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, 613-22.
- Spickard A Jr, Gabbe SG y Christensen JF. (2002). Mid-career Burnout in generalist and specialist physicians. *Journal of the American Medical Association*. 288, 1447-50.
- Spiro H. (2009) Commentary: The practice of empathy. *Academic Medicine*. 84,1177-9.
- Teasdale, J. Segal, Z. y Williams, M. (1995). How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse And Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help. *Behavior Research And Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J., Moore, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. (2002). Metacognitive Awareness And Prevention Of Relapse In Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
- Teasdale, J., Segal, Z. Y Williams, M., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. (2000). Prevention Of Relapse/Recurrence In Major Depression By

- Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-23.
- Terwee, C.B., Dekker, F.W., Wiersinga, W.M., Prummel, M.F., Bossuyt, P.M. (2003). On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research*, 12, 349-62.
- VI Encuesta nacional sobre condiciones de trabajo (2007).consultado 8/3/10en <http://www.oect.es/portal/site/Observatorio>
- Weibel, L., Gabrion, I., Aussedat, M. y Kreutz, G. (2003). Work-related stress in an emergency medical dispatch center. *Annals of Emergency Medicine*, 41, 500-6.
- Weinberg, A. y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *The Lancet*, 355, 533-537.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Willey.
- West CP, Tan AD, Habermann TM, Sloan JA y Shanafelt TD (2009). Association of resident fatigue and distress with perceived medical errors. *Journal of the American Medical Association*, 302, 1294-300.
- Williams, K.A., Kolar, M.M., Reger, B.E. y Pearson, J.C. (2001). Evaluation of a Wellness-Based Mindfulness Stress Reduction intervention: a controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15, 422-32.

**ANEXO 1**  
**Anuncio de la intervención**

---

## **LA PRÀCTICA DE LA CONSCIÈNCIA PLENA PER A PROFESSIONALS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA**

**Nou projecte de l'Institut d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP- Jordi Gol)**

**Si ets professional d'Atenció Primària i et preocupa prevenir el Burnout... T'oferim de participar en una investigació que inclou estratègies efectives:**

- Per reduir l'estrès
- Cuidar-te millor
- Regular les emocions negatives
- Procurar la teva salut
- Millorar la competència clínica

**En què consisteix la investigació?**

- Un programa de formació breu i intensiu de 8 setmanes (1 sessió setmanal).
- Les sessions seran en grups reduïts per assegurar una bona formació.

**Què oferim als professionals participants en l'estudi:**  
Certificat que acredita formació i recerca i que puntua per la carrera professional

**Si vols conèixer i/o participar en l'estudi vine a la conferència de presentació:**

Dijous 16 de setembre a les 13h (auditori de l'ICS, 1<sup>a</sup> planta)  
Dimecres 6 d'octubre a les 19:30 (auditori de l'ICS, 1<sup>a</sup> planta)

**Per més informació i inscripcions:**  
[aberenguera@idiapjgol.org](mailto:aberenguera@idiapjgol.org)

Full ampliació informació (+)

Web del professor Andrés Martín (+)

**ANEXO 2**  
**Información y Consentimiento informado**

---

## **ESTUDIO DE INTERVENCIÓN SOBRE MINDFULNESS EN MEDICINA**

### **HOJA INFORMATIVA PARA EL PARTICIPANTE**

**Querido/da Señor/a,**

Le invitamos a participar en un estudio de intervención sobre la Conciencia Plena la Práctica Médica. Antes de confirmar su participación en este estudio, es importante que entienda en que consiste. Por favor, lea detenidamente este documento, del cual usted se quedará una copia y haga todas las preguntas que considere oportunas a los profesionales responsables de este estudio, que ha recibido la aprobación de un comité científico y ético.

#### **Objetivo del estudio**

El objetivo principal del estudio es analizar si una intervención educativa basada en la Comunicación y en la Conciencia Plena (Mindfulness) es eficaz para reducir el estrés de los médicos de atención primaria, disminuyendo su malestar psicológico y el Burnout, mejorando la Empatía y así sus actitudes hacia los pacientes.

**Participación voluntaria** - Su participación es totalmente voluntaria.

#### **Procedimientos del estudio**

Si usted acepta participar, debe saber que deberá asistir a las sesiones, salvo causa justificada, realizar los ejercicios que se le propongan, como ejercicios de relajación, estiramientos o ejercicios de meditación (salvo que aquellos ejercicios que no sean adecuados para su condición física) y rellenar los formularios de control y registros que se le indique, dentro del marco del proyecto.

#### **Beneficios y riesgos esperados**

Los beneficios esperados de participar en estudio se concretan en la mejora de la práctica médica, reducción del estrés o el malestar psicológico. Si decide participar, una vez finalizado el estudio se le proporcionará información sobre sus resultados.

#### **Confidencialidad**

Le garantizamos que sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad siguiendo la ley Orgánica que regula la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre) y que se utilizarán exclusivamente para las finalidades de esta investigación. Usted tiene derecho a pedir en cualquier momento que se eliminen los registros de sus datos personales, si nos lo comunica por escrito a la dirección indicada más abajo.

En las listas de trabajo solo constará el número que le haya sido asignado en el estudio y un número de teléfono para citarlo en las visitas posteriores.

En el informe final del estudio y en el momento de comunicarle a la comunidad científica se mantendrá la confidencialidad y el anonimato.

**Responsabilidad del estudio**

El equipo investigador asume la responsabilidad del estudio. Si desea hacer alguna pregunta o aclarar algún tema relacionado con el estudio o si precisa ayuda por cualquier problema de salud relacionado con el estudio, por favor, no dude a ponerse en contacto con: Sra. Laura Prat (Tlf93 482.46.45) o con Sra. Anna Berenguera, IDIAP J. Gol, G. Via de les Corts Catalanes, 587 àtic, 08007 Barcelona.

El equipo investigador le agradece sinceramente su inestimable participación

## CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN

**Título del Proyecto:** Efectividad de un programa educativo en Comunicación Consciente (Mindful Communication) para la reducción del Estrés y la mejora de la relación médico-paciente

**Investigador Principal:** Andrés Martin Asuero

**Centro:** IDIAP- Jordi Gol

**Dirección::** Gran Via de les Corts Catalanes, 587 àtic – 08007 Barcelona

**Teléfono de contacto:** 93 482 46 45 ( Laura Prats)

*Marque todas las casillas*

- Confirmando que he leído la hoja informativa como participante en el presente estudio, así como esta hoja de consentimiento informado.
- Entiendo que no tengo la obligación de participar en este estudio, que puedo retirarme en cualquier momento sin dar explicaciones del motivo y que la decisión de no participar no tendrá ninguna consecuencia desfavorable para mí, ni tampoco afectará en ninguno de los servicios que recibo.
- Entiendo que la información obtenida será introducida en una base de datos para su posterior análisis informático y será tratado de manera estrictamente confidencial por sus investigadores.
- Entiendo que no me identificarán en el informe escrito del estudio.
- Confirmando que he entendido la información recibida y estoy de acuerdo a participar en este estudio.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Andrés Martin Asuero  
Nombre del investigador

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma



**ANEXO 3**  
**Cuestionarios utilizados**

---

### ANEXO 3.1- Cuestionarios utilizados-MBI

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:

- |                           |                               |
|---------------------------|-------------------------------|
| 0= NUNCA                  | 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS |
| 2= UNA VEZ AL MES O MENOS | 3= UNAS POCAS VECES AL MES    |
| 4= UNA VEZ A LA SEMANA    | 5= POCAS VECES A LA SEMANA    |
| 6= TODOS LOS DÍAS         |                               |

- 1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo. ....
- 2.- Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.....
- 3.- Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado.....
- 4 - Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.....
- 5.- Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales...
- 6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.....
- 7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.....
- 8.- Siento que mi trabajo me está desgastando.....
- 9.- Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.....
- 10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.....
- 11.- Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....
- 12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.....
- 13.- Me siento frustrado en mi trabajo.....
- 14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.....
- 15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.....
- 16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.....
- 17.- Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.....

- 18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes...
- 19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.....
- 20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.....
- 21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.....
- 22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.....

### ANEXO 3 .2- CUESTIONARIO POMS :

Más abajo hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor, lea una cuidadosamente. Después rodee con un círculo uno de los números que hay al lado, teniendo en cuenta el que mejor describa como se ha sentido durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy

Los números significan

0= Nada      1= Un poco      2= Moderadamente      3= Bastante  
4= Muchísimo

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Muchísimo
1. Intranquilo					
2. Desemparado					
3. Sin fuerzas					
4. Lleno de energía					
5. Molesto					
6. Agitado					
7. Desdichado					
8. Cansado					
9. Animado					
10. Enfadado					
11. Tenso					
12. Triste					
13. Fatigado					
14. Activo					
15. De mal genio					

### ANEXO 3.3 – Cuestionario JSPE

En relación con su trabajo en atención sanitaria, indique su grado de acuerdo o desacuerdo en cada una de las siguientes oraciones seleccionando el nivel adecuado, de acuerdo con la siguiente escala de 1 a 7.

		Totalmente en desacuerdo						Totalmente de acuerdo
		1	2	3	4	5	6	7
1	Mi comprensión de los sentimientos de mi paciente y sus familiares es un factor irrelevante en el tratamiento médico.							
2	Mis pacientes se sienten mejor cuando yo comprendo sus sentimientos.							
3	Es difícil para mí ver las cosas desde la perspectiva de mis pacientes.							
4	Considero que el lenguaje no verbal de mi paciente es tan importante como la comunicación verbal en la relación médico paciente.							
5	Tengo un buen sentido del humor que contribuye a un mejor resultado clínico.							
6	La gente es diferente, lo que me hace imposible ver las cosas desde la perspectiva de mi paciente.							
7	Trato de no poner atención a las emociones de mis pacientes durante la entrevista e historia clínica.							
8	La atención a las experiencias personales de mis pacientes es irrelevante para la efectividad del tratamiento							
9	Trato de ponerme en el lugar de mis pacientes cuando les estoy atendiendo							
10	Mi comprensión de los sentimientos de mis pacientes les da una sensación de validez que es terapéutica por sí misma.							
11	Las enfermedades de mis pacientes solo pueden ser curadas con tratamiento médico; por tanto, los lazos afectivos con mis pacientes no tienen un valor significativo en este contexto.							
12	Considero que preguntarles a mis pacientes de lo que está sucediendo en sus vidas es un factor sin importancia para entender sus molestias físicas.							
13	Trato de entender que está pasando por la mente de mis pacientes, poniendo atención a su comunicación no verbal y al lenguaje corporal							
14	Creo que las emociones no tienen lugar en el tratamiento de una enfermedad médica.							
15	La Empatía es una habilidad terapéutica sin la cual mi éxito como médico puede estar limitado.							
16	Un componente importante de la relación con mis pacientes es mi comprensión de su estado emocional y el de sus familias.							
17	Trato de pensar como mis pacientes para poder darles un mejor cuidado.							
18	No me permito ser afectado por las intensas relaciones sentimentales entre mis pacientes con sus familias.							
19	No disfruto de leer literatura no médica o arte.							
20	Creo que la Empatía es un factor terapéutico en el tratamiento médico.							
.								
.	<b>Muchas gracias por su colaboración.</b>							

### ANEXO 3.4- CUESTIONARIO FFMQ

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse 1 2 3 4 5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos. 1 2 3 4 5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas. 1 2 3 4 5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos. 1 2 3 4 5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente 1 2 3 4 5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo. 1 2 3 4 5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas. 1 2 3 4 5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo. 1 2 3 4 5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos. 1 2 3 4 5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento. 1 2 3 4 5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones. 1 2 3 4 5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento. 1 2 3 4 5
13. Me distraigo fácilmente 1 2 3 4 5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así. 1 2 3 4 5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara. 1 2 3 4 5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento 1 2 3 4 5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos. 1 2 3 4 5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente. 1 2 3 4 5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me 1 2 3 4 5

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

atrape.

20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan 1 2 3 4 5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar inmediatamente 1 2 3 4 5
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas. 1 2 3 4 5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago. 1 2 3 4 5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo. 1 2 3 4 5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso. 1 2 3 4 5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas. 1 2 3 4 5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras. 1 2 3 4 5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas. 1 2 3 4 5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar 1 2 3 4 5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentir las. 1 2 3 4 5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras. 1 2 3 4 5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras. 1 2 3 4 5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar 1 2 3 4 5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago. 1 2 3 4 5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido. 1 2 3 4 5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta 1 2 3 4 5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle. 1 2 3 4 5

38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención. 1 2 3 4 5  
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales. 1 2 3 4 5



**ANEXO 4**  
**Cuestionarios de evaluación**

---

ANEXO 4.1-  
CUESTIONARIO  
DE Evaluación ,  
fase intensiva

Lugar...

FECHA...

## EVALUACIÓN DEL PROGRAMA MINDFULNESS 1ª Parte

Le agradecemos que rellene estos formularios.  
Nos ayudará a mejorar el programa  
Somos conscientes de la naturaleza personal de esta información.  
Esté seguro que estos datos se mantendrán en estricta  
confidencialidad.

Nombre.....

## Evaluación del Programa Mindfulness en Medicina -

Señale aquella respuesta que mejor describe su situación. Solo una respuesta a cada pregunta.  
Fíjese que algunas preguntas tratan de cómo se encuentra usted ahora en relación a como se encontraba antes de tomar este curso.

B- En general, ¿qué tal se siente ahora, en comparación con su situación antes del curso?.

- 1 Mucho peor que antes
- 2 Algo peor que antes
- 3 Sin diferencia
- 4 Algo mejor que antes, mejor en ciertos aspectos.
- 5 Mucho mejor, una gran mejora.

C- ¿Cómo se siente en relación con su energía, en general, en comparación con su situación antes del curso?.

- 1 Mucho peor que antes, menos energía.
- 2 Algo peor que antes, algo menos.
- 3 Sin diferencia
- 4 Algo mejor que antes, más energía.
- 5 Mucho mejor, una gran mejora.

D- ¿Cual es su grado de actividad actual comparado con el que tenía antes de empezar el curso? .

- 1 Mucho peor que antes, menos activo.
- 2 Algo peor que antes, algo menos.
- 3 Sin diferencia
- 4 Algo mejor que antes, haciendo nuevas cosas.
- 5 Mucho mejor, una gran mejora en mi capacidad de hacer cosas.

Podría indicar algunos detalles ese cambio del grado de actividad.

.....  
.....  
.....  
.....

F) ¿Cree que ha aprendido algo de valor o algo importante durante este curso ?.

- 1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_ 3-No estoy seguro \_\_\_\_\_

G) Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar a que se refiere.

.....  
.....  
.....

H) En la siguiente escala ¿podría dar un valor al curso?  
**siendo 1 para ningún valor y 10 para el máximo.**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I) ¿Sigue usted practicando la meditación ? 1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_

j) En caso afirmativo, ¿con que frecuencia ?  
1\_\_\_\_\_ Diariamente, o casi  
2\_\_\_\_\_ 3 veces o mas por semana.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 3 veces por semana.  
4\_\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

K) ¿Cuando practica meditación, durante cuanto tiempo suele ser ?  
1\_\_\_\_\_ Media hora o más  
Entre 15 y 30  
2\_\_\_\_\_ minutos.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 15 mi

L) ¿Cual de las técnicas utiliza con mayor frecuencia ?  
1\_\_\_\_\_ Tumbado Exploración del cuerpo  
2\_\_\_\_\_ Tumbado Exploración del cuerpo  
3\_\_\_\_\_ Meditación guiada, sentado, con  
4\_\_\_\_\_ Sentado, atención en la respiración  
5\_\_\_\_\_ Sentado, aten.respir/sensaciones

M) ¿Sigue practicando los ejercicios de Yoga ? 1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_

N) ¿En caso afirmativo, con que frecuencia ?  
1\_\_\_\_\_ Diariamente, o casi  
2\_\_\_\_\_ 3 veces o mas por semana.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 3 veces por semana.  
4\_\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

Ñ) ¿Utiliza la atención en la respiración en su vida cotidiana ?  
1\_\_\_\_\_ Frecuentemente  
2\_\_\_\_\_ A veces  
3\_\_\_\_\_ Rara vez  
4\_\_\_\_\_ Nunca

O) ¿Qué utilidad ha tenido la Atención a la Respiración para su capacidad de manejarse en situaciones estresantes?

1\_\_\_\_\_ Muy útil  
2\_\_\_\_\_ Alguna utilidad  
3\_\_\_\_\_ Poco útil.  
4\_\_\_\_\_ Ninguna utilidad.

P) ¿Ha realizado algún cambio en su estilo de vida por el curso ? 1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar a que se refiere.

.....  
.....  
.....

Q) ¿Piensa que por la mayor atención, desarrollada por la meditación, puede haber cambiado su relación

con sus pensamientos o con sus sentimientos, o quizás sus reacciones ?

1-S

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar como.

.....  
.....  
.....

R) Indique por favor, en que grado ha cambiado su actitud ante las siguientes cosas como resultado del c

Asigne un numero de 1 a 4 de acuerdo con la siguiente escala ;

4 - Indicando un  
positivo  
3 - Indicando alg  
2 - Indicando qu  
1 - Indicando un

- 2 Mi organización del tiempo..... -----
- 6 Sentir que puedo expresar mis necesidades y sentimientos en mis relaciones inter-personales..... -----
- 7 Mis comunicaciones con otras personas..... -----
- 8 Mis comunicaciones con los pacientes..... -----
- 9 Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes..... -----
- 11 Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida..... -----

**Muchas gracias por rellenar este cuestionario.**

## EVALUACIÓN FINAL PROGRAMA MINDFULNESS EN MEDICINA

Le agradecemos que rellene estos formularios.  
Nos ayudará a mejorar el programa  
Somos conscientes de la naturaleza personal de esta información.  
Esté seguro que estos datos se mantendrán en estricta  
confidencialidad.

Nombre.....

Grupo seleccione - Mañanas o Tardes    Fecha (hoy) .....

## Evaluación del Programa Mindfulness en Medicina -

Señale aquella respuesta que mejor describe su situación. Solo una respuesta a cada pregunta. Fíjese que algunas preguntas tratan de cómo se encuentra usted ahora en relación a como se encontraba antes de tomar este curso.

B- En general, ¿qué tal se siente ahora, en comparación con su situación antes del programa?.

- 1 Mucho peor que antes
- 2 Bastante peor que antes
- 3 Igual
- 4 Bastante mejor que antes
- 5 Mucho mejor que antes

C- ¿Cómo se siente en relación con su eficacia, en general, en comparación con su situación antes del programa?.

- 1 Mucho peor que antes
- 2 Bastante peor que antes
- 3 Igual
- 4 Bastante mejor que antes
- 5 Mucho mejor que antes

D- ¿Cual es su grado de atención actual comparado con el que tenía antes de empezar el curso? .

- 1 Mucho peor que antes
- 2 Bastante peor que antes
- 3 Igual
- 4 Bastante mejor que antes
- 5 Mucho mejor que antes

Podría indicar algunos detalles ese cambio del grado de atención.

.....  
.....  
.....  
.....

F) ¿Cree que ha aprendido algo de valor o algo importante durante TODO EL PROGRAMA ?.

- 1-Si \_\_\_\_\_
- 2-No\_\_\_\_\_
- 3-No estoy seguro \_\_\_\_\_

G) Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar a que se refiere.

.....  
.....  
.....

H) En la siguiente escala ¿podría dar un valor a TODO EL PROGRAMA?

siendo 1 para ningún valor y 10 para el máximo.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

I) ¿Sigue usted practicando la meditación ?

1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_

j) En caso afirmativo, ¿con que frecuencia ?

1\_\_\_\_\_ Diariamente,  
2\_\_\_\_\_ 3 veces o más por semana.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 3 veces por semana.  
4\_\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

K) ¿Cuando practica meditación, durante cuanto tiempo suele ser ?

1\_\_\_\_\_ Más de 30 minutos.  
2\_\_\_\_\_ Entre 15 y 30 minutos.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 15 minutos.

L) ¿Cual de las técnicas utiliza con mayor frecuencia ?

1\_\_\_\_\_ Tumbado Exploración del cuerpo con CD 1.  
2\_\_\_\_\_ Tumbado Exploración del cuerpo **sin CD**.  
3\_\_\_\_\_ Meditación guiada, sentado, con CD 3.  
4\_\_\_\_\_ Meditación guiada, sentado, **sin CD**  
5\_\_\_\_\_ Sentado, atención en la respiración **sin CD**.

M) ¿Sigue practicando Yoga/Estiramientos ?

1-Si \_\_\_\_\_ 2-No\_\_\_\_\_

N) En caso afirmativo, ¿con que frecuencia ?

1\_\_\_\_\_ Diariamente,  
2\_\_\_\_\_ 3 veces o más por semana.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 3 veces por semana.  
4\_\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

O) ¿Cuando practica Yoga/estiramientos, durante cuanto tiempo suele ser ?

1\_\_\_\_\_ Más de 30 minutos.  
2\_\_\_\_\_ Entre 15 y 30 minutos.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 15 minutos.

P) ¿Utiliza la atención en la respiración en su vida cotidiana, en situaciones variadas ?

1\_\_\_\_\_ Diariamente,  
2\_\_\_\_\_ 3 veces o mas por semana.  
3\_\_\_\_\_ Menos de 3 veces por semana  
4\_\_\_\_\_ Menos de una vez por semana

Q) ¿Piensa que por la mayor atención, desarrollada por la meditación, puede haber cambiado su relación con sus pensamientos o con sus sentimientos, o quizás sus reacciones ?

1-Si \_\_\_\_\_ 2- No\_\_\_\_\_

Si ha respondido positivamente a la anterior pregunta, podría indicar como.

.....  
.....



.....

R) Indique por favor, en que grado ha cambiado su actitud ante las siguientes cosas como resultado del curso. Asigne un numero de 1 a 4 de acuerdo con la siguiente escala ;

4 - Indicando un gran cambio positivo  
 3 - Indicando algún cambio positivo  
 2 - Indicando que no hay cambio  
 1 - Indicando un cambio negativo

- 1 Cuidarme mejor en la práctica.....
- 2 La calidad o eficacia de mi trabajo.....
- 3 Sentir que puedo expresar mis necesidades y sentimientos en mis relaciones interpersonales.....
- 4 Mis comunicaciones con los pacientes.....
- 5 Mis comunicaciones con otros profesionales (equipo).....
- 6 Manejarme adecuadamente en situaciones estresantes.....
- 7 La satisfacción por mi trabajo.....
- 8 Ser capaz de corregir algunos hábitos de mi vida.....

S) Recomendaría el Programa a sus colegas SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ DEPENDE \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por rellenar este cuestionario.**

**ANEXO 5**  
**Informe del comité ético**

---

## Anexo 6 – Informe del comité ético



### INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Gemma Rodríguez Palomar, secretaria del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del l'IDIAP Jordi Gol i Gurina.

#### **CERTIFICA:**

Que aquest Comitè en la reunió del dia 21 de Juliol de 2010, després d'avaluar per petició del Investigador Principal Pau Gràcia, el projecte d'investigació (P10/58) titulat: **Efectividad de un programa educativo en Comunicación Consciente (Mindful Communication) para la reducción del Estrés y la mejora de la relación médico-paciente**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona a 22 de Juliol de 2010.