



ORIGINAL

Aplicación de un programa de *mindfulness* en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el *burnout*, la empatía y la autocompasión



R.M. Gracia Gozalo^{a,b,*}, J.M. Ferrer Tarrés^c, A. Ayora Ayora^d, M. Alonso Herrero^d, A. Amutio Kareaga^e y R. Ferrer Roca^{a,b}

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación de Shock, Disfunción Orgánica y Resucitación (SODIR-VHIR), Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^c Dirección de Calidad, Docencia e Investigación, Fundació Sanitària de Mollet, Mollet del Vallès, Barcelona, España

^d Unidad de Prevención de Riesgos Laborales, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^e Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), San Sebastián, España

Recibido el 17 de noviembre de 2017; aceptado el 4 de febrero de 2018

Disponible en Internet el 12 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Conciencia plena;
Atención plena;
Desgaste profesional;
Profesionales sanitarios;
Medicina intensiva

Resumen

Objetivo: Evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en *mindfulness* sobre el *burnout*, el *mindfulness*, la empatía y la autocompasión en profesionales de la salud de un servicio de medicina intensiva de un hospital terciario.

Diseño: Estudio longitudinal de diseño intrasujeto pre-post intervención.

Ámbito: Servicio de medicina intensiva de un hospital de tercer nivel de referencia.

Participantes: Treinta y dos participantes (médicos, enfermeras y técnicos auxiliares de enfermería).

Intervención: Se presentó la intervención en forma de sesión clínica/taller acerca de la práctica de *mindfulness* y sus utilidades. Se ofreció la posibilidad de seguir un programa de entrenamiento de 8 semanas en prácticas breves guiadas diseñado específicamente y creando una comunidad virtual mediante un grupo de WhatsApp. Se envió una propuesta semanal en formato audio y texto y recordatorios diarios y mensajes estimulantes de la práctica.

Variables principales: Se realizaron distintas mediciones psicométricas mediante autocuestionarios: *Burnout* (MBI), *mindfulness* (FFMQ), empatía (Jefferson) y autocompasión (SCS) antes y después del seguimiento del programa y variables sociodemográficas y laborales.

Resultados: En los factores que inciden sobre el *burnout* disminuyó el nivel de cansancio emocional (−3,78 puntos, $p=0,012$). Los niveles de *mindfulness* mediante FFMQ no se modificaron

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmgracia@vhebron.net (R.M. Gracia Gozalo).

KEYWORDS

Mindfulness;
Burnout;
 Health care
 professionals;
 Critical care

globalmente, aunque aumentaron los factores «observación» y «ausencia de reactividad». La empatía no se vio modificada y se incrementaron los niveles de autocompasión (3,7 puntos, $p=0,001$). Los niveles de satisfacción y seguimiento del programa fueron muy altos.

Conclusiones: Este programa, en la población descrita, mostró un descenso del cansancio emocional y un aumento de la autocompasión, factores que pueden producir bienestar e incidir en el *burnout* de este colectivo vulnerable.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. Todos los derechos reservados.

Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion

Abstract

Objective: To evaluate the effect of a mindfulness training program on the levels of burnout, mindfulness, empathy and self-compassion among healthcare professionals in an Intensive Care Unit of a tertiary hospital.

Design: A longitudinal study with an intrasubject pre-post intervention design was carried out.

Setting: Intensive Care Unit of a tertiary hospital.

Participants: A total of 32 subjects (physicians, nurses and nursing assistants) participated in the study.

Intervention: A clinical session/workshop was held on the practice of mindfulness and its usefulness. The possibility of following an 8-week training program with specifically designed short guided practices supported by a virtual community based on a WhatsApp group was offered. A weekly proposal in audio and text format and daily reminders with stimulating messages of practice were sent.

Main measurements: Various psychometric measures were self-reported: burnout (MBI), mindfulness (FFMQ), empathy (Jefferson) and self-compassion (SCS), before and after the training program. Demographic and workplace variables were also compiled.

Results: Among the factors affecting *burnout*, the level of emotional exhaustion decreased (-3.78 points; $P=.012$), mindfulness levels measured by the FFMQ were not globally modified, though “observation” and “non-reacting” factors increased. Empathy was not modified, and self-compassion levels increased (3.7 points; $P=.001$). Satisfaction and program adherence levels were very high.

Conclusions: In the population described, this program showed a decrease in emotional exhaustion and an increase in self-compassion —these being factors that can produce well-being and exert a positive impact upon burnout in this vulnerable group.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SEMICYUC. All rights reserved.

Introducción

El ser humano pasa gran parte de su vida en el entorno laboral, y aunque lo deseable sería que su vivencia tuviera todos los atributos para ser juzgada como satisfactoria, es probable que no sea así en todos los casos.

El medio laboral genera demandas sobre el individuo. Aunque cierto grado de estrés puede ayudar en un momento determinado a permanecer más focalizado en una tarea concreta y tal vez resolverla, de forma crónica y excesiva va a ejercer un efecto abrumador que tendrá consecuencias negativas si llega a superar la capacidad adaptativa del sujeto para darle respuesta.

El desgaste profesional o síndrome de *burnout* es una reacción normal, aunque no deseable, ante un estresor emocional e interpersonal laboral crónico¹. Se ha descrito en todas las profesiones y especialmente en aquellas que desempeñan relaciones de ayuda, alertando algunos

estudios de su relevancia y riesgo de desarrollo en el ámbito de la medicina intensiva con cifras que pueden ser superiores al 50% de los profesionales^{2,3}. Ante ello, algunas sociedades científicas americanas de la especialidad han desarrollado un posicionamiento oficial conjunto, revisando sus criterios diagnósticos, prevalencia, factores causales, consecuencias y discutiendo potenciales intervenciones que pueden ser de utilidad para prevenirlo y mitigarlo⁴⁻⁶. Las consecuencias del desgaste profesional van a incidir tanto en los profesionales como en su capacidad para cuidar y tratar adecuadamente a sus pacientes⁷.

Entre el personal de enfermería de estas unidades destaca que algunas de las condiciones de su puesto de trabajo, como pueden ser la percepción de no poder tomar decisiones, la colaboración en tratamientos que resultan inútiles y el ser testigos mudos en conversaciones sobre decisiones morales complejas, pueden producir una sintomatología que se solapa con la del desgaste profesional. Esta

sintomatología es hoy reconocida como fruto de otros trastornos psicosociales como son el distrés moral (la sensación de que no se están proporcionando los cuidados apropiados) y la *fatiga de compasión*⁸, que pueden también repercutir sobre el cuidado del paciente e incluso llevar al abandono del puesto de trabajo y sobre los que se han ensayado medidas para su abordaje^{9,10} con resultados prometedores.

Ante todo ello es necesario implementar estrategias de mejora del clima laboral. Estas actuaciones deben atender en primer lugar las condiciones de trabajo (descansos, cargas, remuneración, medio ambiente saludable). No obstante, no hay que ignorar la importancia de desarrollar recursos internos individuales de afrontamiento (resiliencia, flexibilidad cognitiva y autoconciencia) ante las condiciones estresantes, de alto impacto emocional e incertidumbre que se viven de forma cotidiana en estas unidades.

En este contexto, sería deseable que las organizaciones fueran más proclives a incorporar iniciativas que ayuden a desarrollar los recursos internos de sus profesionales y así contribuir a fomentar entornos mentalmente más saludables. El entrenamiento en *mindfulness*, como herramienta de bienestar personal que ha demostrado su eficacia en la clínica¹¹, irrumpe con este objetivo como práctica en el ámbito laboral. Se dispone ya de un importante número de publicaciones que recogen su uso y su acción en el desempeño profesional¹²⁻¹⁴. Ciertas corporaciones, como Google, Mayo Clinic y la U.S. Army, hacen alarde de haber implementado entrenamiento *mindfulness* entre sus profesionales para mejorar tanto su bienestar como su rendimiento laboral¹⁵. Un país entero, Gran Bretaña, ha recogido la iniciativa parlamentaria de difundir *mindfulness* en varias esferas empezando por la laboral (*Mindful at Work*) dentro de una estrategia nacional más amplia (*Mindful-Nation-UK*). (<http://www.themindfulnessinitiative.org.uk/>).

En el ámbito de la medicina intensiva hay algunas experiencias publicadas en cuanto a la efectividad de programas de *mindfulness* sobre variables biológicas y psicológicas de estrés en profesionales de las unidades de cuidados intensivos (UCI)¹⁶⁻¹⁸.

¿En qué consiste el *mindfulness*? *Mindfulness* se asocia con la tradición budista, al ser utilizada esta palabra en 1881 para la traducción al inglés del término «*sati*» de la lengua hindú pali, un término polisémico que incluye los conceptos de atención, comprensión y recuerdo y que hace referencia a una instrucción budista como medio para el conocimiento. Sin embargo, desde mediados de los ochenta estas prácticas se han combinado con planteamientos de la psicología moderna y se han desarrollado como un entrenamiento secular, alejado del budismo, que es objeto de investigación científica¹⁹. Así, se considera que *mindfulness* es aquella capacidad del ser humano que le permite focalizar su atención a la experiencia en el momento presente, tanto a lo que experimenta en su interior como al entorno, con una actitud de apertura, curiosidad, aceptación y amabilidad²⁰. De este modo puede ser entendida también como una habilidad metacognitiva, un rasgo o actitud que se puede elegir cultivar. También se utiliza el término para referirse a las prácticas para desarrollar esta habilidad. Estas prácticas se han estructurado en programas específicos que han mostrado su eficacia en entornos clínicos, para el control del estrés —*Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) y

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT)— y en la prevención de las recaídas de la depresión mayor²¹.

No existen en el campo laboral modelos de entrenamiento estandarizados en *mindfulness* y se han aplicado estrategias de duración y diseño diversos. La mayoría son en forma de intervenciones de 8 semanas de forma presencial en sesiones de duración variable. En ellas, además de un importante contenido teórico psicoeducativo en relación con el estrés y las emociones, la práctica se realiza de forma grupal, se destina un tiempo al intercambio de experiencias y se insta a los sujetos a que realicen prácticas personales diarias suministrándoles materiales diversos^{16,17,22}. Todo ello está dirigido a desarrollar la conciencia de los propios pensamientos, emociones y reacciones fisiológicas experimentadas en la vida diaria. Los argumentos para su utilización son los efectos positivos que se han documentado sobre funciones psicológicas, como la atención (al aumentar la estabilidad, el control y la eficiencia atencional), la cognición (incremento de la flexibilidad cognitiva y creatividad), las emociones (disminución de la reactividad e incremento del tono emocional positivo), el comportamiento (reduciendo la automatidad e incrementando la autorregulación) y sobre variables fisiológicas (disminución de la respuesta al estrés)^{13,23,24}.

De forma general podríamos decir que los programas basados en *mindfulness* conducen a cambios en la actitud de los participantes hacia sus pensamientos, sensaciones y emociones, cambios psicológicos que parecen tener correlatos neuroanatómicos^{25,26}.

En los profesionales sanitarios su aplicación iría más allá del ámbito individual del trabajador, fortaleciendo habilidades que son claves en la relación terapéutica²⁷⁻²⁹. En nuestro país se han realizado diversas experiencias, fundamentalmente en el entorno de la atención primaria^{13,14,30}. En medicina intensiva son escasas³¹, aunque hay alguna publicada que se ha llevado a cabo en nuestro país¹⁸.

En el contexto de la medicina intensiva, de alta intensidad emocional y características laborales muy propias, las intervenciones formativas deben plantearse de forma adaptada. La alta rotación de profesionales, turnos de trabajo no fijos, trabajo en festivos, guardias de larga duración para el colectivo médico y altos requerimientos de formación continuada en habilidades técnicas hacen que una nueva intervención deba ser cuidadosamente pensada para ser adaptada a este entorno.

El objetivo de este trabajo es evaluar los efectos sobre los niveles de *burnout*, estado *mindfulness*, empatía y auto-compasión, así como la aplicabilidad y la satisfacción de un programa de prácticas breves de *mindfulness* específicamente diseñado y utilizando herramientas digitales de apoyo, en profesionales sanitarios de un servicio de medicina intensiva de un hospital terciario.

Participantes y métodos

Se realizó un estudio longitudinal con diseño intrasujeto pre-post intervención en un servicio de medicina intensiva medicoquirúrgico de un hospital de tercer nivel de referencia.

Para una capacidad instalada de hasta 40 camas, el servicio cuenta con una plantilla asistencial médica de 26

médicos adjuntos (en horario de 8:00 a 17:00h y algunos como refuerzos de guardias) y 15 médicos residentes de la especialidad. La plantilla de enfermería consta de aproximadamente 80 enfermeras y 50 técnicos auxiliares de enfermería distribuidos en dos turnos de 12 h diurnos y dos nocturnos que trabajan a días alternos. Están además adscritos al servicio 6 celadores y 3 administrativas.

Se realizó una sesión clínica para todos los médicos y para un turno diurno de enfermería y personal auxiliar de la unidad, a la que asistieron un total de 53 profesionales. De entre estos, 21 (39,6%) médicos, 17 (32,1%) enfermeras, 14 (26,4%) técnicos auxiliares de cuidados de enfermería (TCAI) y 1 (1,9%) celador. En ella se explicó en qué consiste la práctica de *mindfulness*, sus fundamentos, sus utilidades, su evidencia científica, y se realizaron dos prácticas breves. Se les ofreció participar en un estudio para evaluar el efecto de un programa de entrenamiento en *mindfulness* durante 8 semanas mediante prácticas breves. Un total de 32 profesionales decidieron participar en él voluntariamente: 8 (25,0%) médicos, 13 (40,6%) enfermeras y 11 (34,4%) TCAI.

Medidas e instrumentos de evaluación

Se recogieron las variables mediante los cuestionarios siguientes:

- *Datos sociodemográficos y laborales*. Edad (menor o igual a 35/36-50/más de 50); sexo; estado civil (soltero/en pareja); número de hijos; estamento profesional (médico/enfermera/TCAI); años trabajados en UCI (menos de 5/5-15/más de 15); experiencia en *mindfulness*/meditación (sí/no).
- *Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey* (MBI-HS). El *burnout* o desgaste profesional se midió con la versión española validada del MBI-HS³². Es un instrumento de evaluación psicológica en el que se plantean una serie de enunciados sobre los pensamientos y sentimientos de un individuo en relación con su trabajo. Mide tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional (CE), que hace referencia a la pérdida de recursos emocionales ante el trabajo, con un máximo de 54 puntos; despersonalización (DP), que describe una respuesta fría o insensible hacia las personas a quienes se presta atención, con un máximo de 30 puntos, y realización personal (RP), que describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, con una puntuación máxima de 48. No hay puntos de corte para medir la existencia o no de desgaste profesional, pero el síndrome se define por cifras altas de agotamiento emocional y despersonalización y bajas en realización personal.
- *Five Facets of Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) validada al castellano³³. Mide la tendencia general a proceder con atención plena en el día a día a partir de cinco habilidades o factores: «Observación» se refiere a la capacidad de observar y atender a las experiencias internas y externas, sean las sensaciones, las emociones o los pensamientos; «Descripción» se refiere a etiquetar las experiencias con palabras; «Actuando con consciencia» describe la capacidad de focalizar la atención consciente sobre cada actividad, como opuesto a actuar mecánicamente; «Ausencia de juicio» explora la toma de posición

no evaluativa o enjuiciadora frente a las experiencias del presente, y «Ausencia de reactividad» se refiere a la tendencia a permitir que los sentimientos y emociones puedan fluir, sin verse atrapado por ellos o sin rechazarlos. Valores más altos indican mayor conciencia plena, atención plena o *mindfulness*.

- *Escala de Empatía de Jefferson* validada al castellano³⁴. Mide la orientación empática definida como la capacidad de ponerse en el lugar de los demás, mayor cuanto más alto es el puntaje; va desde 20 a 140 puntos.
- *Self-Compassion Scale*, o escala de autocompasión SCS, utilizando la versión corta de 12 ítems validada en castellano³⁵. Mide cómo actúa el sujeto habitualmente frente a sí mismo en momentos difíciles. Explora las habilidades enfocadas en desarrollar una actitud de comprensión empática hacia nosotros mismos ante el fracaso o cuando nos sentimos inadecuados, en lugar de autocriticarnos o castigarnos. Tiene tres subescalas principales: auto-amabilidad (entendida como la calidez hacia uno mismo), humanidad común o humanidad compartida (el reconocer que el sufrimiento y las dificultades no nos ocurren solo a nosotros sino que son parte común e inevitable en la experiencia humana, evitando el sentimiento de aislamiento y la autoconmiseración), y *mindfulness* (que en esta subescala hace referencia a un concepto cercano al descentramiento, como la capacidad de experimentar emociones y pensamientos dolorosos de forma equilibrada sin sobreidentificarse y a la vez sin evitarlos o negarlos).

Descripción de la intervención

Se explicó en una sesión clínica qué consiste la práctica *mindfulness*, los fundamentos, las utilidades, la evidencia científica, y se realizaron dos prácticas breves. Previamente se administraron los cuestionarios de recogida de datos y test psicométricos, garantizándose el anonimato y la confidencialidad.

Al finalizar la sesión, los asistentes mostraron su intención de participar o no en el programa de entrenamiento de 8 semanas. Los participantes debían estar dispuestos a formar parte de un grupo de WhatsApp y a recibir información a través de su correo electrónico.

El programa de intervención consistió en la propuesta de prácticas breves, de entre 5 y 8 min de duración, a lo largo de 8 semanas. La sesión clínica inicial y la conducción de la práctica la realizó un médico del servicio, acreditada como máster en *Mindfulness*, Meditación y Relajación por la Universitat de Barcelona. El lunes de cada semana recibieron vía WhatsApp un archivo de texto explicando el ejercicio y un fichero de audio que podían utilizar como meditación guiada. Disponían de una gradilla a modo de diario de práctica para que anotaran su seguimiento, como método de autoinforme. Cada día recibían un mensaje recordatorio de práctica en forma de frase motivadora, imagen o vídeo, en relación con el tema tratado durante esa semana.

El programa fue diseñado para permitir un entrenamiento individual, escogiendo el mejor momento y alentando a que realizara el ejercicio al menos una vez al día. No se contemplaron formalmente prácticas grupales. Las dudas se resolvieron de modo informal al ser la instructora uno de los miembros de staff del servicio. En contadas ocasiones se

Tabla 1 Estructura y contenido del programa

Sesión	Objetivos	Contenidos	Ejercicios
1	Introducción teórica y práctica al <i>mindfulness</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Bases teóricas • Orígenes y fundamentos • Posturas • Ámbitos de aplicación • Experiencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de tres minutos • Ejercicio de la «uva pasa»
2	Prácticas formales I Conocer la atención y anclaje interno en la respiración	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer el anclaje atencional • Conocer anclajes internos: respiración • Simbolismo del anclaje en la respiración 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a la respiración
3	Prácticas formales II Atención al cuerpo	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la técnica de la atención plena en el cuerpo • Percepción corporal • Efecto de la postura corporal sobre las sensaciones • Cultivo de la apertura y aceptación 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Body scan</i>
4	Prácticas formales III Atención a los pensamientos	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes de curiosidad, no juicio y aceptación • Técnicas cognitivas útiles para el trabajo de la atención a los pensamientos 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Insight meditation</i> o atención a los pensamientos
5	Prácticas informales	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la posibilidad de llevar la atención a la cotidianidad • Sentir en cada acción 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención a lo cotidiano
6	Conocer técnicas en movimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Movimiento consciente • Observación del tono corporal y la respiración durante el movimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 movimientos con plena conciencia
7	Conocer la potencialidad en la regulación emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Valencia y grado de activación de las emociones • Prácticas generativas I: desidentificación con las emociones, descentramiento, cambio en la perspectiva del yo • Técnicas cognitivas útiles para el trabajo con las emociones 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención con las emociones difíciles
8	Introducción a la compasión	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de compasión • Prácticas generativas II: valores de seguridad, fortaleza, humanidad compartida, interdependencia, amabilidad, compromiso, intencionalidad, optimismo 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tonglen</i> con uno mismo

pudo disponer de un momento de reunión para poder hacer práctica conjunta.

Las distintas prácticas propuestas en las diferentes sesiones se recogen en la [tabla 1](#).

Análisis de los datos

Para la descripción de la muestra se utilizaron variables demográficas y laborales de tipo categórico y cuantitativo. Las medidas usadas fueron: la frecuencia absoluta y la proporción para las variables categóricas, y la mediana y el percentil 25-75 para la variable cuantitativa. Los valores de estas variables y el resultado de los cuestionarios se segmentaron por grupo según realizasen o no el programa. Se analizó si los resultados obtenidos presentaban diferencias estadísticamente significativas.

A los sujetos participantes, tras la finalización del programa se les volvió a pasar la batería de cuestionarios. Se realizó un análisis intrasujeto de la magnitud del cambio de las medias entre los resultados previos y los posteriores. Por el tamaño muestral, se consideró que cumplían con el supuesto de normalidad, realizándose la prueba t de Student-Fisher obteniendo la diferencia de medias, el intervalo de confianza de la diferencia de medias y el grado de

significación estadística. Por cada categoría de la variable «estamento profesional» se realizó un análisis de la diferencia de los resultados intrasujeto entre los cuestionarios previos y posteriores. Por el pequeño tamaño de los grupos, se realizó la prueba no paramétrica T de Wilcoxon.

Se consideraron diferencias estadísticamente significativos el intervalo de confianza del 95% cuando no incluye el valor 0 y el grado de significación p igual a 0,05 o menor.

Los programas estadísticos usados fueron IBM SPSS Statistics v. 20 y STATA v. 14.

Resultados

La [tabla 2](#) describe las características sociodemográficas y laborales de los sujetos participantes y no participantes.

El 84,4% de los participantes eran mujeres, el 96,9% mayores de 35 años, el 64,5% vivían en pareja, con una mediana de 1,5 hijos y una antigüedad en UCI superior a los 15 años en el 65,6% de los casos. La distribución por categorías profesionales fue del 40,6% enfermeras, el 34,4% TCAI y el 25,0% médicos. Declararon no tener ninguna experiencia previa en *mindfulness* el 81,3% de los participantes. Tener experiencia previa significaba haber oído sobre el concepto; ninguno era practicante de ello.

Tabla 2 Características sociodemográficas y laborales de los participantes y no participantes

Variable	Categorías/mediana (percentil 25-75)	Grupo no participante	Grupo participante
Número total de sujetos		21	32
Número de hijos	Mediana (percentil 25-75)	1 (0-2)	1,5 (0-2)
Edad	≤ 35 años	7 (33,3%)	1 (3,1%)
	36-50 años	7 (33,3%)	16 (50%)
	≥ 51 años	7 (33,3%)	15 (46,9%)
Sexo	Mujer	11 (52,4%)	27 (84,4%)
	Varón	10 (47,6%)	5 (15,6%)
Estado civil	Single	3 (14, 3%)	11(34,4%)
	Con pareja	18 (85,7)	21 (65,6%)
Categoría profesional	Médico	13 (61,9%)	8 (25,0%)
	Enfermera	4 (19,0%)	13 (40,6%)
	Auxiliar de enfermería	3 (14, 3%)	11 (34,4%)
	Celador	1 (4,8%)	0 (0,0%)
Antigüedad en la UCI	< 5 años	6 (28,6%)	2 (6,3%)
	5-15 años	4 (19,9%)	9 (28,1%)
	> 15 años	11 (52,4%)	21 (65,6%)
Práctica previa de <i>mindfulness</i>	No	21 (100%)	26 (81,3%)
	Sí	0 (0,0%)	6 (18,6%)

Tabla 3 Resumen de las puntuaciones iniciales en los distintos cuestionarios y sus subfactores entre participantes y no participantes

	No participantes (n = 21)	Participantes (n = 32)	Diferencia medias ^a (IC 95%)	p [*]
MBI				
Cansancio emocional	19,81	21,72	1,90 (-3,90 a 7,79)	0,51
Despersonalización	4,00	3,94		0,64
Realización personal	34,29	35,44		0,73
FFMQ				
Global	107,09	112,06	5,07 (-1,48 a 11,36)	0,12
Observación	23,76	25,81	2,05 (-1,03 a 5,13)	0,18
Descripción	23,76	24,81		0,54
Actuando con consciencia	20,57	21,31	0,74 (-3,04 a 4,52)	0,69
Ausencia de juicio	19,95	20,91	0,95 (-2,44 a 4,34)	0,57
Ausencia reactividad	20,19	20,47	0,27 (-1,77 a 2,33)	0,78
Jefferson	80,81	82,75	1,94 (-2,54 a 6,42)	0,38
SCS				
Global	35,95	37,71	1,766 (-2,89 a 6,42)	0,44
Autoamabilidad	5,79	6,09	0,31 (-0,67 a 0,96)	0,53
Humanidad compartida	5,98	6,17	0,19 (-0,57 a 0,96)	0,61
<i>Mindfulness</i>	6,21	6,59	1,91 (-3,98 a 7,79)	0,51

FFMQ: *Five Facets Mindfulness Questionnaire*; Jefferson: Escala de Empatía; MBI: *Maslach Burnout Inventory*; SCS: *Self Compassion Scale*.

^a Se indica la diferencia de medias cuando ha se realizado t de Student.

^{*} Nivel de significación: p < 0,05.

El grupo de las 21 personas que no quisieron participar en la experiencia era mayor de 35 años el 66,6%, mujeres el 52,4%, vivían en pareja el 85,7%, médicos el 61,9% y con menos de 5 años en UCI el 28,6%. Ninguno de ellos refirió tener experiencia previa en *mindfulness*.

La [tabla 3](#) muestra las puntuaciones en los cuestionarios segmentadas entre los que participaron o no en el programa de *mindfulness*.

No se han encontrado diferencias significativas entre los que decidieron participar o no en la experiencia del

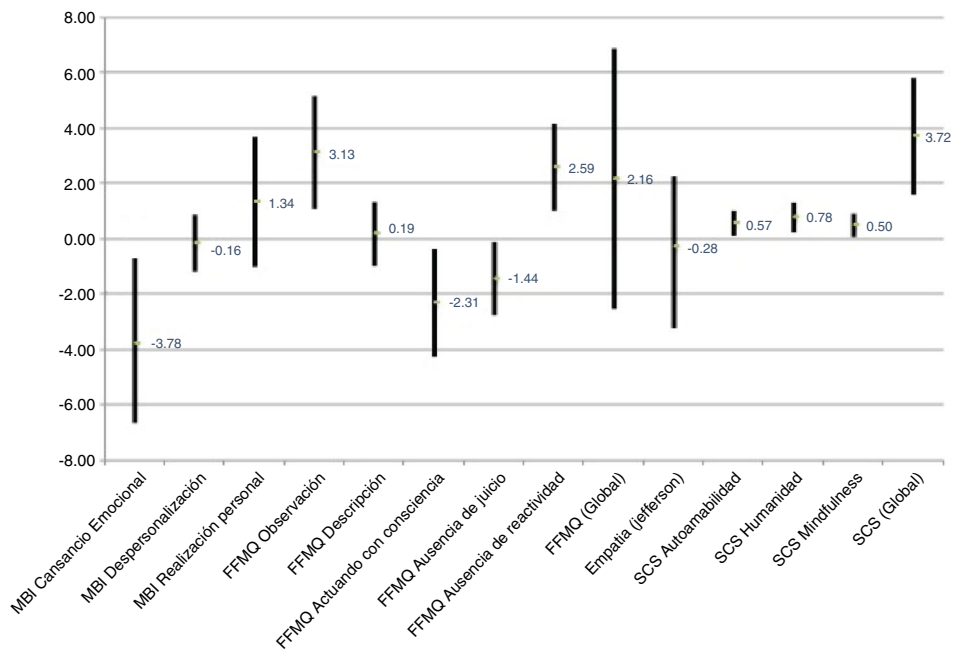


Figura 1 Resultados de los cuestionarios. Media de las diferencias pre-post e intervalo de confianza del 95%.

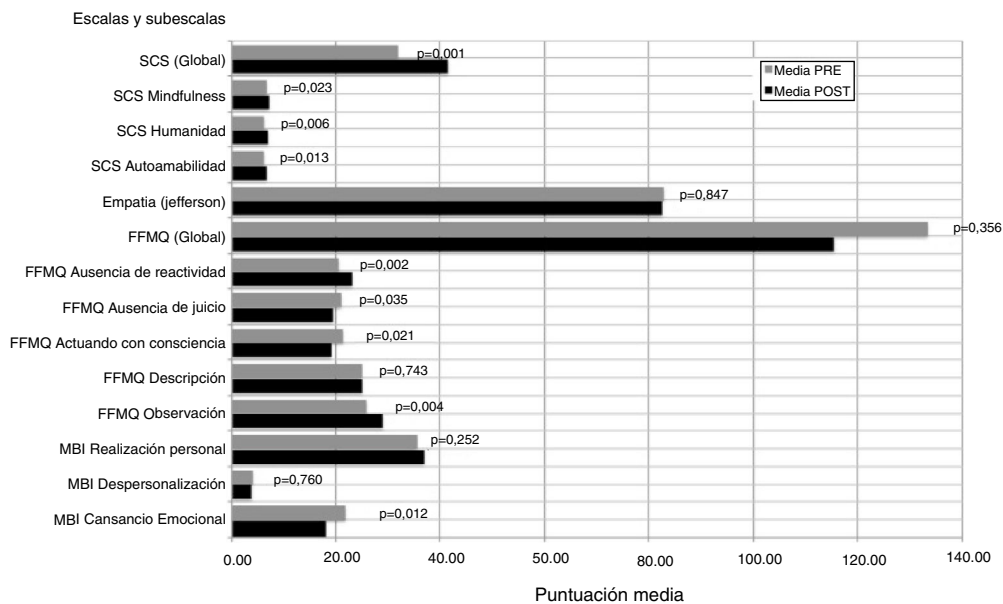


Figura 2 Puntuaciones medias pre-post de las escalas y subescalas y grado de significación estadística.

* Nivel de significación: $p < 0,05$.

programa para ningún cuestionario ni en ninguno de los subfactores de sus variables psicométricas.

La figura 1 muestra el valor de la diferencia de las medias entre los resultados de los cuestionarios y su intervalo de confianza del 95% pre y postprograma.

La figura 2 muestra la media de los resultados de los diferentes cuestionarios aplicados pre y postintervención, indicándose la significación estadística de las diferencias.

Los resultados en la escala de *burnout* (MBI), que mide el desgaste profesional a través de las tres dimensiones del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y

realización personal), difieren según la dimensión concreta que analicemos. Tras la intervención se obtiene un efecto positivo en el factor «cansancio emocional» para el global de los sujetos (diferencia en media de $-3,78$ puntos). En la dimensión «realización personal» el efecto positivo únicamente alcanza significación estadística en la categoría de médico.

La valoración del estado *mindfulness*, o de atención plena, medida mediante el FFMQ no se modifica globalmente pre y postprograma. Sin embargo, si analizamos por separado las distintas subescalas, cuatro de las cinco sí

muestran variaciones significativas tras la instrucción. El global no se ve modificado significativamente porque la variación ocurre en sentido opuesto. Se incrementan los factores de «Observación» y «Ausencia de reactividad» y disminuyen «Actuando con consciencia» y «Ausencia de juicio».

La escala de empatía de Jefferson no mostró cambios significativos tras el programa de forma global.

Los resultados globales de la escala de autocompasión son significativamente superiores tras el programa de instrucción. Aunque en promedio todas las categorías profesionales experimentan un aumento de la autocompasión, este aumento únicamente alcanza significación estadística en el colectivo médico. El análisis por separado de las tres subescalas principales muestra también un incremento significativo postprograma. El factor que más se incrementa es el de «humanidad compartida». Por categoría profesional el incremento observado alcanza significación estadística para los médicos en el subfactor «autocompasión-autoamabilidad» y «humanidad compartida», y para TCAL en «*mindfulness*».

Discusión

Los profesionales de áreas con alta intensidad de cuidados como la UCI pueden ser especialmente vulnerables al *burnout*, y las estrategias de intervención sobre ello deben tener un formato que las haga factibles en su implementación, adaptándose a las peculiaridades de la forma de trabajo en este medio, sin consumir gran tiempo de la formación continuada, ni de la jornada laboral, adaptarlo a la alta rotación horaria, turnos de descanso variables y largas jornadas, y que una propuesta ofrecida desde el centro de trabajo no se viva como ocupando el tiempo de descanso extralaboral. Se trata de la primera intervención reportada en una UCI medicoquirúrgica de un hospital universitario de tercer nivel de referencia con una muy amplia plantilla de trabajadores y que se adapta a todas las categorías laborales, consiguiendo la creación de una comunidad de práctica de forma virtual.

Los formatos de los programas de *mindfulness* que se realizan habitualmente son presenciales, con sesiones grupales de unas 2,5h de duración. Además son intervenciones con un no despreciable contenido psicoeducativo en relación al estrés y las emociones. El formato de este programa tiene como novedad hacer una propuesta con poca presencialidad y práctica conjunta, poco contenido psicoeducativo teórico y total flexibilidad para la realización de los ejercicios por parte de los participantes. Los ejercicios propuestos a lo largo de las 8 semanas fueron relativamente breves. Se consiguió, sin embargo, que la vehiculización de las propuestas y los recordatorios mediante la creación de un grupo de WhatsApp desarrollara una comunidad virtual que a lo largo del tiempo de trabajo manifestaba complicidad en el desarrollo de la atención plena y compartía sus experiencias de manera informal tanto entre ellos como con la instructora, que era uno de los miembros del staff. La satisfacción con este formato, el diseño, la duración, las propuestas y la calidad de los materiales por parte de los participantes ha sido muy alta, deseando la gran mayoría ampliar la formación sobre *mindfulness* por encontrarle utilidad tanto en aspectos personales como profesionales. Aunque los

formatos clásicos son de 8 semanas, empieza a constatarse que intervenciones más breves podrían ser igualmente eficaces en contextos no clínicos²⁴. En este contexto laboral sería interesante ensayarlo en el futuro y ver si se produce el mismo efecto. Por otra parte, las prácticas generativas (el trabajo con las emociones difíciles y la autocompasión) son las que fueron relatadas como con mayor nivel de dificultad para su realización. Esto podría deberse a que estos conceptos no son tan conocidos y deben ser abordados con mayor profundidad antes de iniciarse en su práctica. En ocasiones posteriores deberán contemplarse formas de incidir sobre ello.

La población participante es fundamentalmente femenina, hecho que se corresponde con el alto grado de feminización de la profesión enfermera y de auxiliares de clínica. Llama la atención la falta de participación de los miembros más jóvenes del servicio. Se desconocen las causas específicas que han motivado su ausencia. Aun así, no hay diferencias significativas en las características psicométricas medidas entre las personas que decidieron participar en el programa y los que no.

Los resultados de este trabajo de investigación están en la línea de la aplicabilidad de la práctica de *mindfulness* como una estrategia para reducir los factores que pueden influir en el desarrollo de *burnout* en profesionales sanitarios^{13,14,30}, y también en el campo de la medicina intensiva^{18,31}. Aunque en nuestra serie los niveles de *burnout* previos eran bajos (cansancio emocional moderado, despersonalización muy baja y realización profesional moderada), tras la realización del programa el cansancio emocional descendió a niveles bajos.

Por otra parte, se desarrolla en prácticas breves una estrategia que parece prometedora y de la que ya hay algunos efectos constatados en profesionales de la salud³⁶.

En cuanto a los efectos del programa sobre las variables estudiadas en relación al *burnout*, el factor que muestra cambio con significación estadística es la reducción del cansancio emocional en el global de todos los participantes. Este resultado está de acuerdo con la literatura actual, que considera el cansancio emocional como la dimensión central del síndrome de *burnout*³⁷. Los niveles de «cansancio emocional» eran basalmente moderados y pasaron a bajos. Hay que destacar que en este colectivo la despersonalización es muy baja de partida con lo que es difícil que pueda reducirse más. Por su parte, la realización personal es intermedia.

El programa implementado no tuvo un efecto sobre los niveles del estado *mindfulness* medido mediante el FFMQ. Se produjeron variaciones significativas en 4 de sus 5 subfactores, variaciones que por tener sentidos opuestos anulaban modificaciones significativas en el valor del sumatorio global. Hay un aumento claro de los factores «observación» y «ausencia de reactividad», y una disminución de «actuando con consciencia» y «ausencia de juicio». Postulamos que un programa de estas características puede producir un «efecto de darse cuenta» de la forma propia de actuar y a partir de ello detectar en mayor medida aquellos momentos en los que se ha actuado con menor atención, siendo más difícil de desarrollar el «no juicio». Este dato hallado en este estudio piloto requiere ser tenido en cuenta para advertirlo en las instrucciones iniciales y en el planteamiento de los distintos ejercicios.

No se ha encontrado efecto sobre la empatía. Una explicación plausible puede ser la escala en sí misma, aunque lo más probable sea que los niveles previos de empatía de la muestra estudiada eran considerablemente altos. Este resultado se encuentra en línea con los de Amutio et al.²³ y Galantino et al.³⁸, que tampoco encontraron diferencias significativas en la variable empatía en profesionales de la salud al cabo de 8 semanas de entrenamiento.

Sin embargo, sí se ha detectado un efecto sobre los valores de autocompasión, que se modifican significativamente al alza. Este resultado se encuentra en línea con el estudio de Demarzo et al.²⁴.

Se apunta a que este entrenamiento podría incidir en la fatiga de compasión y su repercusión sobre el estrés al que estos profesionales son susceptibles³⁹. Este trabajo demuestra la utilidad de la práctica de *mindfulness* en profesionales de UCI sobre todo para la disminución del cansancio emocional y el aumento de la autocompasión. Sería interesante realizar en el futuro algún estudio para determinar si el aumento de la autocompasión puede ser una variable mediadora de los efectos positivos de las prácticas de *mindfulness* sobre el agotamiento emocional y también sobre los posibles efectos indeseables que estas intervenciones puedan provocar⁴⁰.

El estudio muestra ciertas limitaciones. Su validez empírica está limitada al no haber un grupo control y siendo los participantes un grupo incidental, sesgado por ser voluntarios interesados en el tema, algunos de los cuales ya referían conocer en alguna medida en qué consistía la práctica. Sí podemos decir, sin embargo, que de forma global los test psicométricos realizados no mostraban diferencias significativas de forma basal entre el grupo de individuos que siguieron el entrenamiento y los que no. Por otra parte, al no registrarse la práctica realizada por los participantes no podemos afirmar su grado de compromiso. Dos tercios de ellos de manera informal afirmaron haber cumplido de forma notable con las propuestas, pero no se puede cuantificar su dedicación, siendo la dedicación formal a la práctica un factor no despreciable en la efectividad⁴¹.

Desconocemos el efecto que esta intervención pueda producir a largo plazo, aunque es ilusionante que el diseño haya despertado inquietudes de profundización y de aplicabilidad. Dadas las limitaciones mencionadas, se hace necesaria la puesta en marcha de estudios con grupos control aleatorizados y con muestras más grandes.

Conclusiones

Un programa de entrenamiento en *mindfulness* de práctica personal breve, apoyado en la creación de una comunidad virtual a través de WhatsApp, entre profesionales de la salud de un servicio de medicina intensiva, ha mostrado efectos psicológicos y cognitivos que pueden producir bienestar e incidir en el *burnout* al disminuir el cansancio emocional e incrementar la autocompasión. Todo ello puede redundar en una mejora de la calidad de servicio dispensada a los usuarios de los sistemas de salud.

Autoría

La contribución de los autores es la siguiente:

- Concepción y diseño del estudio: R.M. Gracia, J.M. Ferrer.
- Recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos: R.M. Gracia, J.M. Ferrer, A. Ayora y M. Alonso.
- Redacción del manuscrito: R.M. Gracia, J.M. Ferrer, M. Alonso.
- Revisión crítica de partes importantes del contenido intelectual: R.M. Gracia, J.M. Ferrer, A. Ayora, M. Alonso, A. Amutio, R. Ferrer.
- Aprobación de la versión final para publicar: R.M. Gracia, J.M. Ferrer, A. Ayora, M. Alonso, A. Amutio, R. Ferrer.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la inestimable participación voluntaria de los compañeros del Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Vall d'Hebron por compartir esta experiencia y permitir la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol.* 2001;52:397-422.
2. Bienvenu OJ. Is this critical care clinician burned out? *Intensive Care Med.* 2016;42:1794-6.
3. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS One.* 2015;10:e0136955, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>.
4. Lumb PD. Burnout in critical care healthcare professionals. *Crit Care Med.* 2016;44:1446-8.
5. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. An official critical care societies collaborative statement. *Crit Care Med.* 2016;44:1414-21.
6. Pastores SM. Burnout syndrome in ICU caregivers. *Chest.* 2016;150:1-2.
7. Reader TW, Cuthbertson BH, Decruyenaere J. Burnout in the ICU: Potential consequences for staff and patient well-being. *Intensive Care Med.* 2008;34:4-6.
8. Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med.* 2016;42:1615-7.
9. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, et al. Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *Am J Crit Care.* 2014;23:97-105.
10. Rushton CH, Batcheller J, Schroeder K, Donohue P. Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *Am J Crit Care.* 2015;24:412-20.
11. Hervás G, Cebolla A, Soler J. Intervenciones psicológicas basadas en *mindfulness* y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud.* 2016;27:115-24.
12. Luken M, Sammons A. Systematic review of *mindfulness* practice for reducing job burnout. *Am J Occup Ther.* 2016;70, <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2016.7002250020p1>.
13. Amutio A, Martínez-Taboada C, Hermsilla D, Delgado LC. Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a *mindfulness* training program: A one-year study. *Psychol Health Med.* 2015;20:720-31.
14. Asuero AM, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Rodríguez-Blanco T, Epstein RM. Effectiveness of a *mindfulness*

- education program in primary health care professionals: A pragmatic controlled trial. *J Contin Educ Health Prof.* 2014;34:4–12.
15. Good DJ, Lyddy CJ, Glomb TM, Bono JE, Warren Brown K, Duffy MK, et al. Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *J Manage.* 2016;42:114–42.
 16. Duchemin A-M, Steinberg BA, Marks DR, Vanover K, Klatt M. A small randomized pilot study of a workplace mindfulness-based intervention for surgical intensive care unit personnel. *J Occup Environ Med.* 2015;57:393–9.
 17. Klatt M, Steinberg B, Duchemin AM. Mindfulness in Motion (MIM): An onsite Mindfulness Based Intervention (MBI) for chronically high stress work environments to increase resiliency and work engagement. *J Vis Exp.* 2015:e52359, <http://dx.doi.org/10.3791/52359>.
 18. Blanco-Donoso LM, García Rubio C, Moreno B, de la Pinta M, Moraleda S, Garrosa E. Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y urgencias. *Int J Psychol Psychol Ther.* 2017;17:57–73.
 19. Sun J. Mindfulness in context: A historical discourse analysis. *Contemp Buddhism.* 2014;15:394–415.
 20. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life.* New York: Hyperion; 1994.
 21. Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31:1032–40.
 22. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism. *JAMA Intern Med.* 2014;174:527–33.
 23. Amutio A, Martínez-Taboada C, Delgado LC, Hermosilla D, Mozaz MJ. Acceptability and effectiveness of a long-term educational intervention to reduce physicians' stress-related conditions. *J Contin Educ Health Prof.* 2015;35:255–60.
 24. Demarzo M, Montero J, Puebla M, Navarro M, Herrera P, Moreno S, et al. Efficacy of 8- and 4-session mindfulness-based interventions in a non-clinical population: A controlled study. *Front Psychol.* 2017;8:1343, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01343>.
 25. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, et al. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res.* 2011;191:36–43.
 26. Santarnecchi E, d'Arista S, Egiziano E, Gardi C, Petrosino R, Vatti G, et al. Interaction between Neuroanatomical and Psychological Changes after Mindfulness-Based Training. *PLoS One.* 2014;9:e108359, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0108359>.
 27. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA.* 2009;302:1284–93.
 28. Amutio A, García-Campayo J, Delgado L, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: A narrative review. *J Clin Med.* 2017;6:33, <http://dx.doi.org/10.3390/jcm6030033>.
 29. Lamothe M, Rondeau E, Malboeuf-Hurtubise C, Duval M, Sultan S. Outcomes of MBSR or MBSR-based interventions in health care providers: A systematic review with a focus on empathy and emotional competencies. *Complement Ther Med.* 2016;24:19–28.
 30. Aranda G, Elcuaz R, Fuertes G, Güeto V, Pascual P, Sainz E. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Aten Primaria.* 2017, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>.
 31. Gauthier T, Meyer RML, Greife D, Gold JI. An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: A pilot. *J Pediatr Nurs.* 2015;30:402–9.
 32. Seisdedos N. *MBI. Inventario Burnout de Maslach.* Madrid: TEA; 1997.
 33. Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillen V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur J Psychiatry.* 2012;26:118–26.
 34. Alcorta A, San M, Delgado R, Soler J, Roig H, Vivanco L. Cross-validation of the spanish HP-version of Jefferson Scale of Empathy confirmed with some cross-cultural differences. *Front Psychol.* 2016;7:1002, <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01002>.
 35. García-Campayo J, Navarro M, Andrés E, Montero J, López L, Demarzo M. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:4, <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>.
 36. Gilmartin H, Goyal A, Hamati MC, Mann J, Saint S, Chopra V. Brief mindfulness practices for healthcare providers — A systematic literature review. *Am J Med.* 2017;130:1219, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>, e1-1219.e17.
 37. Amutio A, Ayestaran C, Smith JC. Assessment of burnout and psychological well-being among health professionals in the Basque Country. *Psychol Spain.* 2009;13:62–71.
 38. Galantino ML, Baime M, Maguire M, Szapary PO, Farrar JT. Association of psychological and physiological measures of stress in health-care professionals during an 8-week mindfulness meditation program: Mindfulness in practice. *Stress Health.* 2005;21:255–61.
 39. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: A review of the literature. *J Health Care Chaplain.* 2014;20:95–108.
 40. Cebolla A, Demarzo M, Martins P, Soler J, García-Campayo J. Unwanted effects: Is there a negative side of meditation? A multicentre survey. *PLoS One.* 2017;12:e0183137, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0183137>.
 41. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behav Res Ther.* 2017;95:29–41.