

Artículo Original

Impacto de un Programa online de Intervención en Mindfulness y Compasión en Profesionales Sanitarios durante la pandemia de la covid-19. Estudio piloto

Andrea Revuelta ^{1,*} y Juan-Carlos Luis-Pascual ²

¹ Enfermera en Hospital de Guadalajara, Máster de Acción Humanitaria Sanitaria; ORCID id: <https://orcid.org/0000-0002-7785-8633>

² Universidad de Alcalá; <https://orcid.org/0000-0002-6215-115X>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.2.252>

Recibido: 12/04/2021; Aceptado: 23/09/2021; Publicado: 30/11/2021

Resumen: El objetivo del estudio es valorar el impacto de un programa online de intervención de Mindfulness y Compasión en Profesionales Sanitarios en relación con el bienestar y el cansancio emocional realizado mediante un ensayo clínico aleatorizado a través de un reclutamiento electivo. Se incluyeron los treinta y dos profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y fisioterapeutas) que trabajaron en España durante el estado de alarma de la pandemia de la covid-19. Se aleatorizó a la muestra en 3 ramas: una intervención virtual síncrona basada en Mindfulness, una intervención asíncrona con el mismo contenido, y técnicas de relajación. La intervención basada en mindfulness incluía ejercicios de respiración consciente, autocompasión, reconocimiento de pensamientos y emociones, entre otras. El programa se realizó en un período de ocho semanas. Se enviaron recordatorios semanales y mensajes estimulantes de la práctica. Se midieron los niveles de mindfulness y burnout mediante dos cuestionarios (Five Facets Mindfulness Questionnaire “FFMQ-E” y Maslach Burnout Inventory of Human Social Services “MBI-HSS”) antes y después de la intervención. Sólo 22 pacientes completaron el cuestionario post-intervención, por lo que se trata de un estudio piloto. Como resultados de la muestra global se obtuvo una disminución en los factores que inciden sobre el burnout, como el agotamiento emocional y un aumento en el nivel de realización personal. Los niveles de mindfulness mediante FFMQ-E aumentaron de manera global de 122.5 a 128.7. Como conclusión, el grupo síncrono mostró un descenso del cansancio emocional y un mayor nivel de proceder con atención plena, factores que pueden incidir en el burnout de este colectivo. Sin embargo, la falta de muestra dio lugar a resultados estadísticamente no significativos.

Palabras Clave: Atención plena, Conciencia plena, Profesionales sanitarios, Desgaste profesional.

Abstract: The objective of the study is to evaluate the impact of an online program of a Compassion and Mindfulness-Based Intervention (MBI) among health personnel. The MBI is assessed the levels of burnout and wellness of a clinical randomized essay using elective sampling. Thirty-two health professionals (facultative, nurses and physiotherapists) that worked during the Covid-19 pandemic outbreak were included. The sample was randomized in three groups: a virtual synchronous intervention based on Mindfulness, an asynchronous group with the same content and a third group with relaxation techniques. The Mindfulness Intervention consisted in conscious breathing, self-compassion, knowledge of feelings and emotions exercises, among others. The programme was eight weeks long with frequent reminders and stimulating messages sent before practices. The levels of mindfulness and burnout before and after the intervention were measured by implementing two questionnaires; The “FFMQ-E” (Five Facet Mindfulness Questionnaire) and the “MBI-HSS” (Maslach Burnout Inventory of Human Social Services) before and after the intervention. The results on burnout indicated that the level of emotional exhaustion

decreased whilst personal fulfilment increased. The levels of mindfulness measured by FFMQ-E were globally modified from 122.5 to 128.7 on the global sample. As a conclusion, the programme showed a decrease in emotional exhaustion and an increase on the levels of mindfulness on the synchronic group, which can produce a positive impact on the level of burnout in this particular collective. Nevertheless, the low sample size was insufficient to make the results statistically significant.

Key words: Burnout, Health Care Professionals, Health personnel, Mindfulness.

1. Introducción

La actual pandemia de la covid-19 ha repercutido principalmente al colectivo sanitario, al ser los que han trabajado en primera línea, sometidos a altos niveles de estrés que perduran en el tiempo. Por ello, se están desarrollando muchas aplicaciones de apoyo psicosocial y salud mental [1].

El mindfulness proviene de la tradición budista y principalmente se usa en tres ámbitos de actuación: salud, educación y empresa. Aunque todavía no existe definición consensuada, Kabat Zinn la define como "llevar la propia atención a las experiencias que se están experimentando en el momento presente, aceptándolas sin juzgar" [1]. Esta atención o consciencia nos permite aprender a vivir el momento presente y relacionarnos con lo que está sucediendo en "el aquí y el ahora". Existen diversas escalas con el objetivo de medir el grado de mindfulness, pero una de las más utilizadas es la de *Five-Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) de Baer, que mide la tendencia general a proceder con atención plena a partir de cinco habilidades: Observación, Descripción, Actuar con consciencia, Ausencia de juicio y Ausencia de reactividad.

Se han documentado efectos positivos sobre funciones psicológicas, como la capacidad de regular las emociones, con una reducción de pensamientos negativos e incremento de tono emocional positivo; la atención, con mayor estabilidad, control y eficiencia; la cognición incrementando su flexibilidad, creatividad y el control de disfunciones emocionales; el comportamiento, reduciendo automaticidad y variables fisiológicas como la disminución de la respuesta al estrés, correlatos anatómicos en procesos de curación, en respuesta inmunitaria y en general en mayor bienestar físico. Las relaciones con uno mismo y con los demás también mejoran al aumentar la capacidad de empatía y compasión (Siegel, 2007) [2-3].

Burnout: Concepto para referirse a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo en el ámbito laboral, debido a una respuesta al estrés laboral crónico [4-5]. Se caracteriza por tres componentes principales, según Maslach y Jackson: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal.

La situación actual ha contribuido a aumentar el riesgo de desgaste emocional debido a la exposición prolongada al estrés y la falta de descanso, pudiéndose verse afectadas las habilidades individuales de afrontamiento emocional y repercutiendo en su vida cotidiana y en su salud mental. Por ello, este estudio pretende dotar de herramientas mediante un programa online de Mindfulness y Compasión en este colectivo vulnerable.

El objetivo de la investigación consistía en comprobar el impacto de los efectos de mindfulness de un curso estándar con un programa MBI (*Mindfulness Based Intervention*) de ocho semanas comparando los resultados de las cohortes, así como estudiar si este programa tiene repercusión en los datos obtenidos con la escala de MBI-HSS reduciendo el nivel de burnout previo. Además, se compararan las diferencias entre las variables (años trabajados, edad y práctica semanal realizada "yoga, tai-chi...") antes de iniciar la intervención.

2. Material y Métodos

2.1. Participantes

La intervención se ha llevado a cabo mediante un grupo de población no clínica. A continuación, se exponen los criterios de inclusión y exclusión al estudio.

2.1.1. Criterios de inclusión

- Profesionales de la salud trabajando en España.
- Haber trabajado durante el estado de alarma de la covid-19.
- Sector público o privado.
- Zona rural y urbana.

2.1.2. Criterios de exclusión:

- Formación previa en mindfulness en los últimos seis meses.
- No participar en el 70% de las actividades.
- No completar los cuestionarios.

La difusión se realizó a través de redes sociales (principalmente grupos de WhatsApp) facilitando la hoja de información al participante junto con el consentimiento informado. Los sanitarios participaron libremente en un programa de entrenamiento en atención plena durante ocho semanas. La media de edad de los participantes es de 29 años siendo mujeres y hombres, mayoritariamente personal de enfermería. De los 32 participantes que comenzaron el estudio, 27 realizaron los cuestionarios pre-intervención y 22 cumplieron los cuestionarios post-intervención en el plazo descrito. Tras aplicar los criterios de exclusión, 2 sujetos del grupo síncrono fueron descartados por no realizar el 70% de la actividad formativa.

2.2. Instrumentos

En este estudio se utiliza el FFMQ-E que es la versión del FFMQ validada en España [6] (Esta versión fue desarrollada por Baer [7], la cual realizó un análisis de las escalas más destacadas con el fin de obtener un instrumento que midiera efectivamente las cinco características del mindfulness) y el cuestionario MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory Human Services Survey*, Maslach y Jackson 1996).

Estos cuestionarios fueron rellenados por 27 participantes en el pre-test y 22 en el post-test. Los cuestionarios en el pre-test incluyen características socio-demográficas y laborales (género, edad, categoría profesional, servicio (público/rural), especialidad sanitaria, tipo de institución en la que se trabaja actualmente, años de experiencia trabajados, antecedentes psicológicos y práctica semanal realizada).

2.2.1. FFMQ

Cuestionario que consta de 39 ítems para medir la tendencia general de mindfulness a través de 5 facetas, con una puntuación mínima de 39 y una máxima de 195. La puntuación total se calcula sumando la puntuación de los ítems. Existen 19 ítems de puntuación inversa (R) que son todos los ítems de la faceta "actuar con conciencia" y la de "no enjuiciamiento"; además de tres ítems de la faceta describir.

Las puntuaciones medias de nivel de mindfulness tienden a ser alrededor de 3.0 en la escala likert de 1-5, por lo que se puede interpretar su puntuación general en consecuencia.

Como guía aproximada, una puntuación de 1-2,5 para su puntuación general de mindfulness, indica un nivel bajo. Un nivel moderado se considera de 2-3,5 y de 3,5-5 representa un nivel alto.

Esta misma evaluación puede aplicarse a la escala de cada una de las 5 facetas en las que se desglosa [7].

2.2.2. MBI-HSS

Instrumento de 22 ítems dirigido a los profesionales de servicios humanos. Constituido por 22 ítems que se dividen en 3 subgrupos para medir las tres dimensiones del síndrome (Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal), mediante una escala likert de (0 nunca - 6 todos los días). Valores altos en las dos primeras subescalas y una puntuación baja en la tercera definen el síndrome de burnout [8].

2.3. Procedimiento

Este ensayo clínico sigue un diseño aleatorizado mediante un muestreo de reclutamiento electivo. Los 32 participantes se dividen en 3 grupos de tratamiento mediante randomización (simple ciego) con una valoración pre-test y post-test (finalización) para determinar las 5 facetas mindfulness que mide la escala FFMQ: capacidad de observar, describir, actuación consciente, enjuiciamiento y reactividad. Así como, comparar estas facetas con los resultados del cuestionario MBI-HSS (que mide las dimensiones del síndrome burnout: cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

Diseño de intervención: En la primera rama (o grupo síncrono) se lleva a cabo una actividad formativa grupal de mindfulness en ocho sesiones, realizadas periódicamente un día a la semana con una duración de 1 hora mediante la aplicación electrónica ZOOM. Las sesiones virtuales integran prácticas y ejercicios de relajación, respiración y atención plena. Además, incluye momentos para compartir en grupo experiencias, emociones y dificultades para realizar las prácticas formales, con el objetivo de que lo puedan aplicar a su vida cotidiana.

La segunda rama (o grupo asíncrono) lleva a cabo la actividad formativa de forma individual mediante la Plataforma *Insight Timer* realizando las prácticas y ejercicios de forma autónoma. Mensualmente envían a través del correo electrónico la actividad realizada. La tercera rama o grupo control lleva a cabo una actividad formativa de ocho sesiones de una hora de duración, como en el caso del grupo síncrono. Sin embargo, las sesiones incluyen únicamente ejercicios de relajación (Práctica de Relajación Autógena de Schultz, Práctica de Relajación Muscular de Edmund Jacobson, entre otras) enviados confidencialmente a través de una aplicación electrónica.

Los cuestionarios anónimos han sido enviados a través del correo electrónico invitando a los participantes a cumplimentar dicha valoración de forma voluntaria y sin incentivo económico. Los participantes han tenido opción de no responder a las preguntas entregadas. Los cuestionarios previos fueron recogidos antes de comenzar el curso MBI. Ha sido necesario que el investigador enviase recordatorios a los participantes para completar los cuestionarios.

El post-test fue enviado tras terminar el curso y recolectado durante los 10 días posteriores. Los participantes que realizaron el cuestionario después fueron excluidos. El programa MBI tiene una duración de ocho semanas, con una intervención semanal grupal de un día a la semana, de una hora, realizando prácticas de: escáner corporal, respiración, compasión, sedente, aflojar-tranquilizar-permitir, movimiento consciente, etc. para dos de los grupos (uno de ellos de forma síncrona y en contraposición, otro de forma asíncrona). En el grupo control se enviaron ocho prácticas de relajación de una hora de duración. Se utilizan los audios del Taller de mindfulness de 8 semanas UAH de la aplicación *Insight Timer*, guiadas por el profesor Dr. Juan-Carlos Luis-Pascual de la Universidad de Alcalá.

2.4. Análisis estadístico

Para la descripción de la muestra se utilizaron variables demográficas y laborales de tipo categórico y cuantitativo. Las escalas cualitativas se transforman en variables cuantitativas, revisando los datos para eliminar errores con el fin de calcular la suma, medias y desviaciones típicas entre los resultados individuales de cada participante y de forma grupal. Este proceso se realizará con los dos cuestionarios (FFMQ y MBI-HSS). Los valores de estos cuestionarios se segmentaron en los resultados pre-test en función de tres variables categóricas, siendo éstas, edad ((20-25; 26-30; 31-35; >36), años de experiencia (0-2; 2-5; 5-19 y >10) y práctica semanal realizada

(<20'; 20'-60'; 61'-100'; 101'-120'; >120). Posteriormente, se realizó un análisis intrasujeto de la magnitud del cambio de las medias entre los resultados previos y los posteriores en los dos cuestionarios (FFMQ y MBI-HSS) divididos en las tres cohortes. El tamaño de la muestra acabó siendo <30, por lo que no cumple criterios con el supuesto de normalidad. Aun así, se realizó la prueba t de Student-Fisher para medir la significación estadística. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas con un grado de confianza del 95% y un valor de $p \leq 0.05$. Para el análisis estadístico de los resultados de los cuestionarios se emplea el programa IBM SPSS Statistics. Todos los gráficos y figuras también están creados mediante MS Excel.

3. Resultados

En el apartado de resultados vamos a explicitar los resultados del cuestionario FFMQ y los del cuestionario de cansancio emocional diferenciado en el pre-test por variables sociodemográficas y en las tres cohortes antes y después de la intervención.

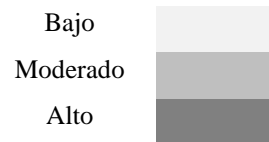
3.1. Objetivo 1: Observar la influencia de las diferentes variables intervinientes (años trabajados, práctica semanal realizada y edad)

La **Tabla I** presenta las puntuaciones medias de cada dimensión: el grado de cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización personal (RP) de los sujetos bajo la influencia de tres variables (años de experiencia, edad y práctica semanal realizada de yoga taichí, etc.) antes de la intervención. Según estos criterios podemos ver los diferentes resultados según las diferentes variables. La media de los sujetos muestra un burnout moderado al presentar CE alto, DP moderada y RP moderada. Si nos fijamos en los años de experiencia, observamos que los participantes que tienen menos experiencia se encuentran más agotados emocionalmente que los participantes con 5 o más años trabajados.

Sin embargo, la despersonalización muestra resultados contradictorios, siendo los participantes con más de 10 años de experiencia los que obtienen una puntuación más alta en la despersonalización. En cuanto a la realización personal observamos un nivel de RP moderado, excepto en los participantes que llevan 2-5 años de experiencia profesional, en los que se observa una realización personal baja. Por lo que éstos serían los que presentan un nivel de burnout superior al resto. En cuanto a la segunda variable (edad) obtenemos los mismos resultados que con la variable años de experiencia en las puntuaciones (despersonalización y realización personal). Sin embargo, el nivel de (cansancio emocional) muestra que los participantes de 26-30 años tienen un CE emocional alto respecto al resto que tienen un CE moderado. La última variable (práctica semanal realizada) muestra resultados contrarios a lo esperado, ya que los participantes que realizaban más minutos de práctica (yoga, taichí, etc.) obtuvieron peores puntuaciones en CE, DP y RP indicando un nivel de burnout mayor a los que realizaban pocos minutos de estas prácticas. Por lo que no se ve ninguna diferencia significativa mediante esta variable. Al encontrarnos ante un bajo tamaño muestral en los subgrupos, estos resultados no se pueden extrapolar a la población general.

Tabla I: MBI-HSS Pre-Intervención

Dimensión	Total			Años de Experiencia				Edad				Práctica semanal			
	Puntaje	Media	DE	Años de Experiencia	Puntaje	Media	DE	Edad	Puntaje	Media	DE	Practica semanal	Puntaje	Media	DE
Agotamiento Emocional	27,60	2,76	1,29	0-2	28,50	2,85	1,34	20-25	25,18	3,20	0,91	<20'	25,92	2,59	1,24
				2-5	29,00	2,90	1,29	26-30	29,00	2,90	1,29	20'-60'	28,20	2,82	1,44
				5-10	25,83	2,58	1,22	31-35	25,83	2,58	1,22	61'-100'	30,50	3,05	1,25
				10+	24,67	2,47	1,19	36+	24,67	2,47	1,19	101'-120'	31,00	3,10	1,45
				>120'	28,75	2,88	1,19								
Despersonalización	8,24	1,65	1,45	0-2	8,10	1,64	1,30	20-25	8,10	1,64	1,30	<20'	8,00	1,60	1,51
				2-5	7,60	1,52	1,40	26-30	7,60	1,52	1,40	20'-60'	9,40	1,88	1,61
				5-10	7,67	1,53	1,36	31-35	7,67	1,53	1,36	61'-100'	10,50	2,10	0,67
				10+	10,67	2,13	2,01	36+	10,67	2,13	2,01	101'-120'	9,00	1,80	2,17
				>120'	6,00	1,24	1,11								
Realización Personal	35,36	4,46	0,99	0-2	37,40	4,68	0,98	20-25	37,40	4,68	0,98	<20'	36,00	4,50	0,96
				2-5	29,60	3,89	1,18	26-30	29,60	3,89	1,18	20'-60'	38,40	4,80	1,10
				5-10	37,33	4,67	0,94	31-35	37,33	4,67	0,94	61'-100'	36,50	4,56	0,80
				10+	36,00	4,50	0,82	36+	36,00	4,50	0,82	101'-120'	30,00	3,75	0,89
				>120'	31,75	4,21	1,10								



La **Tabla II** que veréis a continuación muestra la puntuación media de cada una de las cinco facetas, su media y su desviación estándar con relación a las variables mencionadas anteriormente. Si nos fijamos en la variable “años de experiencia” podemos ver que no hay ningún cambio, ya que en todas las facetas se obtiene una puntuación moderada. En cuanto a la variable edad se observa que los participantes de 31-35 años obtienen mejores puntuaciones en las facetas: observación, descripción y pensamiento crítico sin juzgar siendo 3.75 y 3.88 sus medias respectivas.

Por último, la variable práctica semanal realizada nos enseña que, en la faceta observación, realizar de 61'-100' resulta más eficaz que el resto de prácticas. La faceta descripción muestra que el intervalo 20'-100' es el más indicado para aumentar la capacidad de descripción. La faceta estar atento se ve disminuida en los participantes que realizan prácticas semanales superior a 101'-120'. Por lo que, al igual que en la Tabla 3, resulta más beneficioso realizar una práctica comprendida entre 20'-100' para proceder con atención plena, siendo el intervalo de 60'-100' el más eficaz (Ver Tabla II).

Tabla II: Resultados FFMQ-E Pre-Intervención

Faceta	Puntaje	Media	DE	Años de Experiencia	Puntaje	Media	DE	Edad	Puntaje	Media	DE	Practica semanal	Puntaje	Media	DE
Observación	25,42	3,20	0,88	0-2	27,40	3,48	0,93	20-25	25,18	3,20	0,91	<20'	23,57	2,95	0,94
				2-5	23,67	2,96	0,89	26-30	26,18	3,27	0,93	20'-60'	25,60	3,20	1,00
				5-10	26,33	3,29	0,77	31-35	30,00	3,75	0,46	61'-100'	30,00	4,03	0,65
				10+	22,00	2,75	0,76	36+	22,00	2,75	0,76	101'-120'	26,00	3,25	0,71
												>120'	29,25	3,66	0,70
Descripción	25,62	3,20	0,71	0-2	27,90	3,49	0,69	20-25	26,36	3,30	0,65	<20'	23,57	2,95	0,76
				2-5	22,67	2,83	0,77	26-30	25,00	3,13	0,81	20'-60'	28,60	3,58	0,47
				5-10	25,50	3,19	0,71	31-35	31,00	3,88	0,64	61'-100'	31,50	3,94	0,60
				10+	23,33	2,92	0,54	36+	23,33	2,92	0,54	101'-120'	24,00	3,00	0,76
												>120'	26,50	3,31	0,84
Estar Atento	22,42	2,80	0,63	0-2	24,90	3,11	0,64	20-25	23,00	2,88	0,65	<20'	22,43	2,80	0,66
				2-5	20,00	2,50	0,77	26-30	21,09	2,64	0,59	20'-60'	26,80	3,35	0,51
				5-10	20,33	2,54	0,41	31-35	27,00	3,38	0,52	61'-100'	23,50	2,94	0,77
				10+	23,67	2,96	0,75	36+	23,67	2,96	0,75	101'-120'	15,00	1,88	0,35
												>120'	18,25	2,28	0,68
Pensamiento Crítico Sin Juzgar	25,85	3,23	0,60	0-2	23,40	2,93	0,67	20-25	24,00	3,00	0,66	<20'	25,93	3,24	0,61
				2-5	27,67	3,46	0,49	26-30	27,27	3,41	0,57	20'-60'	27,80	3,48	0,64
				5-10	27,17	3,40	0,62	31-35	31,00	3,88	0,35	61'-100'	22,00	2,75	0,68
				10+	25,67	3,21	0,58	36+	25,67	3,21	0,58	101'-120'	20,00	2,50	0,53
												>120'	26,50	3,31	0,49
No Reactividad	22,88	3,27	0,76	0-2	23,90	3,41	0,84	20-25	23,82	3,40	0,84	<20'	23,93	3,42	0,71
				2-5	22,50	3,21	0,72	26-30	21,91	3,13	0,71	20'-60'	22,20	3,17	0,98
				5-10	21,17	3,02	0,69	31-35	24,00	3,43	0,53	61'-100'	23,00	3,29	1,00
				10+	22,67	3,24	0,69	36+	22,67	3,24	0,69	101'-120'	24,00	3,43	0,53
												>120'	19,75	2,82	0,56

Bajo
 Moderado
 Alto

3.2. Objetivo 2: Medir el grado de mindfulness percibido, a través del cuestionario FFMQ antes y después de la intervención en las tres cohortes

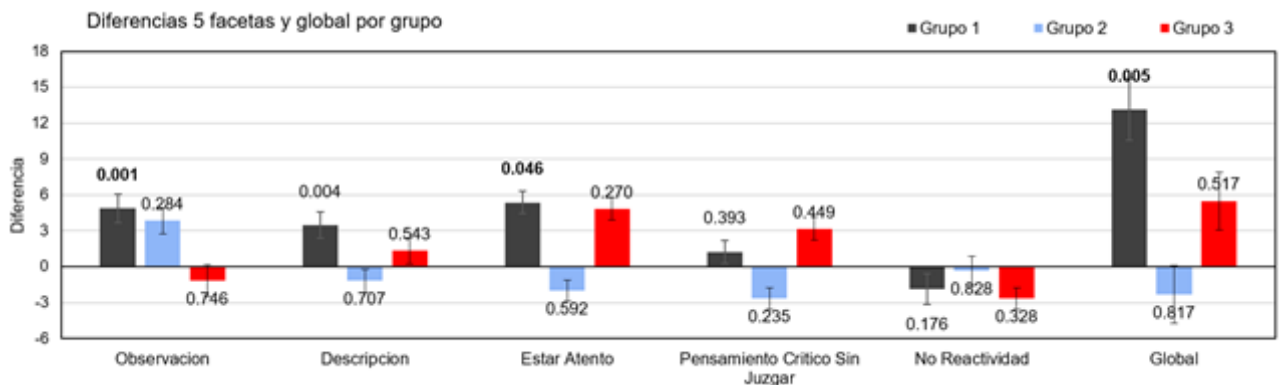


Figura 1 Diferencia entre puntuaciones medias de las 5 facetas por grupos.

La diferencia de los resultados pre-post intervención (resumidos en la Tabla III y presentados en la Figura 1) indican que el grupo síncrono parece haber mejorado los valores de las facetas: Observación, Descripción, Estar atento y Pensamiento crítico sin juzgar. Si nos fijamos en los valores del grupo asíncrono y grupo control, los resultados no son estadísticamente significativos al presentar $p > 0,05$.

3.3. Objetivo 3: Contrastar el nivel de cansancio emocional antes y después de la intervención mediante la escala MBI-HSS en las tres cohortes.

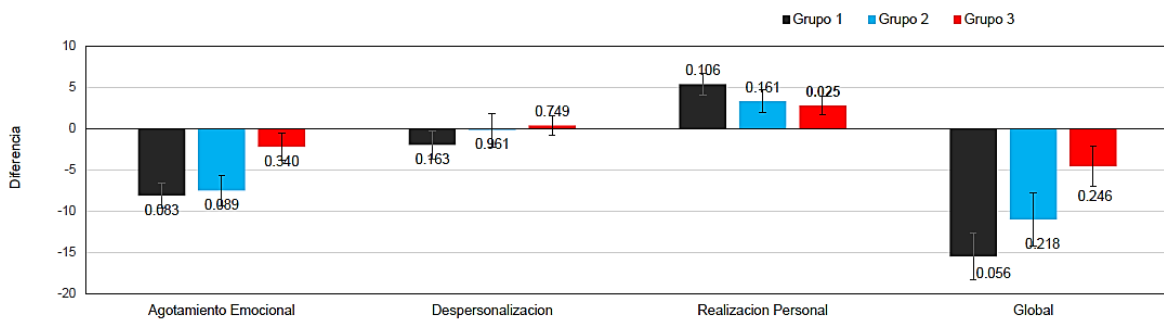


Figura 2 Puntuaciones medias pre-post de las subescalas y grado de significación estadística

La figura 2 muestra de una forma más clara la diferencia de la puntuación media de los cuestionarios, su intervalo de confianza del 95% y la significación estadística pre y post-programa. Los resultados de la escala de burnout (MBI-HSS), que mide el desgaste profesional a través de las tres dimensiones del síndrome (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), difieren según la cohorte concreta que analicemos. Tras la intervención se obtiene un efecto positivo en el factor “agotamiento emocional” para el global de los participantes, siendo el grupo síncrono el que obtiene un efecto positivo mayor al resto de las cohortes. En la despersonalización también vemos un leve cambio positivo en los dos primeros grupos (1 y 2) y un cambio negativo en el grupo control. La última sub-escala, siendo la realización personal, también se ve un efecto positivo. Sin embargo, los valores obtenidos no son estadísticamente significativos, al ser $p > 0,05$, excepto el valor de realización personal del grupo control.

4. Discusión

Tras analizar los resultados de la intervención no podemos afirmar que los profesionales de la salud que trabajan en emergencias sanitarias, como es el caso de la covid-19, se ven sometidos a mucha presión y carga asistencial que repercute en su salud física y psicológica provocando un aumento del estrés y del burnout profesional. Las intervenciones basadas en mindfulness parecen afectan positivamente, reduciendo el nivel de desgaste profesional percibido. Este estudio se encuentra en línea con otros estudios que emplean la práctica de mindfulness para reducir los niveles de burnout en personal sanitario [9-11].

En este estudio, a diferencia de otros previos [2-12], se ha empleado un grupo control y se ha añadido un grupo asíncrono con el objeto de superar los problemas metodológicos de los estudios anteriores. Los grupos se dividieron de forma aleatoria, resultando en tres grupos sin ninguna diferencia significativa entre ellos. Podríamos observar un sesgo de selección en la muestra al responder a la oferta personas comprometidas a dedicar parte de su tiempo libre en realizar el programa, siendo la situación actual especialmente dificultosa para los participantes sanitarios en estos momentos. Por tanto, la interpretación y extrapolación de los resultados a todos los profesionales sanitarios no puede realizarse. En próximos estudios sería interesante investigar si la baja tasa de participación es debida a falta de tiempo de los participantes o a otro tipo de variable.

Una de las dificultades encontradas al inicio del trabajo ha sido la captación de los participantes. En un principio, para conseguir una mayor difusión se buscó informar a través de los colegios profesionales y el Hospital Universitario de Guadalajara, resultando un procedimiento demasiado lento para el tiempo del que disponía, por lo que al final hubo que recurrir a las redes sociales y ampliar el ámbito geográfico, no solo a la provincia de Guadalajara, sino a toda España. Otra de las dificultades o más bien inconveniente, ha sido el bajo tamaño muestral, que sesga el valor de los datos, por lo que sería interesante realizar estudios con una tasa de participación más elevada en el futuro con el fin de obtener resultados conclusivos. Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para muchas de las facetas/categorías de los cuestionarios FFMQ y MBI-HSS debido también a esta limitación. Sin embargo, la consistencia de los cuestionarios pre-intervención es adecuada y fiable.

Otra de las limitaciones del estudio es que el investigador es la misma persona que el terapeuta Mindfulness, lo cual puede sesgar los resultados. Tampoco se realizó un cribado por enfermedad mental, variable que también puede influir en los resultados.

Por último, la muestra final resultó ser >30 , por lo que deberían haberse utilizado test no paramétricos para la obtención de resultados.

Los primeros resultados obtenidos del cuestionario MBI-HSS (pre-intervención) indicaban niveles de desgaste profesional moderados, con un CE alto, una DP moderada y una RP moderada. En función de las variables estudiadas, se observó que las personas que llevaban trabajando 0-5 años y se encontraban entre los 26-30 años presentaban el mayor nivel de cansancio emocional y menor realización personal. En cuanto a la dimensión despersonalización, los sujetos con más de diez años de experiencia y mayores de 36 años sufrían una mayor despersonalización. Sin embargo, los valores de los participantes mayores a 36 años no pueden tenerse en cuenta al ser minoría en el estudio presente, teniendo en cuenta que la mayor parte de los sujetos se encuentra en la franja de 20-30 años de edad. En cuanto a la práctica semanal realizada (yoga, taichí, etc.), vemos que lo más eficiente es realizar de 20-100 minutos, siendo el intervalo de 61-100 minutos el más beneficioso para los participantes.

Con los resultados del cuestionario FFMQ-E antes de la intervención se puede concluir que el nivel de proceder con atención plena es moderado en todos los sujetos, siendo las personas de 31-35 años las que obtienen la mejor puntuación de mindfulness. También vemos que la práctica semanal de 61-100 minutos es la más beneficiosa para aumentar el nivel percibido de atención plena. En este caso la franja de edad de 31-35 años tampoco sería representativa, puesto que sólo hay un participante en este intervalo de edad.

Antes de la intervención, la media de los participantes mostraba valores de cansancio emocional moderados-alto, valores moderado-bajo en la dimensión de despersonalización y

moderados-bajo en la de realización personal del burnout. Si concretamos más en los tres grupos, la rama síncrona presentaba un CE moderado, al igual que la rama control, mientras que la rama asíncrona obtuvo un CE alto. En cuanto a la DP, los grupos síncrono y asíncrono mostraron unos valores moderados y el grupo control unos valores bajos en la dimensión despersonalización. Por último, la RP presenta valores moderados en el grupo control y síncrono y valores bajos en el grupo asíncrono.

En general, tras la intervención, los resultados obtenidos en este estudio destacan por la ausencia de diferencias. Se intuye una disminución en el burnout o “desgaste profesional” y una mejora en la capacidad de proceder con atención plena. El grupo síncrono es el que obtuvo el mayor cambio positivo en las tres dimensiones del síndrome de burnout, mientras que el grupo asíncrono y el grupo control únicamente mejoró levemente en la dimensión cansancio emocional y realización personal. Sin embargo, no se hallaron cambios estadísticamente significativos en ninguna de las dimensiones. Este hecho puede deberse a la falta de muestra. El nivel de proceder con atención plena en las facetas: observación, descripción y estar atento aumentó significativamente en el grupo síncrono tras realizar la intervención basada en mindfulness. Sin embargo, las facetas Pensamiento crítico sin juzgar y No reactividad no mostraron cambios estadísticamente significativos. Podría deberse a que la intervención no tuvo efectos en estas variables, ya que son percepciones que se modifican lentamente, precisando observaciones a largo plazo. En el resto de los grupos no se halló ninguna diferencia significativa.

La participación del grupo asíncrono fue menor que la del síncrono. Puede ser debido al hecho de que ser parte de un grupo refuerza positivamente la implicación de los participantes.

Nuestro estudio contó con un gran porcentaje de mujeres en las tres cohortes, cuestión que puede explicarse revisando el metaanálisis de Yarnell et al [13]; el cual señala las diferencias de género en los niveles de autocompasión, con un bajo nivel de autocompasión en las mujeres, motivo por el que podrían presentar mayor interés en participar en intervenciones en Mindfulness. También podría ser debido al alto grado de feminización en la profesión enfermera, que consiste en el mayor porcentaje de la muestra de este estudio.

Aunque no era el objetivo de estudio, hubiese sido interesante observar los cambios en las tres sub-escalas del constructo autocompasión (auto-amabilidad, humanidad compartida y mindfulness), como han realizado diversos estudios [14].

Se desconoce el efecto de esta intervención a largo plazo, aunque algunos estudios han repetido los cuestionarios al cabo de intervalos de tiempo de tres, seis o incluso más meses para corroborar si se mantienen los beneficios obtenidos en el tiempo, habiéndose constatado que así sucede en diversos estudios [1-15].

Ante el creciente interés en este ámbito, en futuras investigaciones, habría que considerar obtener una muestra más representativa del grupo a estudiar, eliminando sesgos de género, categoría sanitaria y edad para que los resultados sean más significativos.

El mindfulness como herramienta para mejorar el bienestar y la capacidad de afrontamiento y manejo de estrés de los profesionales sanitarios ha demostrado su eficacia, beneficiándose tanto el propio sanitario como los pacientes, al establecer una buena relación terapéutica basada en la empatía y la compasión.

5. Conclusiones

El personal sanitario sometido a alta presión, alta intensidad de cuidados, sobrecarga laboral y exceso de jornada presenta unos niveles moderados de burnout.

No se puede afirmar de forma categórica que una intervención basada en mindfulness de práctica de duración de una hora a la semana mediante una plataforma virtual (ZOOM) en personal sanitario, ha mostrado efectos psicológicos y cognitivos que pueden producir bienestar y reducir el estrés e incidir en el burnout al disminuir el cansancio emocional y la despersonalización y aumentar el nivel de realización personal percibido.

La práctica de atención plena de un programa de ocho semanas de duración no influye positivamente en el aumento de las sub-escalas del cuestionario FFMQ-E, especialmente las facetas: observación, descripción, y estar atento a corto plazo.

El impacto de realizar el taller de forma asíncrona resulta en un bajo nivel de compromiso en la realización del mismo, siendo más efectivas las técnicas de relajación en el grupo control. Por tanto, es preferible realizar sesiones grupales de mindfulness debido a una mayor adherencia a las prácticas de este tipo.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses. Los patrocinadores fundadores no tenían ningún papel en el diseño del estudio; en la colección, análisis o interpretación de los datos; en la escritura del manuscrito y en la decisión de publicar los resultados.

Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

FFMQ: *Five Facet Mindfulness Questionnaire*.

MBI-HSS: *Maslach Burnout Inventory Human Social Services*.

MBI: *Mindfulness Based Intervention*.

UAH: Universidad de Alcalá.

CE: Cansancio emocional.

DP: Despersonalización.

RP: Realización personal.

Referencias Bibliográficas

1. Fuertes C, Aranda G, Rezola N, Erramuzpe A, Palacios C. Persistencia a largo plazo de los efectos de un programa de mindfulness y autocompasión en profesionales sanitarios de Atención Primaria. *An Sin San Navarra*. 2019; 42:269–80. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0718>
2. Gozalo RMG, Tarrés JMF, Ayora AA, Herrero MA. Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. 2018; 43.
3. Lao SA, Kissane D, Meadows G. Cognitive effects of MBSR/MBCT: A systematic review of neuropsychological outcomes. *Conscious Cogn* [Internet]. 2016;45:109–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.concog.2016.08.017>
4. Pintado S. Programs based on mindfulness for the treatment of compassion fatigue in health professionals: a review. 2018;36:71–80.
5. Benito Oliver E, Rivera-Rivera P. El cultivo de la autoconciencia y el bienestar emocional en los profesionales que trabajan con el sufrimiento. *RIECS* [Internet]. 2019 [citado 3 agosto de 2020];4. Disponible en: www.riecs.es
6. Schmidt C, Vinet E V. Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Ter psicológica*. 2015;33:93–101.
7. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13:27–45.
8. Olivares-Faundez VE, Mena-Miranda L, Jelvez-Wilke C, Macia-Sepulveda F. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory human services (MBI-HSS) en profesionales Chilenos. *Univ Psychol*. 2014;13:145–60.
9. Martin A, Moix J, Pujol-Ribera E, Berenguera A. Effectiveness of a Mindfulness Education Program in Primary Health Care Professionals: A Pragmatic Controlled Trial. *J Contin Educ Heal Profr*. 2014; 34:4–12.
10. Amutio A, Martínez-Taboada C, Hermosilla D, Delgado LC. Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychol Heal Med*. 2015; 20:720–31.

11. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis. 2016.
12. Cebolla A, García-Campayo J, Demarzo M. ¿Cómo cambian los profesionales que practican Mindfulness? En: Mindfulness y Ciencia: de la tradición a la modernidad. 2014;151–70.
13. Yarnell LM, Stafford RE, Neff KD, Reilly ED, Knox MC, Mullarkey M. Meta-Analysis of Gender Differences in Self-Compassion. *Self Identity* [Internet]. 2015;14:499–520. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1029966>
14. Aranda G, Elcuaz R, Fuertes C, Güeto V. Evaluación de la efectividad de un programa en mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *ELSEVIER*. 2017;142–50.
15. Luis-Pascual JC. Impacto del programa Mindfulness Basado en la Terapia Cognitiva : estudio de caso en la Universidad de Alcalá. *RIECS* [Internet]. 2019 [citado 3 de agosto de 2020]; 4:28–38. Disponible en: www.riecs. Artículo Original



© 2021 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.