



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA

TRABAJO FIN DE GRADO

Entrenamiento en Atención Plena (programa MBCT)
para la regulación emocional y afrontamiento del estrés
en profesionales sanitarios.

Training in Mindfulness (MBCT program) for the
emotional regulation and stress coping in healthcare
workers.

Autor/a Elena García Barrios
Director/es: Soraya Otero Cuesta

Santander, Junio 2024

ENTRENAMIENTO EN ATENCIÓN PLENA (PROGRAMA MBCT) PARA REGULACION EMOCIONAL Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PERSONAL SANITARIO

INDICE

1. RESUMEN DEL PROTOCOLO.
2. INTRODUCCIÓN.
3. OBJETIVOS.
4. HIPÓTESIS.
5. METODOLOGÍA.
 - 5.1. Diseño del estudio.
 - 5.2. Sujetos Intervención.
 - 5.3. Medidas.
 - 5.3.1. Valoración del grado de Atención Plena: (FFMQ).
 - 5.3.2. Medida del grado de estrés y desgaste laboral (Maslach Burnout Inventory).
 - 5.3.3. Perceived Stress Scale (PSS).
 - 5.3.4. Valoración del curso mediante el Cuestionario de Valoración de la actividad.
 - 5.3.5. Cuestionario de Evaluación específico del programa MBCT.
 - 5.3.6. Cuestionario de valoración de la transferencia.
 - 5.4. Análisis estadístico.
 - 5.5. Confidencialidad y tratamiento de los datos.
 - 5.6. Especificaciones.
6. RESULTADOS.
 - 6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS.
 - 6.1.1. Datos Sociodemográficos y laborales de la muestra.
 - 6.1.2. Cuestionario de Valoración de la Atención Plena (FFMQ).
 - 6.1.3. Cuestionario de valoración del grado de quemamiento/agotamiento relacionado con el trabajo (MBI) y estrés percibido (PSS).
 - 6.1.4. Evaluación de los contenidos, calidad y utilidad del curso por parte de los participantes.
 - 6.2. ANÁLISIS COMPARATIVOS
 - 6.2.1. Cuestionario MBI.
 - 6.2.2. Cuestionario FFMQ.
 - 6.2.3. Cuestionario PSS.
7. DISCUSIÓN.
8. CONCLUSIONES.
9. AGRADECIMIENTOS.
10. BIBLIOGRAFÍA.

1. RESUMEN.

Entrenamiento en atención plena (programa MBCT) para regulación emocional y afrontamiento del estrés en profesionales sanitarios.

1.1. Introducción.

Los profesionales de la salud están sometidos a elevados niveles de estrés y de “quemamiento” profesional. El entrenamiento en Atención Plena (Mindfulness) mediante programas estandarizados ha mostrado su utilidad para mejorar las habilidades de Atención Plena y reducir el estrés y el burnout en los profesionales sanitarios.

1.2. Objetivo.

El propósito del presente estudio es valorar la utilidad de un programa de formación en Mindfulness (MBCT) de 8 semanas de duración, con un total de 30 horas, impartido en el Hospital de Valdecilla para profesionales sanitarios del Sistema de Salud de Cantabria y su eficacia en mejorar las habilidades de atención Plena, y reducir el estrés y el burnout en los profesionales que completan el mismo.

1.3. Hipótesis.

Nuestra hipótesis principal es que este curso dota a los profesionales sanitarios de herramientas de mejora de su nivel de Atención Plena (Mindfulness) y que estas habilidades permitirán reducir los niveles de estrés y mejorar el quemamiento profesional. Además, hipotetizamos que el curso será bien valorado y se considerará de utilidad tanto en el ámbito profesional como en el personal

1.4. Metodología.

Se trata de un estudio prospectivo con medidas pre y post intervención. Los participantes en el curso (51) completaron (antes de iniciar el curso y después de 12 semanas de finalizado) autoinformes para medir el nivel de “quemamiento profesional” (MBI), grado de atención plena (FFMQ) y grado de estrés general (PSS). Además, completan datos sociodemográficos/laborales y cuestionarios sobre valoración y utilidad del curso una vez terminado, así como sugerencias de mejora.

1.5. Resultados.

Los participantes han valorado de forma muy favorable el curso encontrándolo útil y aplicable tanto en la vida personal como en la profesional, y con un grado de asistencia e interés elevado. Respecto a las dimensiones del burnout, aunque las medidas de despersonalización disminuyen tras el curso y aumentan las de realización personal, solo encontramos diferencias significativas en lo referente al cansancio emocional. En cambio, la mayor parte de las medidas de Atención Plena (observar, describir, no juzgar la experiencia ajena, no reactividad sobre la experiencia interna, además de en la valoración global de la misma, mejoran de forma significativa en el seguimiento 12

semanas después de finalizado el curso. Por último, en las medidas del estrés percibido se objetiva una clara reducción en el seguimiento tras la finalización del curso.

1.6. Conclusiones.

El curso MBCT es adecuado, bien valorado, y resulta de utilidad para mejorar el nivel de atención plena y reducir el burnout y el estrés de los profesionales sanitarios.

1.7. Palabras clave.

Atención plena, profesionales de salud, educación continuada, quemamiento, manejo del estrés.

1. SUMMARY.

Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): an intervention program for emotional regulation and stress coping for healthcare professionals.

1.1. Introduction.

Healthcare professionals are exposed to high levels of stress and burnout. Mindfulness training through standardized programs has proven its usefulness in improving mindfulness skills and reducing stress and burnout for healthcare professionals.

1.2. Objective.

The purpose of this study is to evaluate the effectiveness of an 8-week, 30-hour Mindfulness Training Program (MBCT) conducted at Valdecilla Hospital for healthcare professionals working in the Cantabria Health System. The study aims to assess the program's utility in improving mindfulness skills and reducing stress and burnout among participants.

1.3. Hypothesis.

Our main hypothesis is that this course provides healthcare professionals with tools to improve their level of mindfulness, which in turn will reduce stress levels and improve burnout. Additionally, we hypothesize that the course will be well-received and considered useful both professionally and personally.

1.4. Methodology.

This is a prospective study with pre- and post-intervention measures. The 51 course participants completed self-reports to measure levels of burnout (MBI), mindfulness (FFMQ), and general stress (PSS) both before the course and 12 weeks after it ended. Additionally, once the course was finished, participants provided sociodemographic and work-related information, and completed questionnaires on the course's evaluation and usefulness, as well as suggestions for improvement.

1.5. Results.

Participants rated the course very favorably, finding it useful and applicable both in their personal and professional level, with high rates of attendance and interest. In the follow-up, regarding burnout dimensions, significant differences were found in emotional exhaustion although depersonalization decreased, and personal realization improved. Most mindfulness measures—observing, describing, not judging others' experiences, non-reactivity to internal experiences, and overall assessment—improved significantly in the follow-up 12 weeks after the course ended. In addition, a clear reduction in perceived stress measures was observed in the follow-up period.

1.6. Conclusions.

The MBCT course is appropriate, well valued and useful for improving mindfulness levels and reducing burnout and stress among healthcare professionals.

1.7. Key words.

Mindfulness, continuous educational interventions, health professionals, burnout, stress management.

2. INTRODUCCIÓN.

El término Mindfulness (Atención Plena) puede definirse como «La conciencia que surge de prestar atención, de forma intencional, a la experiencia tal y como es en el momento presente, sin juzgarla, sin evaluarla y sin reaccionar a ella» (Baer, 2003). Según su creador, los elementos fundamentales de la terapia basada en atención plena son la conciencia y la aceptación sin juicios de la experiencia momento a momento (Kabat-Zinn 2016). El paradigma presenta dos componentes principales: de regulación por un lado, y de orientación hacia la propia experiencia con curiosidad, apertura y aceptación en el momento presente por otro (Bishop et al 2004). Se basa en una serie de prácticas de la psicología budista adaptadas al pensamiento occidental.

Durante los últimos 30 años, la práctica de Mindfulness o Atención Plena está integrándose a la Medicina y Psicología de Occidente. Es aplicada, estudiada y reconocida como una manera efectiva de reducir el estrés, reducir los síntomas físicos y psicológicos asociados, aumentar la autoconciencia, y mejorar el bienestar general. Además, la práctica de la atención plena parece aumentar la capacidad de discernimiento y de compasión (Asensio-Martínez, 2017).

Algunas de las aproximaciones terapéuticas más novedosa para diferentes tipos de patologías incluyen el entrenamiento en Mindfulness. Vamos a revisar algunos de los modelos que incorporan Mindfulness con mayor base de evidencia científica.

- Psicoterapia gestáltica: es una terapia de corte vivencial, que usa dinámicas grupales, psicodrama y otras técnicas. Dentro de sus postulados incorpora elementos de Mindfulness como el concepto del "aquí y ahora", que significa el darse cuenta de nuestro entorno y de nosotros mismos en el presente (Vásquez-Dextre et al. 2016).
- Terapia Dialéctica Conductual (TCD): es un programa desarrollado para tratar personas con desregulación emocional y conductas disfuncionales severas como intentos suicidas y conductas autolesivas, siendo las personas con Trastorno Límite de Personalidad las principales beneficiadas de este tratamiento. Fue creada por la psicóloga Marsha Linehan en la década del 90. La TCD combina elementos conductuales con otros como la validación y la aceptación basados en filosofías budistas, buscando una dialéctica entre la aceptación y el cambio. En la TCD el mindfulness forma parte de una de las cuatro habilidades que los pacientes deben aprender, que le sirve para tolerar el malestar, así como regular sus emociones (Linehan et al. 2006).
- Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Fue desarrollada por Hayes en 2002. Se basa en la Teoría de los Marcos Relacionales, según la cual la conducta verbal de los seres humanos está determinada por la habilidad aprendida de relacionar eventos de manera arbitraria y transformar las funciones de un estímulo en base a su relación con otros. Los conceptos claves de la ACT son la fusión, evaluación, evitación y razonamiento. La fusión cognitiva se refiere a la tendencia a que el conocimiento verbal domine otras fuentes de regulación conductual. A partir de ella la conducta humana es más guiada por redes verbales inflexibles que por el contacto con las contingencias ambientales, afectando no solo la conceptualización del pasado o el futuro, sino también la idea que las personas tienen de sí misma. Para trabajar estos aspectos se usan ejercicios de meditación y de mindfulness (Hayes et al. 2002).
- Terapia Breve Relacional (BRT): Ha sido desarrollado por Safran y Muran en el 2005, no es un enfoque multicomponente, sino una forma de abordar sesiones de psicoterapias. La BRT considera que el desarrollo del mindfulness en los pacientes es básico para la consecución de los objetivos de la psicoterapia, ya que requieren aprendizaje experiencial que solo se puede obtener manteniendo la atención. De esta manera, al igual que en las prácticas entrenadas en los Intervenciones basada en Mindfulness, ayuda a “desautomatizar” el funcionamiento cognitivo para dejar de adherirse a los propios pensamientos y sentimientos (Safran et al. 2005).

El modelo fundacional de Mindfulness es el MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction, o Modelo de reducción de estrés basado en Mindfulness), creado por Jon Kabat-Zinn y su equipo, a finales del siglo XX, en la Clínica de la Reducción del Estrés del Hospital de la Universidad de Massachusetts, en Estados Unidos (Kabat-Zinn et al, 1982).

Desarrollaron un programa de 8 semanas para ayudar a las personas a aprender a convivir con condiciones médicas crónicas. Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados: no juzgar, tener paciencia, mente de principiante, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básica, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar. Los componentes del programa son cinco: la meditación estática, la atención en la vida cotidiana, la meditación caminando, la revisión atenta del cuerpo y el movimiento consciente. Actualmente, este programa se imparte en numerosos hospitales y clínicas de Estados Unidos y de todo el mundo, y se considera un complemento para el tratamiento de patologías como psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post- infarto, y otras, como revisaremos más adelante con mayor detalle. (Kabat-Zinn et al. 1982, 2016).

Un modelo posterior basado en MBSR pero que incorpora además el paradigma cognitivo conductual es el MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy, Terapia Cognitiva basada en Mindfulness), desarrollado por Segal, Williams y Teasdale en el 2002, para prevenir recaídas en la depresión crónica. Utiliza además de las técnicas específicas provenientes del MBSR, técnicas cognitivo-conductuales, como hemos señalado, entrenando a los pacientes para cambiar el modo de relacionarse con sus pensamientos, tomando consciencia de estos y de sus emociones negativas, y facilitando de esta forma su afrontamiento (Williams et al. 2002).

Este tipo de entrenamiento en atención plena permite mejorar la capacidad de relacionarse de forma directa con aquello que está ocurriendo en el momento presente. Es una forma de tomar conciencia de la realidad, creando la oportunidad de trabajar con el estrés, dolor, enfermedad, la pérdida y los desafíos de la vida. En contraposición, la falta de atención conlleva a un aumento de las preocupaciones por el pasado o el futuro, conduce al descuido, al olvido y al aislamiento lo que origina reacciones de manera automática y desadaptativa (Bruin et al. 2020).

Aunque los objetivos iniciales en la investigación con mindfulness fueron el dolor, el estrés y la calidad de vida, las posibles aplicaciones clínicas se han ido incrementando y diversificando con el paso de los años encontrándose entre ellas:

- Trastornos del estado de ánimo: Klainin-Yobas y sus colegas realizaron un metaanálisis donde se evaluó la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en síntomas depresivos en personas con patologías mentales concluyendo que estas intervenciones eran eficaces para aliviar los síntomas depresivos (Klainin-Yobas et al. 2012). Además, Piet y colegas en 2011 en un metaanálisis que evaluó la eficacia del MBCT en la prevención de recaída de pacientes con depresión mayor recurrente, indican que la MBCT es efectiva para prevenir recaídas en estos pacientes sobre todo en aquellos con tres o más

episodios previos, debido a que interrumpe el patrón de pensamiento rumiador en los momentos de riesgo de recaídas (Piet et al. 2011). Otros estudios como los realizados por Williams y sus colegas, en pacientes con trastorno bipolar, sugieren un efecto positivo inmediato sobre sus síntomas ansiosos y depresivos, así como en su ideación suicida (Williams et al. 2007).

- Trastornos de ansiedad: en un estudio realizado por Evans y colaboradores en 2008 se evaluó a once pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) que recibieron entrenamiento en MBCT. Los resultados obtenidos indicaron significativa reducción de síntomas ansiosos y depresivos respecto a la línea basal (Evans et al, 2008). Posteriormente, se compararon 39 pacientes con TAG que recibieron por ocho semanas entrenamiento en MBSR y un grupo control, concluyendo que el MBSR puede ser beneficiosa para reducir síntomas ansiosos en el TAG, así como disminuir la reactividad al estrés (Hoge et al,2013).
- Estrés – distrés: Khoury y sus colegas en dos metaanálisis diferentes sobre intervenciones basadas en Mindfulness concluyeron que este tipo de tratamiento es efectivo para una variedad de problemas psicológicos, y en especial para el estrés (Khoury et al, 2013, 2015).
- Somatización: Lakhan y sus colegas, en 2013, hallaron que estas intervenciones basadas en MBCT disminuían el dolor, la ansiedad, depresión y la severidad de los síntomas asociados a la somatización y mejoraba la calidad de vida de los pacientes (Lakhan et al. 2013).
- Abuso de sustancias: Chiesa y colaboradores realizaron una revisión sistemática indicando que la evidencia actual sugiere que las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir la compulsión por el consumo de sustancias como alcohol, cocaína, marihuana, anfetaminas, tabaco y opiáceos, en un grado significativamente mayor que los controles de lista de espera y los grupos de apoyo (Chiesa et al. 2014).
- Trastornos de conducta alimentaria: Kristeller creó en 2011 un programa denominado Entrenamiento de la Conciencia de la Alimentación basada en Mindfulness (MB-EAT), para tratar el trastorno por atracones y otras patologías asociadas. De esta forma a través de sesiones individuales y grupales el paciente entrena la Atención Plena, y mejora la conciencia de comer, el balance emocional y la autoaceptación (Kristeller et al. 2011,2014).
- Dolor: Reiner y colaboradores realizaron una revisión de 16 estudios sobre intervenciones basadas en mindfulness para el dolor, hallando que estas intervenciones disminuían la intensidad del dolor en pacientes con dolor crónico (Reiner et al. 2013).
- Cáncer: Ledesma y colegas en el 2009 evaluaron los efectos del MBSR en el estado de salud física y mental de varios pacientes con cáncer. Los resultados sugirieron que MBSR puede mejorar el ajuste psicosocial de los pacientes con cáncer (Ledesma y Kumano, 2009).

- Enfermedad cerebrovascular: Una revisión sistemática hecha por Lawrence en el 2013 objetivó los beneficios de las intervenciones basadas en mindfulness en el ataque isquémico transitorio y el accidente cerebrovascular, encontrando una tendencia positiva a favor de los beneficios de las intervenciones basadas en mindfulness en una serie de factores psicológicos, fisiológicos y psicosociales, como ansiedad, depresión, presión arterial, percepción de la salud y calidad de vida de estos pacientes (Lawrence et al. 2013).

Además de las aplicaciones terapéuticas de las intervenciones basadas en Mindfulness (MBIs) para diferentes tipos de patología físicas y mentales, y casi de forma paralela, surgió el interés por aplicar estos conocimientos en el ámbito laboral. Una revisión sistemática del 2018 (Janssen et al. 2018) ha demostrado que los entrenamientos en MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) y en MBCT (Mindfulness-based cognitive therapy) producen mejoras en la salud mental de los trabajadores, reduciendo los niveles de cansancio emocional, de estrés, ansiedad y depresión.

Respecto al ámbito laboral sanitario, es conocido que su personal experimenta mayores niveles de estrés laboral y de absentismo por enfermedad que los trabajadores de otros sectores. Este tipo de intervenciones pueden proporcionarles los conocimientos y las habilidades necesarias para reconocer el estrés y gestionarlo más eficazmente (Spinelli et al. 2019). Entre ellos, los cursos de control del estrés basados en los principios de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y las intervenciones basadas en la atención plena (MBI's) son los que han demostrado una mayor eficacia para reducir el estrés en el lugar de trabajo. Por otra parte, el entrenamiento en Atención Plena/Mindfulness también puede ser útil para modificar la relación terapéutica con los pacientes ya que permite el estar más conectados a su experiencia. Sin embargo, la investigación sobre los efectos de estas intervenciones en la disminución de la tasa de enfermedades que sufren los trabajadores (Spinelli et al. 2019) o la mejora en la atención a los pacientes es más limitada (Braun et al. 2019).

La utilización de intervenciones basadas en Mindfulness se está incrementando entre el personal sanitario para la reducción del llamado “quemamiento profesional” (burnout) además de mitigar, como hemos comentado, los efectos negativos del excesivo estrés laboral. Se ha detectado una elevada tasa de ambos entre el personal sanitario, como hemos comentado, siendo aún más patente en los últimos años por la pandemia COVID-19. Las investigaciones apuntan a que ambos tipos de problemas pueden ser mejorados mediante este tipo de intervenciones (Hamilton-West et al. 2018, Rodríguez-Vega et al. 2020).

Vamos a revisar ahora de forma más pormenorizada tres tipos de publicaciones: Revisiones sistemáticas, metaanálisis y trabajos de investigación centrados en el uso de Intervenciones estandarizadas basadas en Mindfulness en personal sanitario.

En 2018, Ryan Askey-Jones y sus colegas publican un estudio en personal sanitario del ámbito de la salud mental, entre los que se habían constatado elevados niveles de burn-out. Los datos indican que el agotamiento puede reducir la productividad y la calidad de la atención a los pacientes. Las intervenciones basadas en el entrenamiento en Atención Plena habían demostrado su eficacia para mitigar el agotamiento en este colectivo. Para confirmarlo se evalúan una serie de grupos que se sometieron a una intervención grupal de 8 semanas (MBCT) adaptada para profesionales sanitarios. Los participantes completaron el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Friedberg Mindfulness Inventory (FMI) antes, después de la intervención y a los 6 meses de seguimiento. El análisis reveló una mejora significativa global y grandes tamaños del efecto en las tres subescalas del MBI y las del FMI, y correlaciones significativas entre los niveles de Atención Plena y la reducción del burn-out. Por tanto, estos resultados sugieren que los grupos MBCT para profesionales sanitarios ofrecen una intervención prometedora en la reducción del burnout. Como resultado, los autores recomiendan considerar el programa MBCT como parte de un paquete de atención para el personal de salud mental, tanto como función preventiva como intervención para reducir el burnout entre el personal sanitario.

En un estudio del mismo año (Hamilton-West et al 2018) los autores demostraron que la formación en MBCT mejoraba el estrés y el agotamiento en una cohorte de médicos de familia del NHS (National Health Service) en Reino Unido. Los sujetos (22) asistieron a una versión modificada del curso MBCT aprobado por el National Institute for Health and Care Excellence. El curso constaba de ocho sesiones semanales de 2 horas cada una con prácticas de mindfulness para realizar para casa entre sesiones. Los participantes completaron el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la Escala de Estrés Percibido (PSS), en tres momentos diferentes: antes (línea de base), un mes (T2) y tres meses (T3) después de asistir al curso. También se obtuvieron datos cualitativos sobre las experiencias de los participantes en el curso. En T2, se obtuvieron datos de 21 participantes (95%); las puntuaciones del PSS fueron significativamente más bajas que al inicio, al igual que las puntuaciones del MBI de agotamiento emocional y despersonalización. En T3 se obtuvieron datos de 13 participantes con puntuaciones en PSS y en agotamiento emocional significativamente más bajas, mientras que en realización personal fueron significativamente más altas que al inicio. En conclusión, los participantes afirmaron que el curso les ayudó a gestionar las presiones laborales, sentirse más relajados, disfrutar de su trabajo y experimentar una mayor empatía y compasión, tanto por uno mismo como por los compañeros y por los pacientes.

Con una perspectiva diferente y ampliada, Braun y sus colegas publicaron en 2019 una **revisión sistemática** en la que seleccionaron un total de 26 estudios. Se valoró si realizar un curso de entrenamiento en mindfulness era efectivo en la mejora en la atención y el cuidado del paciente (medidas realizadas por autoinformes de los profesionales y por cuestionarios de sus pacientes atendidos). Al mismo tiempo se propuso un modelo integrador de los efectos de estas prácticas sobre el cuidado de la salud tanto de los

profesionales como de las personas a su cuidado. Los propios profesionales encontraron efectos importantes en la mejora en el cuidado del paciente y efectos moderados sobre seguridad y mejora de resultados de los tratamientos. Sin embargo, los resultados sobre la mejora en la satisfacción del paciente fueron débiles (Braun et al. 2019). Estos hallazgos, aunque esperanzadores, cuentan con un número de estudios y muestra escasos por lo que se debería implementar la investigación futura sobre el tema.

En otro **metaanálisis** del mismo año sobre los efectos de los cursos estandarizados de Mindfulness (Mindfulness Based Interventions: MBIs) para los profesionales sanitarios (Spinelli et al. 2019) se incluyeron 38 estudios. Los autores encontraron efectos positivos significativos sobre la ansiedad y la depresión, así como beneficios sobre el agotamiento, el bienestar y la reducción del estrés. No encontraron, en cambio, efectos significativos sobre la salud física y el rendimiento laboral. Los análisis por subgrupos sugieren la importancia de valorar las necesidades específicas de los participantes para adaptar y seleccionar correctamente el tipo de intervención que necesitan. Por ejemplo, las MBIs parecen ser menos efectivas en reducir el burnout entre trabajadores más jóvenes. Además, estos autores plantean, al igual que en las revisiones previas, la necesidad de estudios más rigurosos metodológicamente aludiendo las limitaciones derivadas de los diferentes tipos de intervención, la población diana, y a la falta de grupos control en un porcentaje importante de los estudios analizados.

En 2020 Klein y sus colaboradores (Klein et al. 2020) publicaron una **revisión sistemática** centrada en los efectos de las MBIs específicamente sobre el quemamiento (Burnout) entre los profesionales de la salud. Los autores realizaron esta revisión sistemática utilizando los estándares PRISMA de las bases de datos más importantes (PubMed, PsylInfo, Web of Science, Science Direct). Se identificaron 34 artículos originales en inglés, publicados hasta septiembre de 2018, los cuales fueron leídos por completo de forma independiente por distintos autores. La calidad de los ensayos controlados aleatorizados fue evaluada utilizando una metodología estandarizada de valoración (National Institute of Health). De estos 34 artículos, 9 fueron RCT (Randomized Controlled Trials”, ensayos con controles aleatorizados), y sólo la mitad de ellos concluyen efectos positivos de las MBIs sobre el agotamiento profesional, los 5 restantes no alcanzaban significación estadística. Otros 4 eran ensayos controlados sin aleatorizar y mostraron en general mejoras en el agotamiento de los profesionales. Los 21 restantes eran estudios sin grupos control. Los autores concluyen que el nivel de evidencia es insuficiente, los estudios son muy heterogéneos, y aunque algunos sugieren resultados prometedores, es necesario mejorar la calidad metodológica de los estudios, así definir mejor las poblaciones diana y el contexto de la intervención.

Fendel y sus colegas, en 2020, (Fendel et al. 2020) publicaron un estudio experimental con un programa de Atención Plena de 8 semanas en una muestra muy amplia: 159 residentes de diferentes especialidades médicas y sin experiencia previa en mindfulness.

El objetivo era valorar la influencia del entrenamiento y práctica del mindfulness en múltiples áreas de la vida laboral y personal de los participantes. Los sujetos completaron diferentes autoinformes sobre estrés y salud mental. Además, se evaluó el cortisol en el cabello humano como un biomarcador de estrés. Estas medidas se realizaron antes y después de realizar el programa. Los resultados fueron favorables ya que los participantes calificaron positivamente el programa en cuanto a satisfacción, utilidad, uso y beneficio personal y profesional. Todos los participantes completaron el curso, hubo un nivel alto de asistencia, y el tiempo medio de práctica diaria fue de 13 minutos. Se observaron mejoras en el estrés percibido, en la salud mental, en las medidas de atención plena y autocompasión. También se constató una reducción en el estrés laboral y del agotamiento, así como mejoras en la percepción del desempeño laboral y en la empatía del profesional. Se observó además una reducción media de la secreción de cortisol capilar lo que es especialmente interesante ya que aporta una variable dependiente objetivable.

En otro trabajo publicado el mismo año, los autores (Kersemakers et al. 2020) realizaron un estudio piloto de viabilidad y utilidad de un curso de liderazgo basado en las prácticas de mindfulness en el que participaron 52 médicos especialistas. Utilizaron las sub-escalas de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal de la "Utrecht Burnout Scale" (UBOSC), que es una versión holandesa del "Maslach Burnout Inventory" (MBI) para evaluar los síntomas del burnout. Utilizaron otras escalas para medir el nivel de estrés personal y laboral, la salud mental y el estilo de liderazgo de los participantes. Todas estas medidas se utilizaron en tres momentos diferenciados: 3 meses antes, inmediatamente antes y después de finalizado el entrenamiento, y se midieron las diferencias significativas en un diseño de medidas repetidas intrasujeto. En los resultados, constataron reducciones significativas en el nivel de despersonalización, de preocupación, de la interferencia negativa entre el trabajo y el hogar además de mejoras en la satisfacción con la vida y el liderazgo ético. Por otra parte, también se señala que la mayoría de los participantes informan de la dificultad para encontrar tiempo como una barrera importante para practicar e incorporar las técnicas aprendidas en el día a día.

En 2020, Caixia Xie y colaboradores (Xie et al. 2020) realizaron un estudio RCT en enfermeras de cuidados intensivos, las cuales presentaban una alta tasa de burn-out, con repercusiones negativas en su salud física y mental. Se reclutaron 106 enfermeras de 2 UCIs que cumplían los criterios de inclusión. Este programa consistía en asignar aleatoriamente bien a una intervención educativa del burn-out (n=53) o a una intervención basada en el mindfulness (n=53). Fueron usadas diferentes escalas, la Maslach Burnout Inventory (MBI), Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS), y la Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II) en diferentes momentos: T0 (antes de la intervención), T1 (tras una semana de intervención), T2 (un mes después de la intervención), y T3 (3 meses después de la intervención). Un total de 91 enfermeras

completaron el estudio. Los resultados demostraron una disminución significativa del cansancio emocional para el grupo que había recibido entrenamiento en Mindfulness y este efecto se mantenía 3 meses después de la intervención. El estudio concluye que estas intervenciones pueden mejorar la atención plena y reducir el burn-out entre el personal sanitario con elevadas tasas de quemamiento profesional.

Otro estudio de ese mismo año (Hente et al. 2020) evaluó la eficacia del entrenamiento en MBCT administrado in situ durante las horas de trabajo para reducir el estrés y mejorar el bienestar en un equipo interdisciplinar de atención sanitaria a personas con enfermedad crónica. Se realizó un estudio longitudinal, observacional y de métodos mixtos que utilizó una encuesta creada a partir de herramientas de evaluación validadas para medir la eficacia de la formación. Las encuestas se completaron antes de la formación, y tras 1 y 15 meses de su inicio. Veinticuatro profesionales participaron en 6 sesiones de formación en MBCT. Las respuestas anteriores y posteriores al mes revelaron mejoras estadísticamente significativas de la empatía, el estrés percibido, la despersonalización, la ansiedad, la toma de perspectiva, la resiliencia y el afecto negativo. A los 15 meses se observaron efectos sostenidos en la empatía, la toma de perspectiva y los síntomas depresivos. Las encuestas realizadas un mes después de la formación indicaron que una cuarta parte de los encuestados (25%) practicaba las habilidades al menos 5 veces entre sesiones; a los 15 meses, el 35% afirmaba practicar con la misma frecuencia. Los participantes declararon utilizar las habilidades de atención plena para los acontecimientos estresantes personales (74%), el estrés general relacionado con el trabajo (65%), el estrés relacionado con los pacientes (30%), el sueño o la relajación general (22%) y el bienestar (13%).

Rodríguez-Vega y colaboradores en 2020 publican un estudio sobre el impacto de la pandemia del COVID-19 sobre el personal sanitario que experimentaba una alta carga de trabajo, agotamiento físico, miedo, trastornos emocionales y desregulación de los patrones de sueño (Rodríguez -Vega et al. 2020). En este estudio el Equipo de Salud Mental del Hospital Universitario La Paz de Madrid desarrolló una intervención breve basada en Mindfulness para el personal sanitario de primera línea, con el objetivo de entrenar la regulación emocional. Se realizó una intervención breve (entre 5 y 10min), impartida in situ (en las salas de COVID-19) y de forma repetida (dos veces al día, 7 días a la semana), durante 7 semanas. El objetivo era describir esta intervención y explorar su viabilidad, utilidad y seguridad para el personal sanitario de primera línea en medio de la tormenta COVID-19. En cada sesión se entrenaron tres elementos: (1) Atención focalizada a través de la invitación a descansar basándose en un ancla específica, como la respiración, partes del cuerpo como manos o los pies, o los sonidos del entorno; (2) Movimientos conscientes a través de ejercicios suaves de estiramiento de hatta yoga; y (3) Compasión, a través de un lenguaje y una actitud amables y acogedoras, por medio de frases y gestos concretos que invitaban a cuidar de uno mismo. Además, se invitó a los participantes a reconocer y aceptar sin juzgar cualquier emoción pensamiento y

sensación corporal que surgiera durante la práctica. Se celebraron más de 3.000 sesiones entre el 10 de marzo y el 26 de abril de 2020 en las que cualquier trabajador del hospital podía participar. Los participantes percibieron la intervención como útil para reducir el estrés con una puntuación media de 8,4 en una escala de 0 a 10. No hubo diferencias estadísticas significativas en cuanto a la utilidad percibida entre los participantes que asistieron a una sola sesión y los que asistieron a más de una sesión. Por otro lado, se encontraron efectos adversos leves en 3 participantes que objetivan mareos y aumento de la ansiedad tras la sesión. Los resultados de este estudio muestran los beneficios que una intervención breve basada en mindfulness tiene en el bienestar del personal sanitario en situaciones de crisis y en entornos laborales exigentes (Rodríguez-Vega et al. 2020).

En 2021, Strauss y colegas de la Universidad de Sussex evaluaron si una modificación del MBCT original, el modelo de Terapia Cognitiva basado en Mindfulness para la vida MBCT-L, podría reducir el estrés en los trabajadores de la salud y valorar además una serie de variables secundarias. Este es el primer ensayo controlado aleatorizado de MBCT-L. Los participantes eran trabajadores del NHS, que fueron asignados aleatoriamente (1:1) para recibir MBCT-L o lista de espera. La variable principal analizada fue el estrés auto informado tras la intervención. Otras variables analizadas fueron el bienestar, la depresión, la ansiedad y los resultados relacionados con el trabajo. Además, se exploraron la atención plena y la autocompasión/compasión con los demás como mecanismos potenciales de los efectos sobre el estrés y el bienestar. Para ello se asignaron 234 participantes a MBCT-L o a lista de espera. Un total de 168 (72%) participantes completaron las valoraciones y de los que comenzaron el MBCT-L el 73,40% (n = 69) asistieron a la mayoría de las sesiones. El MBCT-L mejoró significativamente los niveles de estrés en comparación con los controles. También se encontraron efectos en el bienestar, la depresión y la ansiedad, pero no en los resultados relacionados con el trabajo. La atención plena y la autocompasión mediaron los efectos sobre el estrés y el bienestar. Los autores concluyen que la intervención MBCT es efectiva para el manejo del estrés y la ansiedad en personal sanitario ya que reduce los niveles de estos parámetros de forma significativa con respecto al personal que se encontraba en lista de espera (Strauss et al, 2021).

En 2022, Morrow y sus colegas, realizaron un estudio en la universidad de Utah y en el Huntsman Cancer Hospital en el que los participantes fueron personal sanitario que completó un curso de MBIs, respondiendo a encuestas antes y después de su inicio. Este estudio usó una muestra de 22 empleados que asistieron a un curso de 8 semanas con sesiones de 2 horas semanales y prácticas diarias. Se les solicitó que completaran el Maslach Burnout Inventory (MBI) y Perceived Stress Scale (PSS) antes del inicio y posteriormente, tras un mes (T2), y tres meses (T3) de su realización. En T2 ya las puntuaciones en las escalas PSS eran significativamente menores que al inicio, igual que el índice de MBI, obteniéndose resultados incluso mejores en T3. El personal sanitario

que formaba parte del estudio afirmó que el curso les proporcionó ayuda para manejar la presión del trabajo, sentirse más relajados, disfrutar su trabajo además de aumentar su empatía tanto hacia ellos mismos como hacia sus compañeros y pacientes. (Morrow et al. 2022). Este estudio no obstante tiene varios fallos metodológicos ya que debido al anonimato de las entrevistas no se pudo comparar la propia respuesta individual antes y después de la intervención en cada participante y la mayoría de ellos no respondieron a ambas.

Una **revisión sistemática** del mismo año (Sulosaari et al. 2022), investigó el impacto de las terapias basadas en Mindfulness (MBIs) para mejorar el bienestar psicológico específicamente en muestras de enfermeras. Se incluyó un total de 11 ensayos controlados aleatorizados y otros estudios cuasi-experimentales con un total de 1009 participantes. Las medidas de resultados fueron el estrés, la depresión, la ansiedad, el agotamiento, la resiliencia, la calidad de vida, la autocompasión, la felicidad y el nivel de mindfulness. Todos menos uno de los trabajos revisados mostraron resultados positivos, y diez estudios concluyeron que los programas basados en mindfulness mejoran el bienestar psicológico de las enfermeras, disminuyen su nivel de estrés y reducen la tasa de burn-out. Sin embargo, los autores concluyen que sigue siendo necesario el incluir medidas más consistentes, utilizar muestras de población más amplias, y estudios más rigurosos metodológicamente para determinar la eficacia de la terapia basada en Atención Plena.

Un estudio publicado en 2023, (Kim et al, 2023) examinó el papel del Programa Mindfulness Ambassador (MAP) online, de 4 semanas de duración, en el agotamiento de los trabajadores sanitarios durante la pandemia COVID 19. Un total de 130 trabajadores sanitarios de Ontario, Canadá, participaron en el estudio. El 58% de los participantes realizó prácticas de mindfulness de 1 a 3 veces por semana. El 8,5% de los profesionales sanitarios nunca practicó mindfulness y el 42% lo hizo casi a diario; el 55% de los trabajadores sanitarios completó las cuatro sesiones, el 23% completó tres y el 17% completó dos sesiones. Para medir el quemamiento profesional se usó el MBI-HSS. Las diferencias entre los resultados del burnout (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) entre los tres momentos temporales (línea de base, post-intervención y encuesta de seguimiento) se examinaron mediante análisis de regresión lineal, aplicando el enfoque de mínimos cuadrados generalizados (GLS). Se añadieron al modelo (modelo ajustado) otras variables como las características de los participantes (edad, sexo), el rol del trabajador sanitario (clínico, no clínico), el lugar de trabajo (primera línea o virtual/online), los años de servicio ocupacional, y variables relacionadas con mindfulness como la exposición previa al programa de mindfulness (Sí/No), el número de sesiones a las que se asistió, y la frecuencia de la práctica de mindfulness entre sesiones. Casi la mitad de los trabajadores sanitarios (46,2%) sintieron un elevado agotamiento emocional durante la pandemia. A pesar de ello, la mayoría de los profesionales sanitarios se sentían realizados personalmente y no mostraban elevada

despersonalización, lo que puede indicar un compromiso significativo con su función de atención a una población vulnerable. La puntuación media de agotamiento emocional se situó en el extremo superior de la categoría moderada, la despersonalización se clasificó en el nivel moderado igual que la realización personal. Sin tener en cuenta las covariables, el nivel de agotamiento emocional fue significativamente menor después del programa de mindfulness de 4 semanas en comparación con la línea de base. Además, se mantuvo más bajo en la encuesta de seguimiento (4 semanas después de la finalización del MAP) en comparación con la basal. Del mismo modo, el nivel de despersonalización fue significativamente menor después del programa y se mantuvo más bajo en el seguimiento. Sin embargo, el nivel de realización personal se mantuvo sin cambios tras el programa y tras 4 semanas de su finalización. Los análisis concluyeron además que la cantidad de práctica de mindfulness está asociada con la reducción del agotamiento emocional. Además, la práctica frecuente de mindfulness ayuda a aumentar la realización personal y a reducir la despersonalización.

Una vez que hemos analizado las principales revisiones sistémicas y meta-análisis así como algunos de los estudios recientes de mayor calidad metodológica sobre los modelos de intervención basados en Mindfulness podemos concluir que, en general, hay una evidencia consistente en que estas intervenciones mejoran las habilidades de atención y regulación emocional que se entrenan de forma específica durante el curso. Además, también se evidencian de forma consistente mejorías en los niveles de estrés de los profesionales que reciben este entrenamiento. Sin embargo, la evidencia es menos concluyente en lo referente a los efectos positivos sobre el síndrome de quemamiento profesional.

Aspectos importantes a considerar son, no sólo el porcentaje de asistencia a las sesiones e interés práctico de los contenidos del curso, en general elevados en casi todas las muestras, sino también el grado de compromiso con la práctica de las habilidades aprendidas, que actúa como una covariable positiva en sus efectos tanto a corto como a largo plazo, de las mejoras obtenidas (Parsons et al. 2017, Kim et al. 2023).

Además, se debe tener en consideración que, como ocurre en otros campos relacionados con las medidas auto-informadas sobre los efectos de las intervenciones dirigidas a mejorar la salud y el autocuidado, los estudios realizados en el entorno laboral sanitario son heterogéneos en cuanto a medidas, utilizando diferentes y variados tipos de auto-informes. Como hemos revisado, sí hay mayor homogeneidad en las medidas más específicas para valorar el grado de estrés, el de “quemamiento profesional”. así como los relacionados con las habilidades de Atención Plena que se entrenan.

En cuanto al diseño experimental, los RCT son el “gold-standard” en investigación, e idealmente con grupo control activo (es decir que reciban algún tipo de intervención), y en los últimos años se están publicando más trabajos de este tipo (Xie et al. 2020),

aunque los RCT con lista de espera como grupo control son más frecuentes (Strauss et al. 2022). Sin embargo, la mayoría de los estudios como hemos visto, son grupos de intervención, en el mejor de los casos, con medidas previas y posteriores a la intervención, en las que cada sujeto actúa como “control” de sí mismo. Otro problema es que las muestras en general son pequeñas, lo que limita la validez de los resultados y en muchos casos impide alcanzar niveles de significación estadística.

En esta revisión nos hemos centrado en aquellos trabajos que evalúan sobre todo las intervenciones estandarizadas (MBCT y MBSR), aunque en los últimos años han aparecido versiones cortas y aplicaciones online que también encuentran efectos positivos (Rodríguez-Vega et al. 2020; Kim et al. 2023). También encontramos mucha heterogeneidad en la “adaptación” de los programas, lo que reduce también la posibilidad de hallazgos consistentes y generalizables. Hay muy pocos estudios que utilicen medidas de cambio más “objetivas”, como por ejemplo medidas sobre la relación profesional-paciente desde la perspectiva del paciente (Braun et al. 2019) y medidas fisiológicas del nivel de estrés en los profesionales en la línea del protocolo que se realiza desde el equipo de la Universidad de Freiburg (Aeschbach et al. 2020, Fendel et al. 2020), que permitan mejorar la validez de los hallazgos.

Por tanto, en los futuros trabajos de investigación se deberían realizar estudios aleatorizados con grupo control activo, con muestras de mayor tamaño, con medidas más homogéneas de las variables, que incluyeran además de auto-informes, otras variables objetivables y con seguimientos a más largo plazo en el que además se tuviera en cuenta el grado de compromiso con la práctica habitual de las habilidades de Mindfulness.

La investigación futura también debería aclarar la cantidad, la estructura y los efectos dosis-respuesta de estas intervenciones, así como comparar la efectividad de los cursos estandarizados actuales y de versiones más cortas y/o adaptadas de los mismos.

Además, se necesitan estudios longitudinales de los MBI para determinar la forma en que la práctica de mindfulness puede continuarse a lo largo del tiempo, así como evidenciar sus posibles efectos positivos a largo plazo.

El presente trabajo consiste en, por una parte, una nueva revisión de los artículos publicados en los últimos años sobre los efectos de los programas estandarizados de entrenamiento en Atención Plena en personal sanitario, con especial atención a los publicados en los últimos 5 años, y por otra en el análisis de los datos sobre el nivel de burnout, de estrés y de atención plena/regulación emocional de los alumnos (personal sanitario) asistentes al curso MBCT ofrecido en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en sucesivas ediciones, y de los posibles cambios en estas medidas 3 meses después de la realización de dicho curso. Parte de estos datos obtenidos de la muestra inicial fueron objeto de un Trabajo de Fin de Grado presentado en 2022 (Llano-García,

2022), y ahora se amplía la muestra de sujetos y se incluyen además análisis sobre los cambios en el nivel de estrés que no se incluyeron en el trabajo previo.

3. OBJETIVOS.

El propósito del presente estudio es valorar la utilidad de un programa de formación en Mindfulness (MBCT) dirigido a profesionales sanitarios del Servicio Cántabro de Salud para mejorar la regulación emocional, el manejo del estrés y del “quemamiento” profesional.

Este objetivo general se puede desglosar en los siguientes objetivos específicos:

1. Valorar el grado de estrés percibido por los profesionales y los posibles cambios 12 semanas después de acabado el curso.
2. Cuantificar el grado de desgaste profesional (burnout) y los cambios producidos en este ámbito por la formación práctica y experiencial que ofrece el curso MBCT.
3. Medir el grado de atención y regulación emocional de los participantes y los cambios producidos en el seguimiento después de finalizado el curso.
4. Valorar la calidad y la satisfacción de los/as alumnos/as con el curso una vez finalizado el mismo.
5. Valorar la utilidad en los ámbitos personal y profesional del curso una vez finalizado.
6. Medir la transferencia de conocimientos al entorno laboral de los participantes una vez finalizado el curso.

4. HIPÓTESIS.

El entrenamiento en Mindfulness según el programa MBCT:

- Puede reducir los niveles de estrés percibido por los profesionales sanitarios.
- Puede mejorar algunas de las dimensiones del quemamiento profesional especialmente el agotamiento relacionado con su actividad.
- Puede favorecer la mejora de niveles de Atención Plena y reducir la hiperreactividad emocional en estos profesionales.
- Los niveles de seguimiento y aceptación del curso serán elevados.
- El entrenamiento puede resultar útil y aplicable tanto a nivel personal como profesional.

5. METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio experimental con diseño intra-sujeto, sin grupo control, con medidas previas (basales) y posteriores a la intervención (12 semanas después de finalizado el curso). Dicha intervención (Variable Independiente) consiste en la realización de un curso de entrenamiento en Mindfulness (programa MBCT). Las valoraciones (Variables Dependientes) del Burnout, el Estrés percibido y las diferentes dimensiones de la Atención Plena se miden en dos momentos diferentes: antes de iniciado el curso y tras 12 semanas de finalizado el mismo.

5.1. Sujetos.

61 profesionales sanitarios del SCS voluntarios accedieron participar en este estudio y realizar el curso MBCT incluido en la oferta de formación del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla), y acreditado por la Comisión de Formación continua de las profesiones sanitarias, en sus sucesivas ediciones. De estos 61, 51 completaron el curso asistiendo a la mayoría de las sesiones (más del 80% del total de horas del curso), 10 abandonaron el curso o no asistieron al número mínimo de sesiones requeridas. El curso está dirigido a profesionales sanitarios de ámbito público (médicas/os, psicólogos/as y enfermeras/os, otros profesionales) de diferentes Servicios Hospitalarios/no hospitalarios, inscritos en el curso y que aceptan participar en este estudio y firman el CI en la sesión de información sobre el curso.

5.2. Intervención.

El curso de formación MBCT estandarizado consiste en 8 sesiones de formación teórico experiencial, de 2,5 horas de duración, según el programa original de Segal, Williams & Teasdale (2002). Se ha añadido 3 sesiones más: una inicial de formación teórica sobre el programa, otra de práctica intensiva de 5 horas de duración y por último una sesión de recuerdo 12 semanas después de finalizado el curso, con un total de 30 horas de formación.

En la sesión inicial de orientación se abordan los aspectos teóricos y los hallazgos de la investigación en el campo de las aplicaciones de la terapia del mindfulness en la salud mental, en el manejo del estrés y en la regulación emocional. También se explican los requerimientos prácticos para el adecuado aprovechamiento de curso.

Las sesiones 1 a 8 son las sesiones del curso propiamente dichas: en las que se trabaja de forma experiencial con el reconocimiento de los pensamientos automáticos, las emociones asociadas y los mecanismos mentales que aparecen en las situaciones de

estrés que contribuyen a incrementar sus efectos negativos sobre el funcionamiento personal y laboral. Se trabaja con diferentes tipos de prácticas de entrenamiento en atención plena (respiración, consciencia de las sensaciones corporales, consciencia del movimiento) para que una vez se han hecho evidentes estos mecanismos, tener estrategias para atenuarlos y/o corregirlos.

Además de una sesión de práctica intensiva, el curso se completa con una sesión de recuerdo 12 semanas después de finalizado el curso, en la que se refrescan los aspectos fundamentales y se evalúan las oportunidades y las dificultades que han encontrado los participantes para aplicar lo aprendido en su día a día, y se completan los cuestionarios del seguimiento.

El curso fue co-dirigido por dos profesoras: Soraya Otero MD, PhD, y Estrella Fernández PhD, Senior teacher and supervisor, Centre for Mindfulness Research and Practice, Bangor University (UK) y como colaboración entre esta entidad, el HUMV, MBCT Spain, y la Universidad de Cantabria.

5.3. Medidas.

Los participantes en el curso fueron informados en la sesión inicial de este estudio y de los objetivos del mismo. Si aceptaban participar y firmaban su consentimiento recibían por mail, y en dos momentos (fases) diferenciados: antes de iniciar el curso y 12 semanas después de finalizado el mismo, los cuestionarios validados en muestras españolas:

5.3.1. Valoración del grado de Atención Plena:

Se ha utilizado el Cuestionario de las Cinco dimensiones de la Atención Plena (FFMQ). Este cuestionario “Five Facets Mindfulness Questionnaire” (FFMQ), consta de 39 ítems seleccionados (Baer et al. 2006, 2008) combinando los 112 ítems de varias escalas de medida de la atención plena (MAAS, FMI, KIMS, CAMS y MQ). Estos 39 ítems seleccionados mediante Análisis Factorial se agrupan en cinco dimensiones:

- **Observar:** supone la habilidad de percibir, reconocer y sentir estímulos internos o externos que en la mayoría de los casos pasan desapercibidos. A su vez se incluyen de forma secundaria otras habilidades como el notar, el prestar atención, el centrarse o atender.
- **Describir:** Hace referencia a describir o etiquetar con palabras la experiencia que se vive relacionada con la atención plena. Implica también la capacidad de encontrar palabras para expresar lo observado. Como emociones, sentimientos, estados de ánimo etc.
- **Actuar con conciencia (acting with awareness):** consiste en prestar atención en lo que estamos haciendo en un momento determinado, en especial en los

actos cotidianos que se realizan de forma automática en la vida diaria y que nos hacen estar pensando o imaginando cosas distintas a lo que forma parte de la acción principal.

- **No enjuiciamiento (non-judgment) de la experiencia interna:** El no juicio se refiere a tener una visión abierta ante los pensamientos, sensaciones o emociones que se perciben.
- **No reactividad (non-reactivity) a la experiencia interna:** consiste en respetar un espacio de tiempo entre lo que percibimos y nuestra reacción al estímulo, permitiendo así dar una respuesta más reflexiva.

El cuestionario está formado por ítems de puntuación directa y otros de puntuación inversa, que se puntúan en una escala Likert de cinco valores que van de 1 (igual a nunca o muy raramente verdadero) a 5 (igual a muy a menudo o siempre verdadero).

Por tanto, tras la recogida de resultados para la base de datos, se realiza una corrección de los mismos. Algunos ejemplos de ítems que conforman este cuestionario son: “Cuando estoy haciendo algo me distraigo con facilidad”, “Me resulta difícil encontrar palabras para describir lo que pienso”, “Presto atención a la forma en que mis emociones afectan a mis pensamientos” etc.

El FFMQ ha sido traducido y validado en muestras españolas (Cebolla et al. 2012; Quintana-Santana 2015). Es la medida de Atención Plena más ampliamente utilizada para medir los efectos del entrenamiento estandarizado en Mindfulness y presenta una adecuada validez y consistencia interna.

5.3.2. Medida del grado de estrés y desgaste laboral mediante el Inventario Maslach de Burnout MBQ -22 ítems (Maslach Burnout Inventory: MBI).

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del síndrome de “burnout” (quemamiento) profesional, independientemente de las características de la muestra y de su origen, y ha contribuido a sistematizar la investigación en este ámbito.

En los años 80 del siglo XX se había realizado un esfuerzo por sistematizar este constructo considerando más de 48 definiciones, elaboradas entre los años 70 y 80 sobre este fenómeno, y con esta base, los autores (Maslach et al. 1996) concluyeron que el síndrome de quemamiento por el trabajo se definía como “una respuesta al estrés laboral crónico cuyos componentes son agotamiento emocional y/o físico, baja productividad laboral y una excesiva despersonalización”. Hasta tal punto se ha generalizado su aceptación y empleo que el síndrome se conceptualiza en base a este instrumento. EL MBI ha sido traducido y validado en muestras españolas y se consideran 3 niveles (bajo, medio, alto) para cada una de ellas (García et al. 2007).

Este cuestionario presenta 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Su función es medir la frecuencia y la intensidad del desgaste profesional.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

- **Sub-escala de agotamiento o cansancio emocional:** a través de nueve preguntas, valora el agotamiento emocional de los profesionales debido a las demandas del trabajo. Algunas de estas preguntas son: “Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado”, “Siento que mi trabajo me está desgastando”, “Me siento quemado por mi trabajo”, “Me siento frustrado/a en mi trabajo”...
- **Sub-escala de despersonalización:** se compone de cinco ítems que buscan reconocer actitudes de frialdad y distanciamiento producidas por el estrés. Algunos ejemplos son: “Me he vuelto más insensible con la gente...”, “Pienso que este trabajo me está endureciendo emocionalmente”, “Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas”...
- **Sub-escala de realización personal:** Evalúa la autoconciencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems, como, por ejemplo: “Tengo facilidad para comprender cómo se sienten mis pacientes”, “Creo que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes”, “Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de mis pacientes”...

5.3.3. PSS (Perceived Stress Scale Spanish Version).

La Escala de Estrés Percibido PSS fue elaborada por Cohen y sus colegas y es una de las más empleadas a nivel mundial para medir el estrés. Se diseñó para medir "el grado en que los individuos valoran las situaciones de sus vidas como estresantes" (Cohen et al. 1978, 1983, 1988). Los ítems evalúan el grado en que la vida es impredecible, incontrolable o sobrecargada. Estos tres aspectos se han confirmado repetidamente como componentes centrales de la experiencia del estrés. La PSS es una escala breve, que consta de 14 ítems que permiten medir en qué medida se evalúan como estresantes distintas situaciones de la vida (también existe una versión más corta de 10 ítems, la PSS-10). Dado que el nivel de estrés percibido parece estar influenciado por los estresores diarios, los acontecimientos vitales y los recursos con los que se encuentra el sujeto, la validez temporal de su medición es breve de unas 8 semanas (Cohen et al., 1983). Los ítems de la escala se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos (0 = nunca, 4 = muy frecuentemente). La puntuación directa indica que a mayor puntuación corresponde mayor nivel de estrés percibido. En ella se incluyen algunas preguntas como “En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ocurrió inesperadamente?” o “En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas

importantes en su vida?” (Cohen et al, 1983). Esta escala ha sido traducida y validada en nuestro país (Remor y Carrobles 2001, Remor 2006) en una muestra de 440 participantes, compuesta por cuatro grupos diferentes (padres de niños con enfermedades crónicas, drogodependientes en tratamiento ambulatorio con metadona, estudiantes universitarios sanos y universitarios con serología VIH positiva. Para abordar la validez concurrente, indicada por la correlación entre las puntuaciones de la PSS (y la PSS-10) y otros instrumentos que miden constructos similares, se utilizaron las puntuaciones de la HADS-T (angustia) y la HADS-A (ansiedad). Los resultados demostraron que la versión española del PSS tiene una fiabilidad adecuada, así como una adecuada validez (concurrente) y sensibilidad (variaciones en los niveles de estrés para subgrupos de población). Además, el rendimiento de la evaluación con los grupos de participantes en este estudio confirma que la versión europea en español del cuestionario es fácil de entender y rápida de administrar, lo que respalda su viabilidad para su uso en la práctica clínica e investigadora diaria (Remor 2006).

5.3.4. Valoración del curso mediante el Cuestionario de Valoración de la actividad.

Es un cuestionario estándar para todos los cursos de formación realizados en el entorno sanitario, y consta de 15 ítems con los que se recogen mediante una escala tipo Likert de 1 (“muy en desacuerdo”) hasta 5 (“muy de acuerdo”), las valoraciones del alumnado sobre el contenido, la metodología, el interés y aplicabilidad, y el grado de satisfacción con el curso, así como 3 ítems específicos sobre la valoración individualizada del profesorado del mismo. Además, se recogen datos sociodemográficos del alumnado: edad, sexo, datos profesionales y laborales.

5.3.5. Cuestionario de Evaluación específico del programa MBCT.

Se trata de un cuestionario de 31 ítems con unas escalas Likert de 1 a 5 en algunos apartados y de 1 a 10 en otros (de menos acuerdo a más acuerdo), en el que se valoran aspectos más específicos de este curso como el contenido, la metodología, la utilidad, y el grado de seguimiento de las prácticas en casa. Incluye además 6 apartados de valoración cualitativa y sugerencias del alumnado para mejorar diferentes aspectos del curso.

5.3.6. Cuestionario de valoración de la transferencia.

Valora, puntuando de 0 a 10, dos dimensiones: la aplicabilidad en el puesto de trabajo (4 ítems) y la contribución al desarrollo personal (otros 4 ítems) de los contenidos del curso y de los conocimientos adquiridos. Incluye además 2 apartados finales de formato libre que permiten identificar situaciones en las que el/la alumno/a considera aplicables conocimientos adquiridos en el ámbito específico de su actividad laboral.

5.4. Análisis Estadístico.

Una vez completada la base de datos se analizó con el programa estadístico SPSS 24. Se realizó un análisis descriptivo según el tipo de variable analizada (Medias, SD Frecuencias).

Se analizaron también las diferencias en las medidas de las variables basales y doce semanas después de la intervención, mediante t-test de Student de medidas repetidas, y se estableció el nivel de significación válido en $p < 0,05$. Se analizaron las covarianzas mediante la prueba GLM (General Linear Model) de medidas repetidas con el mismo nivel de significación.

5.5. Confidencialidad y tratamiento de los datos:

Todos los datos de carácter personal se tratarán de acuerdo a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2018/679 del Parlamento Europeo y en la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD 3/2018 del 5 de Diciembre, BOE-A-2018-1667). Cada participante recibe una clave alfanumérica y los datos son “anonimizados” por un profesional ajeno al curso.

Las bases de datos son almacenadas y custodiadas en el IDIVAL.

Los datos iniciales (1ª edición 2020-2021) de este estudio fueron objeto de un TFG presentado en 2022 por Paula Llano García, y dirigido por la IP de este proyecto (CEIM Research Project (Internal Code: 2022.100). Los datos referentes a las sucesivas ediciones del curso son el objeto del presente TFG.

5.6. Especificaciones.

Este estudio no tiene financiación.

Conflicto de intereses: la directora del TFG Soraya Otero-Cuesta es una de las profesoras del curso y ha recibido honorarios por esta actividad de los Fondos Europeos Next Generation en 2023.

6. RESULTADOS.

6.1. Análisis descriptivos.

6.1.1. Datos Sociodemográficos y laborales de la muestra.

En las 4 ediciones del curso MBCT se inscribieron 61 trabajadores sanitarios de los cuales 51 completaron el curso, asistiendo a más del 80% de las sesiones, requisito indispensable para completar el mismo. De hecho, aquellos alumnos/as que faltaban a más de una sesión de las 4 primeras eran excluidos por la organización del curso (N=5) y el resto (N=5) se autoexcluyeron por diferentes motivos.

La mayoría de los participantes (45%) se encuentran en un rango de edad de 36 a 45 años, el 30% entre los 26 y los 35 años, el 15% mayor de 45 años y solo el 10% es menor de 25 años. En cuanto al sexo hay un evidente predominio femenino, ya que nos encontramos con un 85% de mujeres frente a un 15 % de varones.

Respecto al tipo de profesional, 17 de los 51 eran personal en formación (MIR, PIR, EIR). La mayoría (N=47) tenían labores asistenciales en contacto directo con pacientes.

6.1.2. Cuestionario de Valoración de la Atención Plena (FFMQ).

Los ítems se agrupan en las cinco escalas que identifican las habilidades más importantes en la regulación emocional y el manejo del estrés. Cada una de ellas está constituida por ocho ítems (puntuación total mínima 8, máxima 40), salvo la escala “no reactividad”, que está formada por siete (puntuación mínima 7; máxima 35).

A continuación, se describe la distribución de las puntuaciones de estas escalas en la muestra previamente a realizar el curso. Describimos también las medidas 3 meses después de realizar el curso, medidas que se utilizarán en el análisis comparativo especificado en un apartado posterior.

- **Observar:** la valoración media inicial de los participantes fue 24,4; SD 4,5; IQR 5,0 (rango 12-35). Esta es la medida en que los sujetos sienten la habilidad de percibir, reconocer y sentir estímulos internos o externos. En el seguimiento encontramos una puntuación media de 29,1; SD 4,0; IQR 4,0 (rango 19-39).
- **Describir:** la valoración media fue de 27,0; SD 4,8 IQR 7,0 (rango 18-38) previo a la intervención, en el seguimiento la media es de 29,6; SD 4,5 IQR 6,3 (rango 21-40) tras esta
- **Actuar con conciencia:** la valoración media fue de 23,0; SD 6,3 IQR 10,0 (rango 8-34) previo a la intervención, en el seguimiento 24,4; SD 3,9; IQR 5,0 (rango 17-34).
- **No enjuiciamiento:** puntuación media de 23,9; SD 8,3; IQR (rango 8-40) previo a la intervención, en el seguimiento 27,6; SD 4,5; IQR 10,5 (rango 16-39).
- **No reactividad:** la puntuación media para esta escala fue 21,0; SD 24,3; IQR 14,0(rango 13-30) previo a la intervención, en el seguimiento 23,3; SD 3,8; IQR 7,0 (rango 15-30).
- **Sumatorio total FFMQ:** la puntuación media para esta escala fue 119,0; SD 18,8 IQR 23,8 (rango 89-167) previo a la intervención, en el seguimiento 133,8; SD 14,9; IQR 16,5 (rango 107-182).

En el grafico 1 se visualizan las medidas de FFMQ, observar, describir, actuar dándose cuenta, no juzgar la experiencia ajena y no reactividad sobre la experiencia interna previas a la realización del curso y posterior a este, observando un aumento de estas medidas de Atención Plena tras la intervención, que analizaremos más adelante.

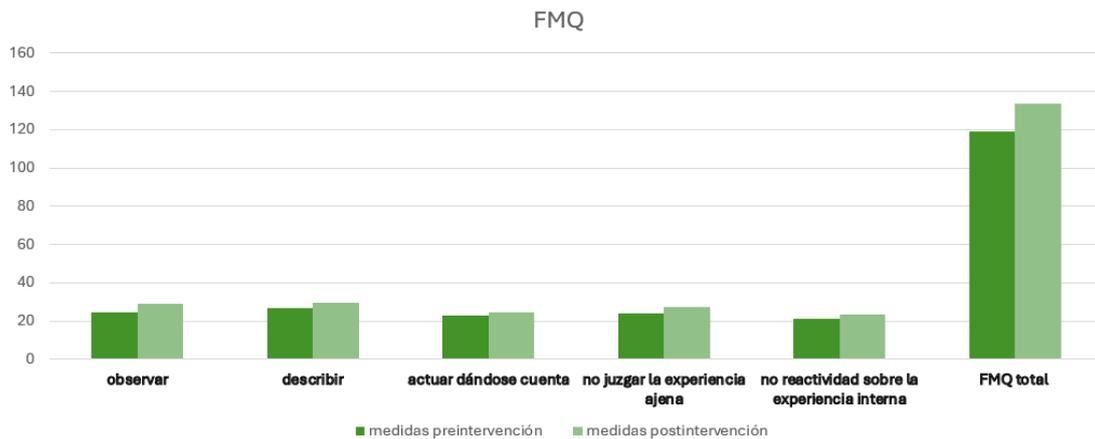


Gráfico 1: puntuaciones medias FFMQ previas y posteriores a la intervención.

6.1.3. Cuestionario de valoración del grado de quemamiento/agotamiento relacionado con el trabajo (MBI).

Analizamos por separado los tres aspectos del llamado síndrome de “quemamiento” o desgaste profesional y obtuvimos los resultados descritos a continuación, tanto previos a la realización del curso como posteriores. Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera definen este síndrome:

- **Escala de agotamiento o cansancio emocional:** (puntuación mínima 0 y máxima de 54, y el punto de corte de 26). Un 68,9% de los participantes presentan un cansancio emocional medio-alto en las medidas previas al curso de MBCT. La puntuación media fue de 25,5; SD 11,7; IQR 15,5 (rango 1-47). En cuanto a la valoración POST (tras las doce semanas), la puntuación media fue de 22,6; SD 9,2; IQR 13,0 (rango 2-42).
- **Escala de despersonalización:** (puntuación entre un mínimo de 0 y un máximo de 30 y el punto de corte es 9). La media de nuestra muestra es 7,7 y la SD 4,4; IQR 6,5 (rango 0-19). En torno al setenta por cien (68,6%) de los participantes sienten datos de despersonalización de medios a altos antes de realizar el curso. En el cuestionario POST, los niveles de despersonalización una vez finalizado el curso se reducen, la media fue de 6,6; SD 4,3; IQR 4,0 (rango 0-19).
- **Escala de realización personal** (puntuación de 0 a 48 y punto de corte 34): más de la mitad de los participantes (63,0%) se sienten realizados personalmente. La media fue de 36,9; SD 6,3; IQR 7,8 (rango 18-47). En esta escala, los resultados tras la realización del curso presentan una discreta mejora, con una puntuación media de 37,8; SD 6,4; IQR 6,0 (rango 21-59).

En la tabla 1 se especifica la distribución de las puntuaciones de las tres escalas del MBI antes de la realización del curso. Las escalas se han dividido en tres niveles, bajo medio y alto, en función de las puntuaciones obtenidas.

Casi el 50% de nuestra muestra presenta niveles elevados en la dimensión de **cansancio emocional** (niveles bajos los que van de 0-18, medios de 19 a 26 y altos de 27-54). En cuanto a la dimensión **despersonalización** el 33% de nuestra muestra presenta niveles elevados (se consideran niveles bajos los que van de 0 a 5, medios de 6 a 9 y altos de 10 a 30). Respecto a la **realización personal** el 63% presenta niveles medios y altos en esta dimensión (los niveles bajos corresponden a una puntuación de 0 a 33, medios de 34 a 39 y altos de 40 a 56).

	% bajo	% medio	% alto
Cansancio emocional pre	29,1	23,6	47,3
Despersonalización pre	31,4	35,3	33,3
realización personal pre	37,0	31,5	31,5

Tabla 1: distribución de puntuaciones de las escalas de burnout MBI basales.

En el gráfico 2 se muestran las puntuaciones medias de los ítems de las escalas de realización personal, despersonalización y cansancio emocional pre y post intervención.

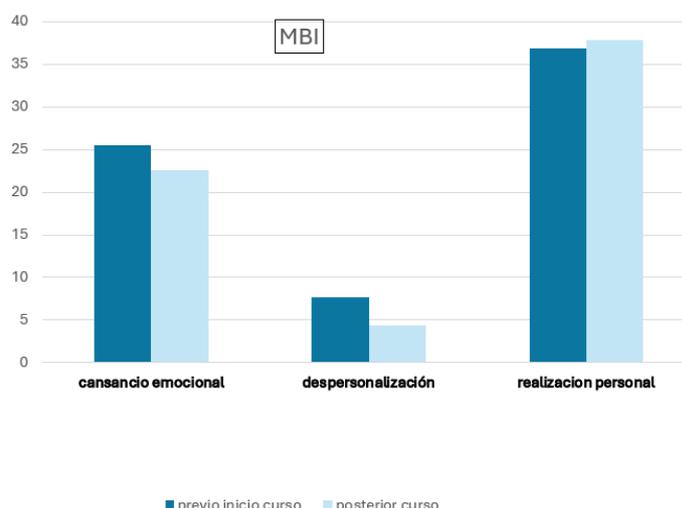


Gráfico 2: puntuaciones medias MBI antes y después de la realización del curso MBCT.

6.1.4. Cuestionarios de valoración del estrés percibido (PSS)

Este cuestionario no se realizaba en las primeras ediciones del curso, ha sido introducido en la edición 2021-2022 y posteriores por lo que contamos sólo con una N de 27. La media de la suma total de todos sus ítems en las medidas pre-intervención es de 26,9, SD 8,5, IQR 10,5 (rango 8-45), apreciándose un descenso en la media post intervención con un valor de 21,8, SD 4,7, IQR 6,3, rango (11-35). Las puntuaciones posibles en el PSS van de 0 a 56. Nuestra muestra presenta unos niveles de estrés medios, que mejoran después de realizado el entrenamiento en MBCT.

En el gráfico 3 se muestran de forma visual estas medidas.

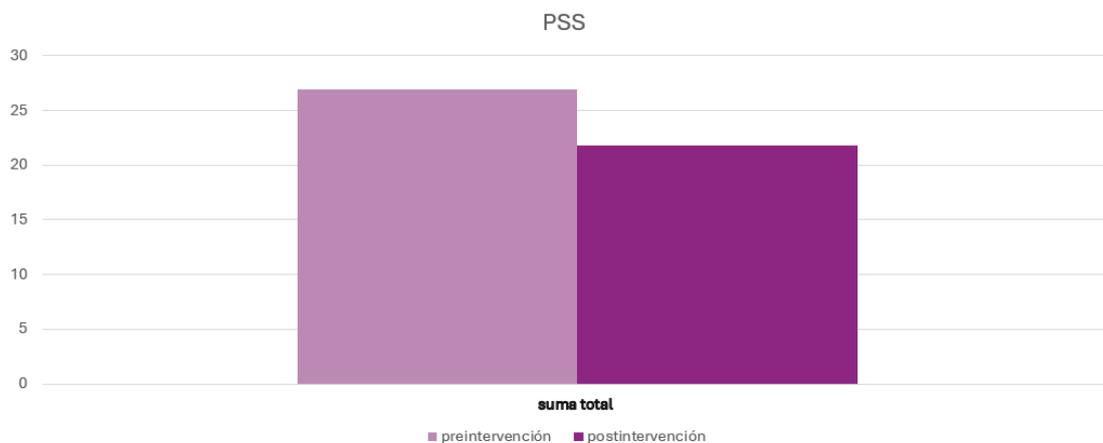


Gráfico 3: media de la suma total del PSS pre y post-intervención.

6.1.5. Evaluación de los contenidos, calidad y utilidad del curso por parte de los participantes Los participantes valoraron la utilidad del curso de la siguiente manera:

El 80,0% de los participantes considera ser más amables y menos críticos consigo mismos tras participar en este curso. En una escala de cero a diez, la puntuación media en este aspecto fue de 8,1 (SD 1,8). Así mismo la práctica totalidad de los participantes (90%) afirma valorarse más, y reconocer y cubrir mejor sus necesidades tras la realización del curso.

El 41,7 % de los participantes han realizado la práctica informal en casa durante el curso disminuyendo al 38,9% tras su finalización. Respecto a la práctica formal, los valores previos son similares ya que el 50,0% no realizó la práctica formal durante el curso, sin embargo, tras el curso el porcentaje de participantes que no realizo ninguna práctica se reduce al 20,6%.

En lo referente a la valoración general del curso, más del ochenta por cien de los participantes (85,0%) afirma que los contenidos del curso han correspondido con sus expectativas iniciales. Además, más del noventa por cien (95,0%) han considerado que el nivel de conocimientos con que se han tratado los temas ha sido adecuado.

Casi el noventa por cien (87,5%) considera que el curso le ha aportado nuevos conocimientos siendo de interés para su actividad profesional, la metodología docente ha sido adecuada y la documentación entregada ha sido útil y de actualidad.

La mayoría de los participantes (92,5%) considera que el curso ha estado bien organizado. Cabe destacar que a pesar de haber sido realizado por vía online (zoom), casi todos los asistentes (85,7%) piensan que las condiciones y el equipamiento a través de este medio han sido adecuados.

El ochenta y cinco por cien (84,7%) se siente satisfecho de haber realizado este curso y una proporción similar (83,5%) recomendarían asistir a sus compañeros/as.

En cuanto a la transferencia de los conocimientos adquiridos, se puntúan de cero a diez ocho criterios; cuatro de ellos sobre aplicación a su puesto de trabajo y otros cuatro sobre desarrollo personal en el ámbito profesional: En el apartado de aplicación al trabajo encontramos que la totalidad de los participantes consideran que hay contenidos de la actividad que pueden poner en práctica en su puesto de trabajo (todos dan una puntuación a este ítem por encima de cinco sobre diez). Además, el ochenta por ciento (79,6%) lo valoran por encima de ocho y casi el noventa por cien (87,8%) dicen haber aplicado los conocimientos adquiridos con frecuencia. Otro dato de interés con relación a esto es que más que la mayoría (91%) de los participantes han descubierto nuevas situaciones en su actividad laboral en las que pueden aplicar los conocimientos.

Por otro lado, en cuanto al desarrollo personal encontramos también resultados muy positivos: El noventa por cien (89,8%) afirman obtener mejores resultados en su desempeño tras este curso. Otro aspecto importante para recalcar es que el ochenta por cien (79,7%) ha aumentado su motivación en el trabajo.

6.2. ANÁLISIS COMPARATIVOS

El objetivo central de este proyecto de investigación es valorar en qué medida la realización del curso puede modificar los niveles de agotamiento profesional (MBI), las medidas de atención plena (FFMQ) y el grado de estrés percibido (PSS). Para ello, como hemos venido comentando, hemos realizado una comparación entre las medidas basales previas al inicio del curso y las posteriores, 3 meses después de finalizado el mismo. En este caso sólo hemos considerado para los análisis estadísticos de diferencias significativas los resultados de aquellos sujetos que habían contestado a todos los ítems

de cada prueba, de ahí que los datos pueden ser diferentes a los descriptivos examinados en el apartado anterior.

6.2.1. Cuestionario MBI:

Aunque tanto los niveles de cansancio emocional como los de despersonalización se reducen tras la realización del curso, las diferencias solo alcanzan niveles de significación en lo referente al **cansancio emocional** ($p=0,042$). Respecto a la realización personal se observa un ligero aumento en la medida post-intervención sin alcanzar esta mejora significación estadística.

En la tabla 2 se muestran las valoraciones medias previas y posteriores del cuestionario MBI así como el valor de la T de Student y el grado de significación. Como venimos comentando sólo se incluyen en este análisis aquellos sujetos que completan todos los ítems de cada escala en los dos momentos de evaluación.

	Previo		Post		N	t	df	p
	Mean	SD	Mean	SD				
MBI Cansancio emocional	25,5	11,9	23,0	9,3	48	2,090	47	0,042
MBI Despersonalización	7,3	4,3	6,9	4,3	46	0,688	45	0,495
MBI Realización personal	37,3	6,1	37,9	6,6	47	-0,580	46	0,565

Tabla 2: T-test medidas repetidas de Burnout previas y posteriores.

Para confirmar nuestra hipótesis de que aquellos participantes que valoraban mejor el curso y/o que eran más cumplidores con la práctica en su vida diaria se beneficiaban de mejores resultados en las variables estudiadas, analizamos las diferencias mediante la prueba GLM repeated measures (General Lineal Model de medidas repetidas) con los resultados siguientes:

En la tabla 3 se incluye como co-variable la valoración global del curso. Como vemos, aquellos sujetos que valoraron mejor el curso obtuvieron mejoras significativas en la dimensión de cansancio emocional pero no mejoraban significativamente en despersonalización ni en realización personal.

	Valoración				
	N	Time		Time * Valoración	
		F	p	F	p
MBI Cansancio emocional	31	4,010	0,055	4,946	0,034
MBI Despersonalización	29	0,131	0,720	0,150	0,702
MBI Realización personal	30	0,024	0,877	0,029	0,865

Tabla 3: GLM repeated measures de las medidas de Burnout previas y posteriores con covariable: valoración global del curso.

En la tabla 4 introducimos como covariable el grado de seguimiento de la práctica fuera de las sesiones del curso, 3 meses después de finalizado el mismo, con el resultado de que no se observan influencias significativas en las medidas de burnout en nuestra muestra.

	Seguimiento				
	N	Time		Time*Seguimiento	
		F	p	F	p
MBI Cansancio emocional	30	1,284	0,267	0,043	0,836
MBI Despersonalización	29	0,001	0,981	0,630	0,434
MBI Realización personal	29	1,805	0,190	1,913	0,178

Tabla 4. GLM repeated measures de las medidas de Burnout previas y posteriores con covariable: seguimiento de las prácticas.

En la tabla 5 presentamos el análisis de ambos cofactores (valoración global y grado de seguimiento de las prácticas 3 meses después de finalizado el curso) combinados (GLM repeated measures) que no aporta ninguna mejora significativa.

	Valoración y Seguimiento						
	N	Time		Time*Valoración		Time*Seguimiento	
		F	p	F	p	F	p
MBI Cansancio emocional	18	3,652	0,075	4,553	0,050	0,000	0,990
MBI Despersonalización	17	0,364	0,556	0,373	0,551	0,376	0,549
MBI Realización personal	17	0,720	0,410	0,384	0,546	1,395	0,257

Tabla 5 GLM repeated measures de las medidas de Burnout previas y posteriores con covariables: valoración del curso y seguimiento de las prácticas.

6.2.2. Cuestionario FFMQ.

Cuando analizamos los efectos de la realización del curso en las cinco escalas del FFMQ, todas las medidas mejoran tras la realización del mismo, encontrando diferencias significativas en 4 de ellas, que hacen referencia a la capacidad de observar, de describir, de no juzgar la experiencia ajena y de no reactividad sobre la experiencia interna, además de en la puntuación total del FMQ.

En la tabla 6 se indican estos datos de forma pormenorizada.

	Previo		Post					
	Mean	SD	Mean	SD	N	t	df	p
FMQ - Observar	24,4	4,4	29,0	4,0	41	-6,043	40	0,000
FMQ - Describir	27,3	4,6	29,5	4,5	42	-3,441	41	0,001
FMQ - Actuar dándose cuenta	22,6	6,4	24,0	4,0	39	-1,874	38	0,069
FMQ - No juzgar la experiencia ajena	23,5	8,9	26,7	6,8	38	-3,473	37	0,001
FMQ - No reactividad sobre la experiencia interna	20,7	4,3	23,4	4,0	40	-4,193	39	0,000
FMQ - Suma total	116,8	18,6	131,7	14,9	32	-5,702	31	0,000

Tabla 6: T-test de medidas de las escalas del FFMQ antes y después del curso.

En el gráfico 4 se muestran de forma visual estas variaciones.

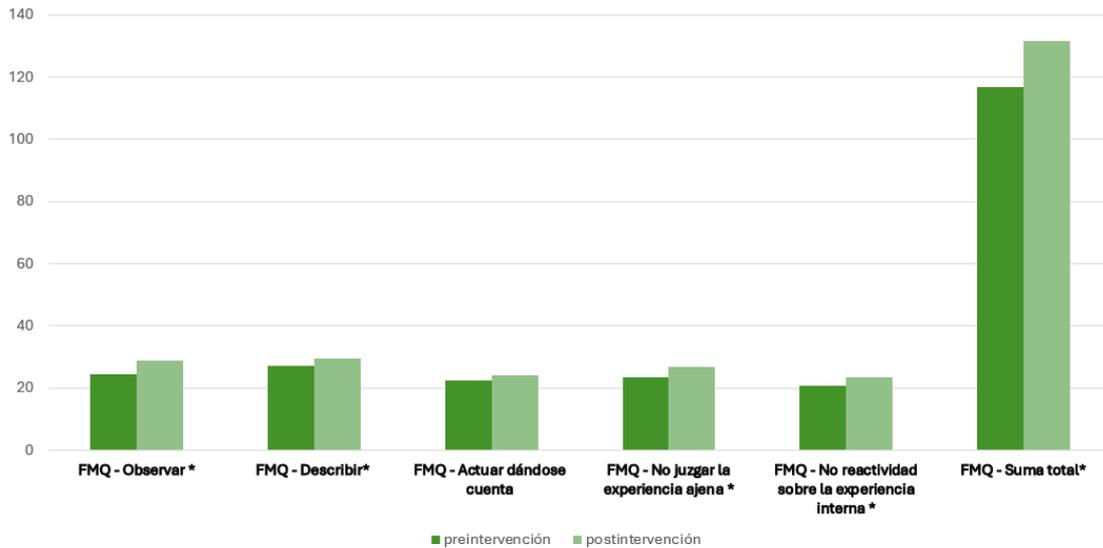


Gráfico 4: valoraciones medias FMQ previas y posteriores intervención.

Como hemos referido anteriormente nos interesaba evaluar en qué medida covariables como la valoración global del curso y el grado de seguimiento de las prácticas podían influir en esta mejora.

Cuando incluimos como covariable la valoración del curso solo se obtiene significación en dos escalas de la FFMQ: la escala describir y la escala no reactividad. La puntuación global de la escala también mejora de forma muy significativa cuanto mejor es la valoración que se hace del curso. Estos datos se muestran en la tabla 7:

	Valoración				
	N	Time		Time * Valoración	
		F	p	F	p
FMQ - Observar	26	1,146	0,295	3,189	0,087
FMQ - Describir	27	6,008	0,022	8,985	0,006
FMQ - Actuar dándose cuenta	25	1,985	0,172	2,151	0,156
FMQ - No juzgar la experiencia ajena	23	1,557	0,226	2,375	0,138
FMQ - No reactividad sobre la experiencia interna	25	3,034	0,095	4,496	0,045
FMQ - Suma total	18	6,106	0,025	9,565	0,007

Tabla 7 GLM repeated measures de las puntuaciones de las escalas y global de la FFMQ con la covariable valoración global del curso.

En la tabla 8 incluimos los resultados de las escalas y puntuación global de la FFMQ con el covariable grado de seguimiento de las prácticas. Como vemos no se objetivan diferencias significativas en ninguna de las medidas, por lo que podemos afirmar que las mejoras que se objetivan tras la realización del curso no se relacionan con el grado de seguimiento de las prácticas 3 meses después de finalizado el mismo.

	Seguimiento				
	N	Time		Time*Seguimiento	
		F	p	F	p
FMQ - Observar	27	8,218	0,008	0,042	0,839
FMQ - Describir	28	2,726	0,111	0,936	0,342
FMQ - Actuar dándose cuenta	25	0,169	0,685	3,095	0,092
FMQ - No juzgar la experiencia ajena	25	3,838	0,062	0,024	0,878
FMQ - No reactividad sobre la experiencia interna	27	3,764	0,064	0,044	0,835
FMQ - Suma total	20	7,365	0,014	0,020	0,889

Tabla 8: GLM repeated measures de las puntuaciones de las escalas y global de la FFMQ con la covariable grado de seguimiento de las prácticas.

Como se muestra en la tabla 9 tampoco encontramos influencia de ambas covariables combinadas sobre los resultados de mejora tras la realización del curso. Hemos de insistir que en estos análisis sólo podemos incluir aquellos sujetos que tiene todos los ítems contestados por lo que observamos una reducción muy marcada de la N global.

	Valoración y Seguimiento						
	N	Time		Time*Valoración		Time*Seguimiento	
		F	p	F	p	F	p
FMQ - Observar	15	0,191	0,670	0,925	0,355	0,000	0,993
FMQ - Describir	16	5,907	0,030	8,893	0,011	0,397	0,540
FMQ - Actuar dándose cuenta	14	0,893	0,365	0,220	0,648	4,206	0,065
FMQ - No juzgar la experiencia ajena	13	0,091	0,769	0,239	0,635	0,224	0,646
FMQ - No reactividad sobre la experiencia interna	15	1,023	0,332	1,658	0,222	0,465	0,508
FMQ - Suma total	9	1,631	0,249	3,205	0,124	0,284	0,613

Tabla 9: GLM repeated measures de las puntuaciones de las escalas y global de la FFMQ con las covariables: valoración global del curso y grado de seguimiento de la práctica.

6.2.3. Cuestionario PSS

Al analizar los niveles de estrés percibido a través de la escala del PSS se objetiva una clara reducción significativa tras la intervención (t de Student 3,827, $p=0,001$) con medias previas de 27,4 (SD 8,4) reduciéndose a 21,8 (SD 4,7) después de realizado el curso.

Si analizamos los datos del PSS teniendo en cuenta la covariable valoración global del curso, obtenemos datos estadísticamente significativos (GLM repeated measures F: 11,995, $p=0,005$), por lo que la valoración global del curso tiene influencia sobre la mejora en el nivel de estrés percibido.

Al realizar las medidas del PSS con la covariable del seguimiento los datos obtenidos no son estadísticamente significativos (GLM repeated measures F: 0,005, $p=0,946$) por lo que el grado de compromiso con práctica 3 meses después de finalizado el curso no influye en las mejoras de la puntuación del estrés percibido.

Si analizamos las medidas de estrés previas y posteriores a la intervención con la covariables del seguimiento y valoración de forma conjunta, (GLM repeated measures F: 2,395, $p=0,262$) los datos obtenidos no son estadísticamente significativos por lo que podemos concluir que estas covariables no influyen en las mejoras obtenidas en nuestra muestra tras la realización del curso.

7. DISCUSIÓN.

Este trabajo tiene un objetivo doble: el primero consiste en valorar la aceptabilidad y adecuación de un curso estandarizado de mindfulness (MBCT) que requiere la asistencia y participación en el mismo además de la práctica de las habilidades aprendidas entre las sesiones. El segundo objetivo se basa en medir la influencia que puede tener la realización de este entrenamiento en las medidas de quemamiento profesional, del nivel de estrés y de la atención plena de los participantes.

La aceptabilidad del curso, medida por el grado de interés, metodología, utilidad, aportación de nuevos conocimientos, y grado de transferencia de los conocimientos a su vida laboral y personal, ha sido muy elevada en todos los aspectos mencionados, y coincide con lo encontrado por muchos estudios realizados en muestras de profesionales sanitarios tanto en nuestro país como fuera de nuestras fronteras (Fendel et al. 2020, Rodriguez Vega et al. 2020, Kersemaekers et al. 2020, Strauss et al. 2021).

El nivel de asistencia ha sido muy elevado con el 80% (51 sujetos de la muestra inicial de 61) que asisten a más del 80% de las sesiones del curso, y con un porcentaje de abandonos muy bajo comparado con otros estudios sobre todo aquellos que como el nuestro, incluyen medidas de seguimiento (Hamilton-West et al. 2018, Morrow et al. 2022, Kim et al. 2023).

El grado de seguimiento de las prácticas entre sesiones durante el curso no ha sido tan satisfactorio como lo deseado ya que de los 46 sujetos que contestan este ítem el 50% (n=23) no han practicado y el 30,4% (n=14) solo lo han hecho entre 1-2 veces por semana, atribuyendo la escasa práctica a la falta de tiempo. Otros autores señalan las dificultades de encontrar tiempo para hacer las prácticas en casa (Parsons et al. 2017, Kersemaekers et al. 2020, Kim et al. 2023) como la principal limitación que señalan los participantes en estos cursos. Nosotros recogimos además el seguimiento de la práctica 3 meses después de finalizado el curso, y esta es la medida que hemos decidido utilizar como covariable para responder a la hipótesis de que a mayor compromiso con la práctica mejores resultados en las variables analizadas, y que comentaremos más adelante. Es necesario resaltar que en este caso sólo tenemos datos de 34 sujetos que son los que contestan a este ítem en el seguimiento, y se constata un aumento hasta el 80% el porcentaje de sujetos que realizan práctica formal. Por un lado, esta respuesta puede tener mayor validez de compromiso con la práctica en el seguimiento, en nuestro caso medida 3 meses después de finalizado el curso, pero por otro es más fácil que se pierdan datos como ocurre en nuestro caso. Podemos hipotetizar que los asistentes que no contestan este ítem puedan tener un bajo grado de práctica después de finalizado el curso pero no podemos afirmarlo con nuestros datos. Algunos autores obtienen resultados de practica similares a los nuestros (Kim et al. 2023) mientras en otros trabajos se registran mejores tasas de compromiso con la practica (Hente et al. 2020, Fendel et al. 2020).

Cabe destacar que en nuestro caso el curso se realizó por vía online “in vivo”, lo que quizás en un principio pudiera parecer menos atractivo o productivo para los participantes, ha resultado en una experiencia positiva para casi todos con un buen grado de adherencia en cuanto a la asistencia a las sesiones del curso.

Respecto al segundo objetivo, para cuantificar las diferencias debidas a la realización del curso, empleamos cuestionarios auto-informados, para medir los niveles de atención

plena (FFMQ), de desgaste profesional (MBI) y de estrés percibido (PSS). Estas escalas están ampliamente validadas en nuestro país, y utilizadas a nivel internacional en todo tipo de muestras de profesionales, y al ser ampliamente utilizadas se facilita la comparación con otros estudios (Kersemakers et al. 2020, Xie et al. 2020, Strauss et al 2021, Kim et al. 2023).

Encontramos en nuestra muestra un nivel de cansancio emocional y despersonalización (MBI) basal entre moderado y alto para la mayoría de los participantes. En cambio, los niveles de realización personal basales son bastante buenos, entre medios y altos para el 63% de la muestra como suele ocurrir en este tipo de muestras de personal altamente motivado (Kim et al. 2023). Estos datos son similares a los encontrados en otras muestras de profesionales sanitarios de otros países europeos (Kersemakers et al. 2017, Hamilton-West et al. 2018, Kim et al. 2023). En la comparación de las escalas de burnout después de finalizado el curso, observamos mejoras en las dos “negativas”, a saber: cansancio emocional y despersonalización, con mejoras significativas sólo en la variable cansancio emocional. El nivel de realización personal en nuestra muestra es elevado previamente a la realización del curso, como hemos comentado anteriormente, por lo que podemos hipotetizar que es esperable que haya poco margen de mejora, como ocurre en nuestro caso y en otras muestras (Kim et al. 2023). En nuestro trabajo previo no encontrábamos diferencias significativas en ninguna dimensión del quemamiento profesional (Llano-García et al. 2022) y ya comentábamos anteriormente que los resultados no son consistentes entre los diferentes estudios (Klein et al. 2020). De todas formas, cada vez aparecen más estudios que sí evidencian mejoras en las medidas de burnout profesional después de la realización del curso (Hamilton-West et al. 2018, Xie et al. 2020, Rodríguez-Vega et al. 2020, Morrow et al. 2022). y como en nuestro caso la escala cansancio emocional parece ser la más sensible al cambio (Xie et al. 2020). Algunos autores proponen que la cantidad de práctica de mindfulness está asociada con la cantidad de la reducción del burnout profesional (Kim et al. 2023). En nuestra muestra quisimos valorar la influencia de la práctica en casa después de finalizado el curso como covariable, y no encontramos que influyera en los resultados obtenidos, en cambio la mejor valoración del curso sí influía en una mejora significativa del cansancio emocional. Cuando combinamos ambas covariables no se detectaba influencias significativas en los resultados.

Encontramos en nuestra muestra de participantes, niveles basales medios en atención plena (FFMQ), siendo las puntuaciones más bajas en la escala de “no reactividad” y las más altas en la escala “describir”. Nuestras puntuaciones basales son similares a las de otros estudios (Kersemakers et al. 2020, Strauss et al. 2021). En la comparación de las escalas de Atención Plena tras las doce semanas de finalizado el curso observamos mejoras muy significativas en la capacidad de observar, de describir, de no juzgar y de no reactividad sobre la experiencia interna, así como en la puntuación global de dicha escala, con resultados similares y consistentes con los de la práctica totalidad de los

estudios revisados (Fendel et al. 2020, Xie et al. 2020, Strauss et al. 2021). Queríamos además comprobar en qué medida la valoración global del curso y el grado de compromiso con la práctica en el seguimiento podían explicar estas mejoras en las dimensiones de la Atención Plena. Así la valoración global del curso influye significativamente en la mejora de algunas dimensiones (describir, no reactividad) y en la puntuación total de la misma. En cambio, el grado de práctica recogido 3 meses después de finalizado el curso no influye en esta mejora tras la realización del curso, lo cual resulta no ser consistente con los resultados de la mayoría de los estudios que analizan estas variables (Parsons et al. 2017, Hente et al. 2020, Fendel et al. 2020, Kim et al, 2023). Una de las razones que pueden explicar este hallazgo podría ser que los datos sobre seguimiento de las prácticas en casa se han recogido de forma categórica y de esta forma se puede perder información relevante, como hemos comentado anteriormente. Además, decidimos contabilizar el grado de seguimiento 3 meses después de finalizado el curso, no durante el mismo, porque nos parecía una medida más válida del grado de “inserción” de la práctica de Mindfulness en el día a día de los alumnos una vez finalizado el curso. De esta forma ganábamos validez, pero perdíamos datos ya que un porcentaje importante de participantes no contestan este ítem por lo que la N queda reducida para el análisis estadístico. En la muestra inicial de este estudio (Llano-García & Otero-Cuesta 2022) encontrábamos resultados similares.

Respecto al estrés percibido (PSS) se objetiva una reducción significativa de los valores de estrés percibido 3 meses después de la realización del curso y este resultado es coincidente con los hallados en otros estudios (Hamilton-West et al. 2018, Spinelli et al. 2019, Fendel et al. 2020, Strauss et al. 2021, Morrow et al. 2022, Sulosaaari et al.2022). Por lo tanto, podemos concluir que el curso MBCT puede reducir el estrés y por tanto podría contribuir a aminorar sus efectos negativos sobre la salud de los profesionales y a mejorar su rendimiento en el trabajo (Hamilton-West et al.2018, Rodríguez-Vega et al.2020).

En nuestro estudio los resultados se midieron 12 semanas después de finalizado el curso. Este es un intervalo medio similar (Hamilton-West et al. 2018, Kersemaekers et al. 2020, Xie et al. 2020) o incluso superior en relación con otros estudios (Kim et al. 2023).

Por otro lado, como en cualquier otra intervención educativa de este tipo, puede existir en nuestra muestra un sesgo en la selección, ya que quienes se apuntan a este tipo de formación ya presentan de base un interés por mejorar. Sin embargo, se trata de un sesgo generalizado en todos los estudios ya que los participantes, por cuestiones prácticas, deben ser sujetos voluntarios. Además, en nuestro estudio la mayoría de los sujetos, el 85%, son mujeres, aunque este hecho podría parecer un sesgo de género, en realidad parece ser un reflejo de la realidad ya que en este sector laboral cada vez el predominio femenino es mayor.

En nuestro estudio se utiliza el curso estandarizado de MBCT de 8 sesiones, basado en el MBSR, como hemos comentado previamente, al que se le añaden elementos teóricos y prácticos de terapia cognitiva, siendo en la práctica similares. Mientras MBCT ha sido utilizado más ampliamente en muestras clínicas, su uso en aplicaciones laborales ha sido menor, aunque con un crecimiento importante en los últimos años (Askey-Jones et al. 2018, Hamilton-West et al. 2018, Strauss et al. 2021). En nuestro caso gracias a la oportunidad de contar con profesorado altamente cualificado formado en MBCT y el tipo de profesionales al que se dirigía, nos hizo decantarnos por esta opción siendo los resultados ampliamente comparables a los de los estudios con MBSR.

Por otra parte, se deben señalar las limitaciones de nuestra investigación: nuestra muestra tiene un tamaño medio en comparación con otros estudios, pero como ocurre en este tipo de investigación (Strauss et al. 2021, Kim e al. 2023), algunos de los participantes de la muestra inicial no completaron la totalidad de los cuestionarios en el seguimiento o no respondieron a todos los ítems, por lo que no se pudieron incluir en los análisis estadísticos, lo cual resulta en una reducción del tamaño muestral importante para algunas de las pruebas estadísticas. La mayor limitación en nuestro trabajo es la falta de grupo control que puede condicionar la validez de los resultados. La falta de un grupo control de lista de espera, por ejemplo, limita el concluir que los cambios positivos se deban a la intervención y no a las tendencias temporales, o a otras variables no controladas (Strauss et al. 2021). La comparación con un grupo control activo (Xie et al. 2020) es decir que realice otra intervención que haya mostrado su utilidad para mejorar el quemamiento y reducir el estrés, nos permitiría saber no sólo si nuestra intervención es eficaz, sino si lo es tanto o más que la realizada por el grupo control. En la introducción ya comentábamos que, como ocurre en la mayoría de los estudios, un número reducido de participantes y la falta de grupos control limita la validez de los resultados (Spinelli et al 2019, Klein et al 2020).

En este estudio se incluyen los datos de la muestra inicial de la primera edición del curso en nuestro hospital (Llano-García & Otero-Cuesta 2022) y los de las sucesivas ediciones del mismo, formando parte de un proyecto más amplio que en los próximos años permitirá aumentar el tiempo de seguimiento, así como comparar los resultados de este formato con los de otra versión más breve del curso que estamos desarrollando en este momento. Incluir otro tipo de medidas “externas” que mejoren la validez de los resultados sería altamente deseable, pero sobrepasan claramente las posibilidades reales de nuestro proyecto.

8. CONCLUSIONES

Podemos concluir que el curso MBCT de 8 semanas de entrenamiento en Atención Plena ha sido valorado de forma muy favorable por los asistentes en todos los aspectos, encontrándolo útil y aplicable tanto en la vida personal como en la profesional, y con un

grado de asistencia e interés elevado. El grado de práctica entre sesiones y en el seguimiento no ha sido tan alto como el deseable atribuyéndolo a las dificultades para encontrar tiempo para la misma. El entrenamiento en Mindfulness ha resultado útil para mejorar de forma significativa las habilidades de atención plena y de regulación emocional, por un lado, y reducir el agotamiento profesional y atenuar el nivel de estrés, por otro, para nuestra muestra de trabajadores del ámbito de la salud.

9. AGRADECIMIENTOS.

Este trabajo de Fin de Grado ha sido posible gracias a mi tutora y profesora del curso de MBCT, la doctora Soraya Otero, a los participantes del curso, a Víctor Ortiz investigador del IDIVAL, y a Rosa Ayesa directora del Grupo de investigación en Salud Mental del IDIVAL que se han encargado de la realización de la base de datos y supervisión del análisis estadístico.

10. BIBLIOGRAFÍA.

1. Asensio-Martínez A. "Revisión histórica de los conceptos utilizados para definir mindfulness y compasión." *Mindfulness & Compassion* 2 .2017 jul-dic; 2 (2):86-91. DOI: 10.1016/j.mincom.2017.08.001.
2. Askey-Jones R. Mindfulness-based cognitive therapy: An efficacy study for mental health care staff. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2018 Sep;25(7):380-389. doi: 10.1111/jpm.12472. Epub 2018 Jul 30. PMID: 29782077.
3. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006 Mar;13(1):27-45. doi: 10.1177/1073191105283504. PMID: 16443717.
4. Baer, R.A. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*.]. 2003: 10(2), 125–143.
5. Bishop, S. R et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: A Publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association* 2004. 11(3), 230-241.
6. Braun, S. E., Kinser, P. A., Rybarczyk, B. Can mindfulness in health care professionals improve patient care? An integrative review and proposed model. *Translational Behavioral Medicine*, 2019, 9(2), 187–201. <https://doi.org/10.1093/tbm/iby059>.
7. Bruin EI, Valentin S, Baartmans JMD, Blok M, Bögels SM. Mindful2Work the next steps: Effectiveness of a program combining physical exercise, yoga and mindfulness, adding a wait-list period, measurements up to one year later and qualitative interviews. *Complement Ther Clin Pract*. 2020 May;39: 101137.
8. Cebolla, A. et al. Eur. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) *J. Psychiat*. 2012,26 (2);118-126.
9. Chiesa A, Serretti A. Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Subst Use Misuse*. 2014

- Apr;49(5):492-512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027. Epub 2013 Mar 5. PMID: 23461667.
10. Cohen, S. and Williamson, G.M. Perceived stress in a probability sample of the United States. In: S. Spacapan and S. Oskamp (Eds.) *The social psychology of health*. Newbury Park, CA: Sage. 1988; 31-66.
 11. Cohen, S. Environmental load and the allocation of attention. In A. Baum, J.E. Singer, & S. Valins (Eds.) *Advances in environmental psychology* .1978;1,1-29.
 12. Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983; 24, 385-396.
 13. Evans S, Ferrando S, Findler M, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(4):716-21.
 14. Fendel, J. C., Aeschbach, V. M.-J., Göritz, A. S., & Schmidt, S. Mindfulness-based programme for residents: study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2020 Mar 19;10(3):e035025. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035025. PMID: 32198304; PMCID: PMC7103807.
 15. García García, J. M., Herrero Remuzgo, S., & Fuentes, J. L. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. 2007. *Apuntes De Psicología*, 25(2), 157-174
 16. Hamilton-West K, Pellatt-Higgins T, Pillai N. Does a modified mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) course have the potential to reduce stress and burnout in NHS GPs? Feasibility study. *Prim Health Care Res Dev*. 2018 Nov;19(6):591-597. doi: 10.1017/S1463423618000129. Epub 2018 Apr 19. PMID: 29669617; PMCID: PMC6692833.
 17. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2002 Jan;44(1):1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006. PMID: 16300724.
 18. Hente E, Sears R, Cotton S, Pallerla H, Siracusa C, Filigno SS et al. A Pilot Study of Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Improve Well-Being for Health Professionals Providing Chronic Disease Care. *J Pediatr*. 2020 Sep; 224:87-93.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.02.081. Epub 2020 May 14. PMID: 32417086.
 19. Hoge EA, Bui E, Marques L, et al. Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *J Clin Psychiatry* 2013 74(8):786-92. doi: 10.4088/JCP.12m08083. PMID: 23541163; PMCID: PMC3772979.
 20. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, van der Heijden B, Engels J. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *PLoS One*. 2018 Jan; 24;13(1): e0191332. doi: 10.1371/journal.pone.0191332. PMID: 29364935; PMCID: PMC5783379.
 21. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and

- preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982 Apr;4(1):33-47. doi: 10.1016/0163-8343(82)90026-3. PMID: 7042457.
22. Kabat-Zinn J. *Vivir con plenitud las crisis*. 2016. Ed. Kairós, Barcelona. ISBN 9788499884905 2016.
 23. Kersemaekers WM, Vreeling K, Verweij H, van der Drift M, Cillessen L, van Dierendonck D et al. Effectiveness and feasibility of a mindful leadership course for medical specialists: a pilot study. *BMC Med Educ*. 2020 Feb 4;20(1):34. doi: 10.1186/s12909-020-1948-5. PMID: 32019524; PMCID: PMC7001198.
 24. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013 Aug;33(6):763-71. doi: 10.1016/j.cpr.2013.05.005. Epub 2013 Jun 7. PMID: 23796855.
 25. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2015 Jun;78(6):519-28. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.03.009. Epub 2015 Mar 20. PMID: 25818837.
 26. Kim, S., Hunter, S. Can Brief Online Mindfulness Programs Mitigate Healthcare Workers' Burnout amid the COVID-19 Pandemic?. 2023. *Mindfulness*, 14 (8); 1930–1939.
 27. Klainin-Yobas P, Cho MA, Creedy D. Efficacy of mindfulness-based interventions on depressive symptoms among people with mental disorders: a meta-analysis. *Int J Nurs Stud*. 2012 Jan;49(1):109-21. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.08.014. Epub 2011 Sep 29. PMID: 21963234.
 28. Klein A, Taieb O, Xavier S, Baubet T, Reyre A. The benefits of mindfulness-based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. *Explore (NY)*. 2020 Jan-Feb;16(1):35-43. doi: 10.1016/j.explore.2019.09.002. Epub 2019 Oct 3. PMID: 31727578.
 29. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eat Disord*. 2011 Jan-Feb;19(1):49-61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605. PMID: 21181579.
 30. Kristeller J, Wolever R, Sheets V. Mindfulness based eating awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A randomized clinical trial. *Mindfulness*. 2014;2; 119-139. Elsevier Academic Press.
 31. Lakhan SE, Schofield KL. Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2013 Aug 26;8(8):e71834. doi: 10.1371/journal.pone.0071834. PMID: 23990997; PMCID: PMC3753315.
 32. Lawrence M, Booth J, Mercer S, Crawford E. A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *Int J Stroke*. 2013 Aug;8(6):465-74. doi: 10.1111/ijvs.12135. PMID: 23879751.

33. Ledesma D, Kumano H. Mindfulness-based stress reduction and cancer: a meta-analysis. *Psychooncology*. 2009 Jun;18(6):571-9. doi: 10.1002/pon.1400. PMID: 19023879.
34. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):757-66. doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Dec;64(12):1401. PMID: 16818865.
35. Llano García P, Otero Cuesta S. Terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT): un programa de intervención para la regulación emocional y el afrontamiento del estrés en profesionales sanitarios. [Santander]: Universidad de Cantabria ,2022.
36. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. *Maslach Burnout Inventory: Manual* (3rd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press. 1996. 191-215
37. Morrow EH et al. Comparison of mindfulness interventions for healthcare professionals: A mixed-methods study. *Complement Ther Med*. 2022 Nov;70:102864, doi: 10.1016/j.ctim.2022.102864. Epub 2022 Jul 30. PMID: 35917997.
38. Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O., & 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. *Behaviour Research and Therapy*, 2017, 95, 29–41.
39. 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 Aug;31(6):1032-40. doi: 10.1016/j.cpr.2011.05.002. Epub 2011 May 15. PMID: 21802618.
40. Reiner K, Tibi L, Lipsitz JD. Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Med*. 2013 Feb;14(2):230-42. doi: 10.1111/pme.12006. Epub 2012 Dec 13. PMID: 23240921.
41. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006 May;9(1):86-93. doi: 10.1017/s1138741600006004. PMID: 16673626.
42. Remor, E., & Carrobles, J.A. Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*. Universidad autónoma de Madrid :2001. 7 (2-3), 195-201
43. Rodríguez-Vega B et al. Implementation of a Mindfulness-Based Crisis Intervention for Frontline Healthcare Workers During the COVID-19 Outbreak in a Public General Hospital in Madrid, Spain. *Front Psychiatry*. 2020 Oct 30;11:562578. doi: 10.3389/fpsy.2020.562578. PMID: 33329103; PMCID: PMC7673433.
44. Safran JD, Muran JC, Winston A, Samstang LW. Evaluating alliance-focused Intervention for potential Treatment failures: a feasibility study and descriptive

- analysis. 2005. *Psychother Theor Res Pract Training*, 42(4), 512–531. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.4.512>
45. Segal Z. V., Teasdale J. D., Williams J. M., & Gemar M. C. . The Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adherence Scale: Interrater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness. 2002.*Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 131–138
 46. Spinelli C, Wisener M, Khoury B. Mindfulness training for healthcare professionals and trainees: A meta-analysis of randomized controlled trials. *J Psychosom Res*. 2019 May;120:29-38. doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.03.003. Epub 2019 Mar 5. Erratum in: *J Psychosom Res*. 2019 Aug;123:109733. PMID: 30929705.
 47. Strauss C, Gu J, Montero-Marin J, Whittington A, Chapman C, Kuyken W. Reducing stress and promoting well-being in healthcare workers using mindfulness-based cognitive therapy for life. *Int J Clin Health Psychol*. 2021 May-Aug; 21(2):100227. doi: 10.1016/j.ijchp.2021.100227. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33680001; PMCID: PMC7903308.
 48. Sulosaari V, Unal E, Cinar FI. The effectiveness of mindfulness-based interventions on the psychological well-being of nurses: A systematic review. *Appl Nurs Res*. 2022 Apr; 64:151565. doi: 10.1016/j.apnr.2022.151565. Epub 2022 Jan 15. PMID: 35307128.
 49. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2002 Aug;68(4):615-23. doi: 10.1037//0022-006x.68.4.615. PMID: 10965637.
 50. Vasquex-Dextre, E R. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr [online]*. 2016,79 (1), 42-51. ISSN 0034-8597
 51. Williams JM et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord*. 2008 Apr;107(1-3):275-9. doi: 10.1016/j.jad.2007.08.022. Epub 2007 Sep 19. PMID: 17884176; PMCID: PMC2881943.
 52. Xie C, Zeng Y, Lv Y, Li X, Xiao J, Hu X. Educational intervention versus mindfulness-based intervention for ICU nurses with occupational burnout: A parallel, controlled trial. *Complement Ther Med*. 2020 Aug; 52:102485. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102485. Epub 2020 Jun 16. PMID: 32951735.