

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Resultados de un taller de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria.**María del Mar Martínez Lentisco¹, Antonio Jesús Pedrosa Pacheco², M^a Carmen Olvera Porcel³.**

1. Profesora Asociada Universidad de Almería. Fisioterapeuta. Unidad de Gestión Clínica Níjar. Níjar (Almería)
2. Médico de Familia y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Níjar. Níjar (Almería). anjepedrosa@gmail.com
3. Técnico en Metodología de la Investigación y Bioestadística. Fundación para la Investigación Bio-sanitaria de Andalucía Oriental (FIBAO).

Contacto: Antonio Jesús Pedrosa Pacheco. anjepedrosa@gmail.com

Citar como: Martínez Lentisco MM, Pedrosa Pacheco AJ, Olvera Porcel MC. Resultados de un taller de Mindfulness en profesionales de Atención Primaria. fml. 2017;21(18):13p

Recibido el 01/02/2017

Aceptado el 01/08/2017

Publicado el 19/09/2017

Palabras clave (MeSH): Burnout; Mindfulness; Atención Primaria; Estrés; Condiciones de Trabajo; Bienestar.

Resumen**Objetivo:**

Este estudio intenta demostrar como una actividad basada en Mindfulness puede ser una técnica útil para mejorar los niveles de burnout, estados de ánimo y conciencia plena en profesionales de Atención Primaria.

Diseño: Estudio cuasi experimental pre-post con grupo control en un Centro de Atención Primaria de una zona rural en Almería.

Población de estudio/Criterios de inclusión/exclusión: El grupo experimental (n=20) son profesionales sanitarios del centro de salud de Níjar y el grupo control (n=14) pertenecientes al centro de salud de Carboneras. Para su inclusión se solicitaba que voluntariamente aceptaran su participación en el estudio.

Intervención: Taller de Mindfulness de 4 horas de duración, divididas en dos sesiones distanciadas en 15 días. Mediciones Principales: variables sociolaborales al inicio del estudio y puntuaciones de tres escalas: Burnout (MBI), Malestar (POMS) y Conciencia Plena (FFMQ) se les pasó a los participantes antes, al finalizar la actividad y a los 6 meses.

Métodos de Evaluación: Para analizar diferencias entre el grupo control e intervención se aplicó el test U de Mann-Whitney para variables continuas y para variables categóricas el test exacto de Fisher. Para analizar los resultados en el tiempo se aplicó el test de Friedman para muestras relacionadas, las comparaciones múltiples se realizaron usando la corrección de Bonferroni.

Resultados: Se encontraron diferencias significativas de mejora en la dimensión Agotamiento Emocional (BMI) en el grupo intervención y puntuaciones mayores con tendencia a la significación de Malestar Psíquico en el grupo control. El diseño de la actividad y selección de la muestra pudieran explicar estos resultados.

Conclusiones: Actividades de Mindfulness incluso de corta duración tienen un efecto positivo en los profesionales de Atención Primaria por lo que consideramos recomendable incluirlas en su período de formación.

Abstract

Objective: This study tries to show how an activity based on full awareness or Mindfulness, as demonstrated by scientific literature, can be a useful technique to improve these parameters of work and personal health. A small study was conducted in two groups of health professionals in the field of primary health care in a rural area of Almería.

Methodology: Quasi experimental with pre-post control group. One of them received a 4-hour Mindfulness workshop in two sessions and another acted as a control group. Personal and occupational variables at the beginning of the study were reviewed to control possible confounding factors and were scored on three scales: MBI, POMS and MMFQ respectively measuring levels of burnout and psychological distress of participants before, at the end of the activity, and at 6 months to see their effect over time.

Assessment methods: to analyze the differences between the group control and intervention is applied the test U Mann-Whitney for continuous and categorical variables, Fisher's exact test. The analysis of the results in time applied the Friedman test for related samples, multiple comparisons were conducted using the Bonferroni correction.

Results: The result showed a difference in the one dimension of Burnout in the group intervention with respect to the control group. There were better scores with significant tendency in the psychological discomfort scale and zero improvement in scores of Mindfulness or full consciousness, which was the main objective of the study. Factors in the design of the activity and the population selection could explain these results.

Conclusions: Mindfulness activities even short-term have a positive effect on primary care provider still

important introduce within the training time.

INTRODUCCIÓN

El Burnout se define como un estado mental negativo, relacionado con el trabajo, que se da en individuos "normales" y se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, acompañado de malestar, sentimientos de reducción de motivación y desarrollo de actitudes disfuncionales (1). Fue descrito por Herbert Freudenber en 1974, como síndrome de agotamiento profesional, se presentaba en personal en contacto continuado con la gente que acaban por estar desgastados profesionalmente. En 1976, Cristina Maslach presentó por primera vez el término burnout en el congreso de la APA (American Psychological Association) (2). Un trastorno similar fue definido (Enfermedad de Tomas) como alteración de la identidad del profesional sanitario con pérdida de autoestima (3).

En el año 1981 se publica el MBI (Maslach Burnout Inventory) por Maslach y Jackson (4) estableciéndose criterios de medida estandarizada y evaluación del Burnout. Ha sido validada en trabajadores de la salud, incluyendo Atención Primaria. Este cuestionario de 22 ítems valora tres aspectos: El *agotamiento emocional* con manifestaciones tanto psíquicas como físicas, la *despersonalización* o trastornos conductuales negativos y distanciamiento hacia los compañeros (5), así como la *baja realización personal* o desilusión para dar sentido a la vida junto con sentimientos de fracaso y baja autoestima (6,7).

Los profesionales sanitarios son un colectivo profesional sometido a stress laboral y un alto nivel de exigencia, aunque no son los únicos puesto que en otras profesiones también está establecido este desgaste profesional como los trabajadores sociales y maestros (8).

Factores intrínsecos como contacto con el sufrimiento físico o psíquico y factores extrínsecos como condiciones del entorno del trabajo y déficit de recursos conforman el síndrome de desgaste profesional (9) que es el resultado de un proceso de mala adaptación a un stress crónico donde inicialmente se produce un período de entusiasmo, seguido de una fase de estancamiento y una frustración posterior, presentando entonces problemas emocionales y conductuales (5).

Las condiciones de trabajo tienen una influencia en la calidad de la asistencia y se sabe que aumentan los errores médicos, aumentan el gasto en prescripción farmacéutica (10), así como aumentan el número de derivaciones y el absentismo laboral del mismo modo disminuyen la capacidad de empatía (6), estas circunstancias están detrás de muchos

problemas de nuestro sistema sanitario (10). De Lorenzo, señala que profesionales sanitarios sometidos a este stress desencadenan cuadros de ansiedad, mayor consumo de analgésicos y somníferos que la población general (11). Dentro del colectivo sanitario los más afectados son trabajadores sociales seguidos de administrativos, odontólogos, médicos y enfermeras (2,12, 7). En Atención Primaria hay más profesionales afectados que en Atención Especializada (13). Las condiciones personales y profesionales influyen (6), así como sus rasgos de personalidad (14).

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, recomienda diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales para ofrecer entornos laborales más saludables (15).

El Mindfulness es una técnica que trata de relajar el cuerpo y calmar la mente a través de centrarse en la conciencia del momento, aceptando cualquier pensamiento o emoción espontánea (11). Es una técnica creada por Kabat-Zinn en 1979(16).

El MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) se trata de un programa de salud que combina instrucciones en clase y prácticas (17) y en su forma abreviada, también ha demostrado ser una herramienta eficiente en Atención Primaria (18,19).

Programas intensivos educativos describen efectos beneficiosos sostenidos hasta 15 meses. (20). Sesiones más breves también demuestran resultados positivos (8) que ocurren en la disminución del stress, cambios en la empatía y número de eventos de seguridad en pacientes (19). Muchos estudios son de pequeña muestra en médicos (11), personal de enfermería (21) (16), estudiantes de enfermería (22) y medicina (23) y otros profesionales de salud (24).

Hipótesis.

La realización de un taller de Mindfulness mejorará los niveles de burnout, malestar y conciencia plena en los profesionales de Atención Primaria.

Objetivos.

Evaluar la utilidad de un Taller de Mindfulness y técnicas de control de la activación en profesionales de Atención Primaria respecto a su repercusión en variables relacionadas con burnout, malestar y conciencia plena y medir las modificaciones de las mismas pasados 6 meses de la intervención.

Específico:

Evaluar si existen diferencias en escalas de *burnout*, *malestar* y *conciencia plena* entre profesionales que recibieron o no un taller de Mindfulness.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental pre-post con grupo control, en el que se puso en marcha en el grupo experimental la realización de taller de Mindfulness y control de la respiración, acreditado por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, en dos sesiones de dos horas cada una, separadas por 15 días, con planteamiento teórico-práctico basado en el libro LABRADOR, F. J. (2008) (25).

Una primera sesión basada en técnicas de control de la respiración y la segunda sesión en técnicas de Mindfulness.

A los participantes se les entregó documentación en papel con las técnicas especificadas para que practicaran en casa y se les recomendó realizar la práctica diaria.

Se les pasó un consentimiento informado para aceptar su participación en el estudio y se recogió la información sociolaboral de todos los participantes, así como se recogieron los datos en todos los sujetos de los cuestionarios relativos al malestar emocional (POMS), burnout (BMI) y conciencia plena (FFMQ), que se detallarán más adelante.

A ambos grupos se les pasó los cuestionarios en las mismas fechas, teniendo en cuenta que, en el grupo experimental, esto supone ser antes del comienzo del taller (previo) y al finalizar el mismo (posterior), así como a los 6 meses de la intervención.

Participantes:

Grupo experimental: Profesionales sanitarios cuyo criterio de inclusión fue pertenecer a la Unidad de Gestión clínica de Níjar, estar en activo y aceptar participar en el estudio.

Grupo control: Profesionales sanitarios en activo cuyo criterio de inclusión fue pertenecer a la Unidad de Gestión clínica de Carboneras y aceptar participar en el estudio.

Variables.

Independientes: Datos sociodemográficos y laborales.

Dependientes: Cuestionario POMS de estados de ánimo, formado por 63 ítems que evalúan mediante 7 dimensiones el grado de malestar de los trabajadores, cuestionario MBI (Maslach Burnout Inventory) o Escala de Maslach, que consta de dimensiones relacionadas con burnout y el cuestionario FFMQ (FiveFacets of Mindfulness Questionnaire) o de Mindfulness, validado al español por Cebolla et al. 2012 (26) que mediante 39 ítems (escala tipo Licker) mide 5 dimensiones relacionadas con la conciencia plena.

Análisis Estadístico.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo para identificar las características de los participantes del estudio. Las variables continuas se expresaron como media±sd (desviación estándar) y mediana, las variables categóricas mediante tabla de frecuencias y porcentajes.

Para analizar las diferencias entre el grupo control e intervención se aplicó el test U de Mann-Whitney para variables continuas y para variables categóricas el test exacto de Fisher. Por último, para evaluar el efecto del tiempo en el grupo intervención (previo, posterior y a los 6 meses de este) se aplicó el test de Friedman para muestras relacionadas, las comparaciones múltiples se realizaron usando la corrección de Bonferroni. La relación entre las variables cuantitativas se ha medido con el coeficiente de correlación de Spearman. Los intervalos de confianza se han obtenido al nivel de confianza del 95%. El nivel de significación estadística se consideró en aquellos valores inferiores a 0.05. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa STATA versión 12.

Consideraciones éticas:

Se considera la normativa referente a protección de datos, así como el Convenio de Oviedo y la Declaración de Helsinki, informando a los participantes de los objetivos y finalidad del estudio, firmando un consentimiento. Se contó con la autorización del Comité de Ética e Investigación de Distrito Sanitario Almería.

RESULTADOS

El grupo intervención estaba formado por 20 trabajadores sanitarios, el grupo control por 14. Para contrastar la homogeneidad entre ambos grupos se compararon sus variables sociodemográficas y laborales (tabla 1) y no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas. En el grupo intervención el 70% eran mujeres a diferencia del 78.57% para el grupo control (p 0.70), se puede destacar que el 55% de los individuos del grupo intervención tomaba medicación frente a un 21% del grupo control, con indicios de significación estadística (p 0.08), nadie de la muestra indica consumir alcohol a diario ni estuvo de baja médica en el último año y todos consideraban su salud buena.

Con respecto al **cuestionario MBI**, se considera síndrome de burnout cuando se producen puntuaciones altas en las dimensiones despersonalización y agotamiento emocional y bajas en realización personal. Se considera que una puntuación total en el

cuestionario MBI entre 1 y 33 es un nivel bajo, entre 34 y 66 nivel medio y entre 67 y 99 nivel alto.

En el grupo de intervención (tabla 2) se

Tabla 1: Variables sociodemográficas y laborales

	INTERVENCIÓN	CONTROL		INTERVENCIÓN	CONTROL
Edad Mediana Media±sd ^(a)	48,5 48,3 ± 6,19	43,5 44,75±7,97	Sexo. ^(b) Hombre Mujer	30% 70%	21,43% 78,57%
Número de Hijos. Mediana Media ± sd ^(a)	2 1,63± 0,76	1,5 1,33±0,98	Estado civil ^(b) Casado Divorciado	85% 15%	92,8% 7,2%
Años fin de carrera Mediana Media±sd ^(a)	23 23,84± 7,90	20 20,46±6,45	Intención ^(b) cambio trabajo no sí	90% 10%	85% 15%
Tiempo en el trabajo actual Mediana Media ± sd ^(a)	9 12±7,84	11 13,92±9,92	Bebe alcohol ^(b) no sí	100%	93% 7%
Horas semanales Mediana Media ± sd ^(a)	37 38,25 ± 4,49	37,5 37,28±6,55	Dolores último año ^(b) no sí	40% 60%	42,9% 57,2%
Distancia casa trabajo(Km) Mediana Media ± sd ^(a)	35 36,7 ± 19,38	50 40,76±29,81	Fumador ^(b) no sí	95% 5%	92,8% 7,2%
Categoría profesional ^(b) Médico DUE pediatra otros	35% 45% 15% 5%	28,5% 35,7% 14,2% 21,4%			
Tipo contrato ^(b) Fijo 100% 75%	60% 30% 10%	61,5% 23,8% 15,3%	Hace guardias ^(b) no sí	30% 70%	15% 85%
Toma medicación ^(b) no sí	45% 55%	79% 21%	Toma psicofármacos ^(b) no sí	95% 5%	85,5% 14,3%

(a)Sd: desviación típica; (b)variables cualitativas expresadas en porcentaje.

encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el agotamiento emocional a lo largo del seguimiento $p \leq 0.05$. Las medianas de esta dimensión para previo, posterior y a los 6 meses fueron de 12.5, 12.5 y 9 respectivamente observando que estas diferencias se encontraron entre el previo y el 6 mes ($p < 0.01$).

En la despersonalización se observa una disminución de los valores de la mediana a lo largo del seguimiento encontrando hubo indicios de significación estadística ($p = 0.06$). Con respecto a la realización personal se

produce un aumento de sus valores a lo largo de los meses, pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0.19$). La puntuación total durante todo el seguimiento indica que estos individuos tenían un nivel de burnout medio. Este valor fue disminuyendo a lo largo de los meses sin ser estadísticamente significativo ($p = 0.32$).

En comparación con el grupo control, respecto a la dimensión Agotamiento Emocional (Figura 1) se puede observar cómo a lo largo del seguimiento ha ido disminuyendo para el grupo

Tabla 2. Medianas y Resultados en las Dimensiones del cuestionario BMI.

Dimensiones BMI		Inicio	posterior	6 meses	p-valor (b)
Agotamiento emocional	Intervención	12.5	12.5	9	0.02*
	Control	11.5	14	14.5	0.42
	<i>p-valor (a)</i>	0.37	0.79	0.05*	
Despersonalización	Intervención	6.5	5.5	4	0.07
	Control	3	5	10	0.02*
	<i>p-valor (a)</i>	0.11	0.60	0.12	
Realización personal	Intervención	37	39,5	41	0.20
	Control	42	39	40	0.59
	<i>p-valor (a)</i>	0.28	0.86	0.63	
Total	Intervención	60.5	58.5	52.5	0.32
	Control	57.5	58	61.5	1.00
	<i>p-valor (a)</i>	0.21	0.61	0.11	

* $p \leq 0.05$ (a) Test U de Mann-Whitney (b) Test Friedman

intervención de manera estadísticamente significativa (0.021) y aumentando para el grupo control. Además, si comparamos ambos grupos para cada uno de los tiempos de seguimiento se observa que en el sexto mes la mediana del grupo intervención es de 9 mientras que para el grupo control es de 14,5 ($p \leq 0,05$). Con respecto a la despersonalización y a la realización personal no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos para cada uno de los tiempos. La puntuación total de burnout para el grupo control durante el seguimiento indicatambién un nivel de burnout medio no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (Tabla 2).

Los resultados entre la correlación de las variables sociodemográficas y laborales de las muestras con los niveles de burnout no muestran significación estadística.

Con respecto al **cuestionario POMS** en el grupo intervención (tabla 3) hay indicios de significación estadística en la dimensión amistad ($p=0.091$). Las otras dimensiones del cuestionario no fueron estadísticamente significativas. Se puede observar cómo la mediana para Amistad, Cólera, Fatiga, Confusión y Amistad disminuye entre el previo y el sexto mes. Sin embargo, para Estado Vigor se produce un aumento entre el previo y

posterior. El total fue disminuyendo a lo largo de los meses sin ser estadísticamente significativo. Obtenemos un nivel total de malestar alto cercano a 60, indicando estos valores gran malestar. El malestar total en el grupo control es superior (66) al grupo intervención (49) suponiendo esto diferencias estadísticamente significativas entre el resultado del POMS a los 6 meses ($p < 0.01$).

En comparación con el grupo control, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque a los 6 meses sí que las hubo para 3 dimensiones del cuestionario POMS: Cólera (0,03), Fatiga (0,03) (figura 1) mayores en grupo control con medianas de 3 y 7 respectivamente y Amistad con mediana de 11,9 ($p 0,03$). Además, presentaron indicios de significación, las dimensiones Tensión ($p 0,08$) y Depresión ($p 0,07$) mayores en el grupo control con medianas de 2,5 y 9 respectivamente.

Las dimensiones Fatiga y Cólera (figura 1) van resultando valores mayores en el grupo control y sin embargo va disminuyendo en el grupo intervención, aunque estos resultados no sean estadísticamente significativos.

Con respecto al **cuestionario FFMQ** en el grupo intervención (tabla 4), tenemos un resultado global de 96,5 de un máximo de 195, indicando un valor medio en el proceder con

conciencia plena. Las medianas de la dimensión observar al inicio, posterior y a los 6 meses fueron de 19, 19

Tabla 3: Medianas y Resultados en las dimensiones del cuestionario POMS.

CUESTIONARIO POMS		Inicio	posterior	6 meses	p-valor (b)
Estado tensión	Intervención	0	0	0	0.37
	control	0	4	2.5	0.28
	p-valor (a)	0.39	0.31	0.08	
Depresión	Intervención	8	9	8	0.26
	control	8	11	9	0.42
	p-valor (a)	0.51	0.30	0.07	
Cólera	Intervención	5	2	2	1.00
	control	9	8	3	0.18
	p-valor (a)	0.15	0.26	0.03*	
Estado vigor	Intervención	12	14.5	14.5	0.32
	control	16.5	15	16	0.42
	p-valor (a)	0.007*	0.28	0.13	
Fatiga	Intervención	7.5	6	6	0.21
	control	6.5	7	7	0.03*
	p-valor (a)	0.15	0.21	0.03*	
Confusión	Intervención	2	0	0	0.54
	control	0	2	1.5	0.18
	p-valor (a)	0.03*	0.29	0.24	
Amistad	Intervención	10	10	9	0.09
	control	11	11	11.5	0.59
	p-valor (a)	0.77	0.30	0.03*	
Total	Intervención	56.5	54.5	49	0.43
	control	60.5	62.5	66	0.32
	p-valor (a)	0.62	0.11	0.008	*

* $p \leq 0.05$ (a) Test U de Mann-Whitney (b) Test Friedman y 22.5 respectivamente, hay indicios de significación estadística ($p=0.08$). Las otras dimensiones no fueron estadísticamente significativas.

Se puede observar cómo la mediana entre el inicio y posterior no mostraban cambios, pero sí los hubo entre el posterior y el sexto mes, produciéndose un aumento en la mayoría de éstas. La mediana de la puntuación total fue aumentando a lo largo de los meses sin ser estadísticamente significativo.

Con respecto al **grupo control**, la evolución de las diferentes dimensiones a lo largo del tiempo encontramos que las medianas para la Despersonalización (tabla 2) previo, posterior y 6 meses fueron de 3, 5 y 10 respectivamente esto muestra un aumento en esta dimensión

obteniendo diferencias estadísticamente significativas a lo largo de los meses, $p < 0.01$. Las medianas para la Fatiga antes, posterior y 6 meses fueron de 6.5, 7 y 7 respectivamente (tabla 3), muestra un aumento en esta dimensión obteniendo diferencias estadísticamente significativas ($p=0.03$).

DISCUSIÓN

El Burnout y el desgaste profesional podrían mejorarse mediante técnicas de Conciencia Plena para ello su aplicación debería de ser de forma regular, y de este modo se conseguirá que reporte beneficios para la salud, bienestar psíquico y la satisfacción laboral.

Tabla 4: Medianas y Resultados en las dimensiones del cuestionario FFMQ.

CUESTIONARIO FFMQ		previo	posterior	6 meses	p-valor (b)
Observar	Intervención	19	19	22.5	0.08
	Control	20.5	20.5	22.5	0.93
	p-valor (a)	0.21	0.50	0.93	
Describir	Intervención	23	23.5	24	0.78
	control	24	20.5	23.5	0.98
	p-valor (a)	0.95	0.33	0.38	
Actuar dándose cuenta	Intervención	17	17	17.5	0.54
	control	14	16	17	0.46
	p-valor (a)	0.13	0.52	0.83	
No juzgar la experiencia interna	Intervención	17	17	18.5	0.98
	control	16	16	19	0.33
	p-valor (a)	0.81	0.81	0.52	
No reactividad sobre la experiencia interna	Intervención	19	21	20.5	0.50
	control	20	19.5	21	0.79
	p-valor (a)	0.75	0.71	0.95	
Total	Intervención	96.5	99	107.5	0.46
	control	94	92	92.5	0.57
	p-valor (a)	0.67	0.45	0.68	

* p≤0.05 (a) test U de Mann-Whitney.(b)Test Friedman7

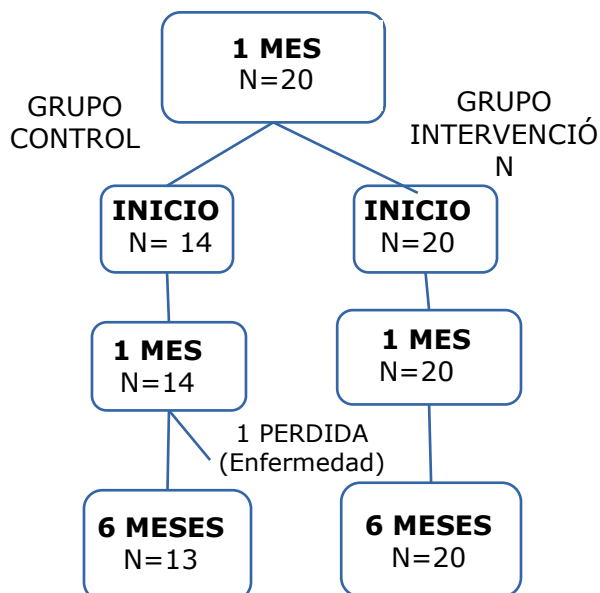


Tabla 5. Desarrollo de la población muestral a lo largo del estudio

Comparación con otros estudios.

La efectividad de nuestro estudio ha resultado limitada y con discreta repercusión. En otros estudios el programa Kabat-Zinn, incluso en versiones abreviadas, sí han

reportado grandes beneficios para esta población. (19, 27,28, 29, 30, 31). Si es cierto que la población estudiada presentaba al inicio niveles de Burnout similar a otros estudios (27,32).

Nuestra actividad mejora de forma significativa la puntuación global y algunas dimensiones del Burnout (Agotamiento Emocional-MBI) y otras del Bienestar Psíquico (Cólera, Amistad o Fatiga-POMS) al igual que ocurre en el estudio de Navarro-González 2015 y West et al en 2014. (27,33).

La Conciencia Plena (FFMQ) no obtuvo diferencias tras la actividad realizada, al contrario que en otros estudios (28,30), aunque entendemos que esto podría explicarse por el diseño de la actividad y que esta técnica de Mindfulness no se integró en la cotidianidad de los participantes.

Se consideró, como en los estudios de Frutos-Llanes y cols 2014, que las variables socio-profesionales podrían ser indicadores o predictores de Burnout (tabla 1) pero no se obtuvieron datos significativos en la correlación con el nivel de Burnout, algo sí presente en otros estudios (14,15).

Aplicabilidad Práctica.

Este tipo de actividades se podrían incluir de forma sistemática en el sistema sanitario e involucrar a todos los colectivos profesionales implicados en la Atención Primaria. Ello podría mejorar el malestar psíquico, disminuir los síntomas de burnout y stress.

Pensamos que un entrenamiento adecuado y diseñado para continuarlo en su vida diaria, repercutiría positivamente en la satisfacción profesional del usuario y efectividad en la práctica laboral.

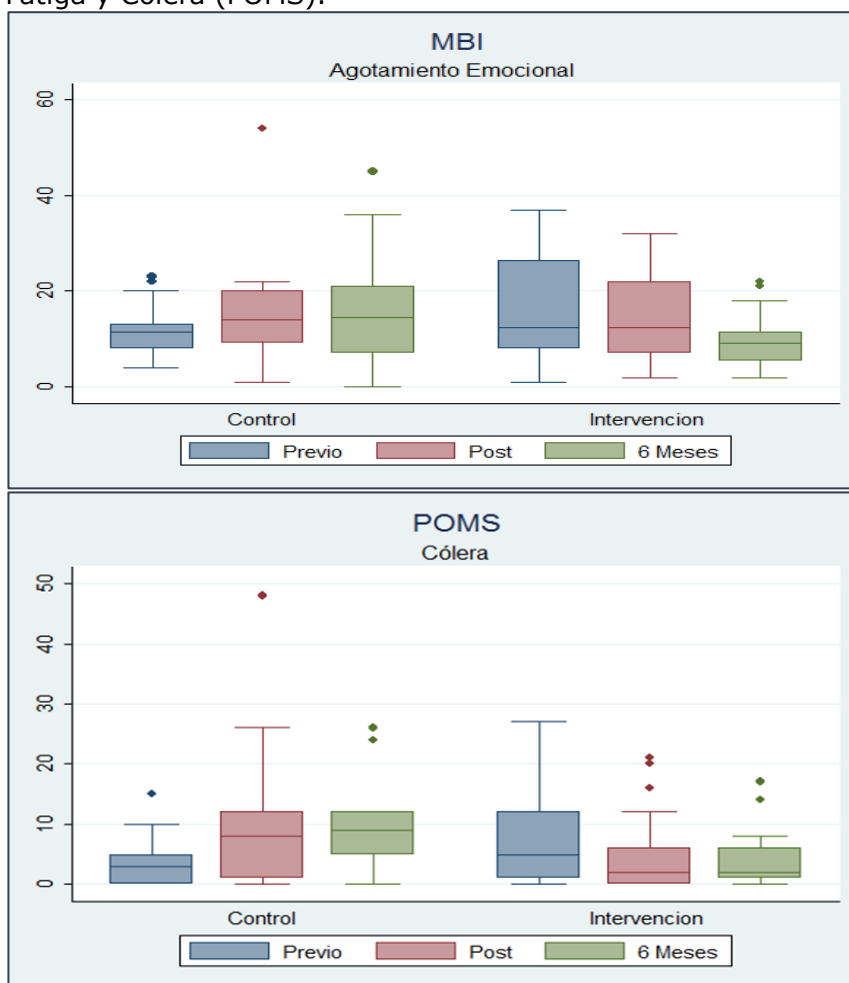
Limitaciones e investigaciones futuras.

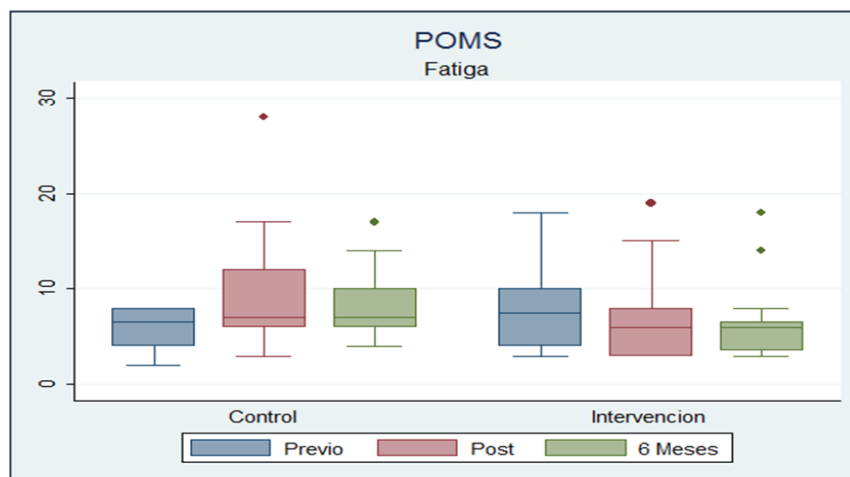
La intervención fue de dos sesiones presenciales, Se recomendó la práctica en casa continuada, pero la adherencia no se pudo comprobar.

Las diferencias encontradas no se aprecian significativas en la medición inmediata, aunque sí es más notable pasados 6 meses. No podemos deducir una respuesta positiva inmediata o un mantenimiento de esta en el tiempo.

Los participantes se incluyen por iniciativa

Figura 1: Diagrama de Cajas y Bigotes para el Test Friedman en las dimensiones Agotamiento Emocional (MBI), Fatiga y Cólera (POMS).





propia. Su motivación intrínseca podría influir en los resultados. La población de estudio ha sido limitada por el ámbito en el que se llevó a cabo y su resultado por ello tiene poco nivel de significación.

Resultaría interesante implementar un estudio con un programa de entrenamiento de mayor duración o intensidad. Podríamos medir su resultado a nivel de variables económicas, rendimiento laboral, bajas laborales, satisfacción del usuario y del profesional...justificando así su evidente utilidad particular y general en la Atención Primaria. Todos los estudios revisados afectan a una población limitada, por ello es más difícil su interpretación global.

Agradecimientos:

Al Comité de Ética e investigación del Distrito Sanitario de Almería, por su permiso para realizar la investigación.

A la agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía por acreditar El taller de Mindfulness del que consta la intervención.

Bibliografía

- Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. CRC. 1998.
- VilàFalgueras M, Cruzate Muñoz C, OrfilaPernas F, CreixellSureda J, González López MP, Davins Miralles J. [Burnout and Teamwork in Primary Care Teams.]. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 Jun 4 [cited 2015 Jan 7] ;(xx):1-7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24908347>
- Olivar Castrillón C, González Morán S, Martínez Suárez MM. The factors related to job satisfaction and professional burnout in the primary care physicians of Asturias. *Aten Primaria*. 1999; 24:352-9.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout [Internet]. *Journal of Occupational Behavior*. 1981. p. 99-113. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>
- Caballero M, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de

- Atención Primaria. 2001; 27:313-7.
- Adriaenssens J, de Gucht V, Maes S. The impact of traumatic events on emergency room nurses: Findings from a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2012; 49:1411-22.
- Portero de la Cruz S, Vaquero Abellán M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 Jun [citado 2016 Set 02]; 23(3): 543-552. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000300543&lng=pt. Epub 03-Jul-2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
- Romani M, Ashkar K. Burnout among physicians. [Internet]. *The Libyan Journal of Medicine*. 2014 [cited 2015 Jan 6]. p. 23556. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Burnout+among+physicians#0>
- Domínguez Fernández JM, Herrera Clavero F, Villaverde Gutiérrez MDC, Padilla Segura I, Martínez Bagur ML, Domínguez Fernández J. [Burnout syndrome in health workers in Ceuta]. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jan [cited 2015 Jan 4];44(1):30-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21496968>
- Cebrià J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *GacSanit* [Internet]. Elsevier; 2003 Jan [cited 2015 Jan 7]; 17(6):483-9. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911103717956>
- Franco Justo C. [Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique]. *Aten Primaria* [Internet]. 2010 Nov [cited 2015 Jan 7];42(11):564-70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20129713>
- García-Rodríguez A, Gutiérrez-Bedmar M, Bellón-Saameño JÁ, Muñoz-Bravo C, Fernández-Crehuet Navajas J. [Psychosocial stress environment and health workers in public health: Differences between primary and hospital care.]. *Aten Primaria* [Internet]. 2014 Oct 23 [cited 2015 Jan 4] ;(xx). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25443765>
- Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Preval Burn primar y care nurses* [Internet]. 2005;15: 123-30. Available from: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13075768>
- Cañadas-De la Fuente G A, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, De la Fuente EI. Risk factors and prevalence of Burnout Syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2015 Jan [cited 2014 Dec 10];52(1):240-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25062805>

15. Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. [Burnout Syndrome in general practitioners of Avila]. *Semergen* [Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2014 Oct [cited 2015 Jan 7]; 40(7):357-65. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25092507>
16. Smith SA. Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping with Work-Related Stress. *Int J Nurs Knowl*. 2014;25: 119-30.
17. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constr Hum Sci*. 2003;8: 73-107.
18. Fortney L, Luchterhand C. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam ...* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 14]; Available from: <http://www.annfammed.org/content/11/5/412.short>
19. Brady S, O'Connor N, Burgermeister D, Hanson P. The impact of mindfulness meditation in promoting a culture of safety on an acute psychiatric unit. *Perspect Psychiatr Care* [Internet]. 2012 Jul [cited 2015 Jan 7];48(3): 129-37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22724398>
20. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA: the journal of the American Medical Association*. 2009.
21. Gauthier T, Meyer RML, Greife D, Gold JI. An On-the-Job Mindfulness-based Intervention for Pediatric ICU Nurses: A Pilot. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2014 Oct 20 [cited 2015 Jan 29]; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596314002723>
22. Beddoe AE, Murphy SO. Does mindfulness decrease stress and foster empathy among nursing students? *J Nurs Educ*. 2004;43: 305-12.
23. Bond AR, Mason HF, Lemaster CM, Shaw SE, Mullin CS, Holick EA, et al. Embodied health: The effects of a mind-body course for medical students. *Med Educ Online*. 2013;18(1):1-8.
24. Brito Pons G. Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (Mindfulness): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile (**) [Internet]. *Psicoperspectivas*. 2011. p. 221-42. Available from: <http://www.psicoperspectivas.equipu.cl/index.php/psicoper>
25. Labrador Encinas FJ. *Técnicas de Modificación de la conducta*. Piramide, editor. Madrid; 2008.
26. Cebolla et al. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *Eur. J. Psychiatr*. 2012; 26 (2):118-126.
27. Navarro-González D, Ayeche-Díaz A, Huarte-Labiano I. [Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff]. *Semer / Soc Española Med Rural y Gen* [Internet]. Elsevier; 2015 Jan 1 [cited 2016 Feb 12];41(4):191-8. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-prevalencia-del-sindrome-del-iburnout-i-90411680>
28. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de Mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit*. 2013;27(6):521-8.
29. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism. *JAMA Intern Med*. 2014 Apr 1;174(4):527.
30. de Vibe M, Solhaug I, Tyssen R, Friberg O, Rosenvinge JH, Sørli T, et al. Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students. *BMC Med Educ* [Internet]. 2013 Jan [cited 2014 Dec 27]; 13:107. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3751423&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
31. Fortney L, Luchterhand C, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study. *Ann Fam Med* [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 4];11(5): 412-20. Available from: <http://www.annfammed.org/content/11/5/412.short>
32. Preciado Serrano, M L, Abriz Ramos, A, Enríquez Hernández, CB and Hernández Chávez, G. Análisis psicométrico de la escala de estrés para profesionales mexicanos de enfermería. *RICS Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 2016. 5(10).
33. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2014 Apr [cited 2014 Dec 24];174(4):527-33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24515493>.

