



# Psychosocial Intervention

<http://journals.copmadrid.org/pi>



## Evaluación de una Intervención *Mindfulness* en Equipos de Cuidados Paliativos

Noemí Sansó<sup>a</sup>, Laura Galiana<sup>b</sup>, Amparo Oliver<sup>b</sup>, Paz Cuesta<sup>c</sup>, Cilia Sánchez<sup>d</sup> y Enric Benito<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Universidad de las Islas Baleares, España; <sup>b</sup>Universitat de València, España; <sup>c</sup>Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda, España  
<sup>d</sup>Consultora senior de formación e instructora de programas basados en atención plena, España; <sup>e</sup>Consultor senior en cuidados paliativos, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

**Historia del artículo:**  
Recibido el 18 de septiembre de 2017  
Aceptado el 17 de diciembre de 2017  
Online el 18 de abril de 2018

**Palabras clave:**  
Atención plena  
Calidad de vida profesional  
Cuidados paliativos  
Agotamiento profesional  
Fatiga por compasión

**Keywords:**  
Mindfulness  
Professionals' quality of life  
Palliative care  
Burnout  
Compassion fatigue

### RESUMEN

El objetivo de este estudio es evaluar los resultados de un programa breve de entrenamiento en *mindfulness* sobre la atención plena, la autocompasión y la calidad de vida profesional en equipos de cuidados paliativos. Para ello se llevó a cabo un estudio preexperimental pre-post. Participaron 36 profesionales de equipos de cuidados paliativos de Madrid (España). Se midió *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida profesional. Las mediciones se realizaron al inicio y a las dos semanas de finalizada la intervención, que duró seis semanas. Los resultados de aplicación del programa se evaluaron mediante análisis de varianza multivariados (MANOVA). Tras la intervención se observó una mejoría en los niveles de *mindfulness*, de autocompasión y de riesgo de *burnout*, independientemente de la categoría profesional. La aplicación de esta intervención psicosocial breve de *mindfulness* en un grupo de profesionales de cuidados paliativos se ha asociado con un aumento de los niveles de autoconciencia y autocompasión y con una disminución de la percepción de *burnout*.

### Evaluation of a mindfulness intervention in palliative care teams

### ABSTRACT

The aim of this study is to assess the outcome of a brief mindfulness training program on mindful attention, self-compassion, and professionals' quality of life in palliative care teams. A pre-post pre-experimental study was carried out. Thirty-six professionals from palliative care teams from Madrid (Spain) participated in the study. Mindfulness, self-compassion, and professionals' quality of life were assessed. Evaluations were carried out at the beginning of the intervention and two weeks after the intervention, which lasted six weeks. The program's results were assessed using multivariate analyses of variance (MANOVA). After the intervention, there was an improvement of mindfulness, self-compassion, and burnout risk levels lowered, regardless of the profession. This mindfulness based short psychosocial intervention in a group of palliative care professionals was associated to an improvement of self-awareness levels and self-compassion, and a decrease of perceived burnout risk.

El cuidado de los pacientes en el proceso de morir supone para los profesionales sanitarios una experiencia intensa y a veces impactante (Ortega y López, 2004). Sin formación ni recursos específicos, los sanitarios trabajan en situaciones de alto impacto emocional y elevada incertidumbre y responsabilidad, que pueden conducir a sufrir estrés (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

La relación terapéutica pone en contacto a los profesionales sanitarios con la vida interior de las personas atendidas. Dicha relación se establece entre un ser humano necesitado de ayuda (paciente) que aporta a la relación su subjetividad y emociones y un profesional que como ser humano es sensible a los problemas y emociones

del paciente. Aunque haya profesionales que se protejan (en parte por falta de recursos personales para atender el sufrimiento del paciente), con mucha frecuencia como profesionales percibimos las emociones, los problemas y el sufrimiento de nuestros pacientes. Podemos decir que al acercarnos a ayudar nos vemos implicados en la subjetividad del que sufre, convirtiendo la relación de ayuda en una intensa experiencia, con consecuencias potencialmente negativas para el profesional (Cole y Carlin, 2009; Kearney y Weininger, 2011).

Ahondando en este abordaje de ambas sensibilidades, hoy conocemos las bases neurológicas de la empatía, del contagio y la

Para citar este artículo: Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Cuesta, P., Sánchez, C. y Benito, E. (2018). Evaluación de una intervención *mindfulness* en equipos de cuidados paliativos. *Psychosocial Intervention*, 27, 81-88. <https://doi.org/10.5093/pi2018a7>

Correspondencia: [oliver@uv.es](mailto:oliver@uv.es) (A. Oliver).

ISSN: 1132-0559/© 2018 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

regulación emocional (Allen et al., 2012; Lutz, Brefczynski-Lewis, Johnstone y Davidson, 2008; Lutz et al., 2013). Si el impacto no se regula y se mantiene en el tiempo puede acabar produciendo problemas de salud mental. En la literatura encontramos consecuencias negativas derivadas de la relación de ayuda cuando el profesional de la salud no dispone de herramientas adecuadas para prevenirlas. Estas son el síndrome de *burnout*, ampliamente estudiado desde Maslach (1976), y más recientemente lo que se conoce como fatiga de la compasión, término que acuñó Joinson (1992), que ha sido más desarrollado en los últimos años (Figley, 1995; Stamm, 2010). El concepto de fatiga por compasión fue usado por primera vez para ilustrar el desgaste de las enfermeras y posteriormente por Figley (1995) para describir el estrés postraumático secundario, entendido como el coste de atender al dolor emocional de otros. Posteriormente, especialmente a partir de una concepción más sólida de lo que es la compasión, surgida en los académicos que han integrado la visión budista del término, como Tania Singer, se ha criticado este concepto en la medida que la auténtica compasión –surgida de la fuente de la propia conciencia– no se fatiga, proponiendo cambiarlo por fatiga empática (Klimecki y Singer, 2012). En la presente investigación optamos por el término de fatiga por compasión por ser aun hoy el de más consenso. El síndrome de *burnout* se caracteriza por un agotamiento emocional, despersonalización y sensación de baja realización personal. Maslach lo define como una respuesta a la exposición prolongada a estresores emocionales e interpersonales en el trabajo (Maslach, 2003). Una forma específica de *burnout* es la fatiga de compasión. Stamm (2010) la describe como consecuencias indeseadas, pero naturales, predecibles y tratables, de trabajar con personas que sufren. En el extremo contrario, encontramos la satisfacción de la compasión, definida como el gozo derivado de ayudar, que puede suponer un protector en un entorno de sufrimiento (Kearney y Weinger, 2011; Sansó et al., 2015; Stamm, 2010).

En el colectivo de sanitarios, encontramos una elevada prevalencia tanto del síndrome de *burnout* como de la fatiga de compasión. Revisiones recientes muestran una prevalencia de *burnout* del 25 al 40% tanto en Europa (Navarro-González, Ayechu-Díaz y Huarde-Labiano, 2015; Soler et al., 2008) como en EE UU, con una mayor incidencia entre los médicos que en otras profesiones (Shanafelt et al., 2012).

La mayoría de estudios sobre factores de riesgo del *burnout* se centran en los aspectos sociodemográficos y profesionales, sin apenas explorar los factores subjetivos. Además, hay pocas propuestas preventivas. Así, el Consejo General de Colegios Médicos de España se centra en paliar los problemas de un número progresivo de afectados, sin abordar medidas de prevención del problema (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo – PAYME; Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias, s.f.).

La práctica del *mindfulness* en profesionales de la salud se ha relacionado con un aumento del nivel de conciencia o *mindfulness* (Brooker et al., 2013; Manotas, Segura, Eraso, Oggins y McGovern, 2014; Martín-Asuero et al., 2014), una mejora del afrontamiento del estrés (Song y Lindquist, 2015) y el desarrollo de la empatía (Barbosa et al., 2013; Epstein, 1999; Krasner et al., 2009), una disminución del nivel de ansiedad (Barbosa et al., 2013; Dobie, Tucker, Ferrari y Rogers, 2016), una disminución en el riesgo de sufrir el síndrome de *burnout* (Martín-Asuero et al., 2014; Bazarko, Cate, Azocar y Kreitzer, 2013), un aumento de la resiliencia (Kemper & Khirallah, 2015), así como una mejora en los niveles de depresión (Johnson, Emmons, Rivard, Griffin y Dusek, 2015; Mealer et al., 2014). Específicamente, la práctica de *estar atento* se ha relacionado con la disminución de la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros (Cebolla, García-Campayo y Demarzo, 2014). Los profesionales con elevado nivel de autoconciencia tienen un mejor autocuidado y una mayor capacidad de implicarse con los pacientes sin experimentar estrés

(Sansó et al., 2015). Además, estos profesionales consiguen que el paciente *se sienta sentido*, convirtiéndose en terapeutas más eficaces (Simón, 2010). En 1979 Kabat-Zinn, en el centro médico de la Universidad de Massachusetts, inició el Programa de Reducción de Estrés basado en *Mindfulness* (MBSR), con una duración de 8 semanas (Gordon 2009). Frente a los modelos estándar MBSR, que al aplicarse a profesionales sanitarios presentan tasas de pérdidas importantes (Shapiro et al., 2005), el MBI (*Mindfulness Based Intervention*) es un modelo de entrenamiento en *mindfulness* más breve, con niveles de eficacia aceptables (Cebolla et al., 2014). Existen numerosas investigaciones que han ofrecido evidencia sobre cómo la práctica de la atención plena permite incrementar la autoconciencia de los profesionales sanitarios e incidir así en la satisfacción de la compasión y en su propia regulación emocional (Kemeny et al., 2011; Martín, Rodríguez, Pujol-Ribera, Berenguera y Moix, 2013; Neff y Germer, 2013; Shapiro et al., 2005).

Las peculiares características de los profesionales de cuidados paliativos, con alta exposición a situaciones de *distress* y elevada conciencia de la necesidad de autocuidado, lleva a plantear la presente investigación. Este estudio pretende evaluar la eficacia de un programa MBI en equipos de cuidados paliativos, valorando su impacto sobre el nivel de *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida profesional. Adicionalmente se analiza cómo se comportan estas variables en el colectivo analizado, diferenciando entre profesionales sanitarios y no sanitarios.

## Método

### Diseño y Procedimiento

Tras contactar con la dirección de dos centros especializados en cuidados paliativos de Madrid, Fundación Instituto San José y Fundación Laguna, y obtener los permisos oportunos, se realizó una sesión de orientación en la que se dieron a conocer el programa y su plazo de inscripción, pudiendo finalmente realizarlo todos los profesionales inscritos. La intervención, que se llevó a cabo entre abril y mayo de 2016, tuvo una duración de 6 semanas y fue semipresencial, con 12 horas presenciales y prácticas individuales entre sesiones.

El objetivo fue evaluar el impacto de un programa de entrenamiento MBI en profesionales sanitarios de equipos de cuidados paliativos y comparar su funcionamiento y resultados en otras profesiones de estos mismos equipos no sanitarios en tres variables: *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida. Los objetivos del entrenamiento son:

- Integrar en la rutina diaria la práctica de *mindfulness*, de modo que se favorezca el autocuidado a través del desarrollo de la propia autoconciencia.
- Fomentar en los participantes la compasión y la aceptación, de manera que se incremente su capacidad para hacer frente al dolor y a la enfermedad.
- Mejorar la capacidad de los profesionales para enfrentarse a las situaciones de sufrimiento en clínica, con ecuanimidad y compasión, manteniendo el equilibrio emocional. El programa se describe en la Tabla 1.

Se realizaron evaluaciones, mediante una encuesta *online* autoadministrada al inicio del programa y 15 días después de analizar la intervención. La participación fue voluntaria y anónima.

### Participantes

De las 46 personas que iniciaron la intervención, 36 completaron la formación y contestaron a las encuestas pre y post intervención. La edad media fue de 40.92 años (*DT* = 10.94), con un mínimo de 25 y un máximo de 64. En cuanto al sexo, el 75.7% eran mujeres.

**Tabla 1.** Programa de la intervención

Sesión	Objetivo	Estructura de la sesión <sup>1</sup>
Sesión 1 Atención vs. piloto automático	Conocer y diferenciar entre las dos modalidades mentales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve meditación para relajar y sensibilizar.</li> <li>- Ejercicio de la pasa. Análisis y puesta en común.</li> <li>- Practica del escáner corporal.</li> <li>- Contenido psicoeducativo sobre la diferencia que existe entre modalidad "hacer" vs. modalidad "ser".</li> </ul>
Sesión 2 Practicando el conocimiento basado en la experiencia.	Distinguir entre el conocimiento basado en atención plena del generado a través del pensamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Breve meditación basada en los tres ejes de la práctica: atención, intención y actitud.</li> <li>- Practica del escáner corporal.</li> <li>- Puesta en común de las prácticas realizadas.</li> <li>- Contenido psicoeducativo sobre cómo se construye el conocimiento desde el pensamiento o desde sentir la experiencia directamente.</li> <li>- Ejercicio "Pasear por la calle".</li> <li>- Meditación con atención a la respiración.</li> </ul>
Sesión 3 La respiración y el cuerpo como herramientas para fomentar la atención al presente.	Utilizar la respiración y el cuerpo para desarrollar la atención plena.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lectura del cuento "El legado más hermoso".</li> <li>- Meditación con atención a la respiración.</li> <li>- Puesta en común de las prácticas realizadas.</li> <li>- Contenido psicoeducativo relacionado con la manera habitual que tiene la mente de funcionar ("vagabundeo"). Cómo entrar a un modo distinto de funcionamiento mental, dirigido y consciente.</li> <li>- La generalización de la práctica: "El espacio de respiración de tres minutos".</li> <li>- Ejercicios de estiramientos conscientes I.</li> <li>- Lectura del cuento "El croar de las ranas".</li> <li>- Meditación con atención plena a la respiración, el cuerpo, los sonidos y los pensamientos.</li> </ul>
Sesión 4 Observándome frente a la aversión	Trabajar con emociones negativas y aprender a reconocerlas, para evitar reaccionar con aversión.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puesta en común de las prácticas realizadas.</li> <li>- Contenido psicoeducativo sobre cómo abordar los sentimientos desagradables desde una respuesta consciente y no con una reacción automática.</li> <li>- Ejercicio de escucha empática en situaciones profesionales diarias.</li> <li>- Ejercicios de estiramientos conscientes II.</li> <li>- Los diez movimientos de Thich Nhat Hanh.</li> <li>- Puesta en común de las prácticas realizadas.</li> <li>- Práctica para el cultivo del equilibrio emocional en una situación difícil y recurrente.</li> <li>- Ejercicio grupal para diferenciar entre compasión, empatía y altruismo, en base a casos prácticos.</li> <li>- Meditación de autocompasión.</li> </ul>
Sesión 5 La autocompasión, ¿cómo puedo cuidar mejor de mí?	La autocompasión como clave en la práctica del autocuidado y la regulación emocional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica para el cultivo del equilibrio emocional en una situación difícil y recurrente.</li> <li>- Ejercicio grupal para diferenciar entre compasión, empatía y altruismo, en base a casos prácticos.</li> <li>- Meditación de autocompasión.</li> </ul>
Sesión 6 Consolidación y generalización de lo aprendido.	Recapitular y reflexión sobre como mantener la práctica de <i>Mindfulness</i> .	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práctica de escáner corporal, como cierre.</li> <li>- Exposición en plenario de las experiencias vividas por cada participante.</li> <li>- Ejercicio individual: "Consolidación de lo aprendido".</li> <li>- Meditación de la compasión para los demás.</li> </ul>

Nota. <sup>1</sup> En todas las sesiones se definieron las prácticas para la semana y se entregaron diversos soportes para su realización (vídeos, audios y lecturas de apoyo).

Respecto al nivel de estudios, la mayoría de participantes tenía estudios universitarios (68.4%), un 18.4% tenían estudios de posgrado, un 7.9% estudios de módulo, un 2.6% de bachillerato y otro 2.6% estudios de secundaria. Según su estado civil, el 50% estaba soltero, el 38.9% casado y el 11.1% separado o divorciado. Finalmente, el 50% tenía profesiones de tipo sanitario frente al 50% restante. La distribución por profesiones de los participantes puede consultarse en la [Tabla 2](#).

**Tabla 2.** Distribución de profesionales en sanitarios y no sanitarios

Profesionales sanitarios	N	Profesionales no sanitarios	N
Enfermería	12	Psicología y RRHH	6
Auxiliar de Enfermería	2	Tareas de gestión	4
Fisioterapia	3	Responsable de voluntariado	1
Medicina	1	Trabajo social	3
		Terapia ocupacional	2
		Mantenimiento e instalaciones	2
Total	18	Total	18

## Instrumentos de Medida

Además de datos socio-demográficos, como edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y profesión, se incluyeron tres instrumentos de medida:

**Cuestionario de las cinco facetas del *mindfulness*** (*Five-Facets Mindfulness Questionnaire*, FFMQ; [Baer, Smith, Hopkins, Krie-](#)

[temeyer y Toney, 2006](#)). Es un instrumento de 39 ítems, con una escala tipo Likert de cinco puntos (desde 1 = *nunca* a 5 = *muy a menudo*). Su objetivo es evaluar el *mindfulness* de forma comprensiva, explorando cinco dimensiones: observar ( $\alpha = .833$ ), describir ( $\alpha = .878$ ), actuar con autoconciencia ( $\alpha = .896$ ), no juzgar la experiencia interna ( $\alpha = .860$ ) y no reaccionar a la experiencia interna ( $\alpha = .733$ ).

**Escala de autocompasión** (*Self-Compassion Scale*; [Neff, 2003](#)). Formada por 12 ítems que evalúan diferentes dimensiones de la autocompasión en una escala de 1 (*casi nunca*) a 5 (*casi siempre*). Distingue tres facetas de la compasión: auto-benevolencia, *mindfulness* y humanidad universal ( $\alpha = .792$ ) y sus polos opuestos: sobreidentificación, aislamiento y auto-juicio ( $\alpha = .804$ ).

**Escala de calidad de vida del profesional** (*Professional Quality of Life Scale*, *ProQol*; [Stamm, 1999](#)). Comprende tres subescalas: satisfacción con la compasión ( $\alpha = .769$ ), estrés traumático secundario ( $\alpha = .748$ ) y riesgo de *burnout* ( $\alpha = .505$ ). Cada una compuesta por 10 ítems, que puntúan en una escala tipo Likert de seis puntos (desde 0 = *nunca* a 5 = *siempre*).

## Análisis de Datos

Inicialmente, se describieron los dos grupos en función de la profesión (sanitaria vs. no sanitaria) comprobando su equivalencia en varias características socio-demográficas. Se realizaron, para

las variables cuantitativas, pruebas *t* para comparación de medias de grupos independientes, con la corrección oportuna al diagnóstico del cumplimiento de supuesto de homogeneidad de varianzas. Respecto a la asociación entre variables categóricas, se emplearon pruebas  $\chi^2$ .

Para estudiar la eficacia de la intervención, se efectuaron análisis de varianza multivariados (MANOVA) mixtos, en los que las variables independientes fueron el tiempo, con dos categorías (pre y post intervención) y el grupo, también con dos categorías (profesión sanitaria vs. no sanitaria). El MANOVA evalúa conjuntamente las diferencias de medias de las variables dependientes para las diversas categorías de las variables independientes. De entre los diversos criterios multivariados para evaluar los efectos, se escogió el criterio de Pillai, el más robusto frente a los incumplimientos de los supuestos (Tabachnick y Fidell, 2007). Dado que los MANOVA incluyeron dos variables independientes, se estudió la relación de sus efectos principales (tiempo y grupo) separados, pero también la interacción de éstos (tiempo\*grupo).

En el primer MANOVA se incluyó como variables dependientes las dimensiones de la *mindfulness* (observar, describir, actuar con autoconciencia, no juzgar y no reaccionar). En el segundo, las variables dependientes fueron las dimensiones de la autocompasión (sobreidentificación, autobenevolencia, *mindfulness*, aislamiento, humanidad universal y autojuicio). En el tercero, las dimensiones de la calidad de vida (satisfacción con la compasión, estrés traumático secundario y *burnout*). De resultar significativo, como segundo paso del MANOVA se realizan análisis de varianza (ANOVA) de continuación, para estudiar en qué variables concretas se dan las diferencias estadísticamente significativas. Se estima el tamaño del efecto con eta cuadrado parcial ( $\eta^2$ ) interpretándose orientativamente valores de .02, .13 y .26 como pequeños, medios y grandes efectos, respectivamente. También, conforme recomienda la literatura (Lakens, 2013) se aporta su correspondiente intervalo confidencial al 90%, que de incluir el valor cero indicaría ausencia de efecto.

## Resultados

Inicialmente se procedió a describir los dos grupos en función de la profesión (sanitaria vs. no sanitaria), como muestra la [Tabla 3](#).

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos de los grupos con profesión sanitaria y no sanitaria

	Profesionales sanitarios		Profesionales no sanitarios	
	M	DT	M	DT
Edad	40.44	13.29	40.28	8.38
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Hombre	4	22.2	4	23.5
Mujer	14	77.8	13	76.5
<b>Nivel educativo</b>				
E.S.O.	1	5.6	0	0.0
Bachillerato	1	5.6	2	11.1
Universitario	12	66.7	13	72.2
Postgrado	4	22.2	3	16.7
<b>Estado civil</b>				
Soltero	8	47.1	8	47.1
Casado	6	35.3	8	47.1
Separado/divorciado	3	17.6	1	5.9

Nota. Hubo 2 datos perdidos en estado civil y 1 en sexo

En lo que respecta a las pruebas de equivalencia previas al estudio, no resultó estadísticamente significativa la prueba *t* de comparación de medias para la variable edad,  $t(34) = 0.045$ ,  $p = .964$ , ni

tampoco las pruebas chi-cuadrado para sexo,  $\chi^2(1) = 0.008$ ,  $p = .927$ , nivel educativo,  $\chi^2(4) = 4.183$ ,  $p = .382$ , ni estado civil,  $\chi^2(2) = 1.286$ ,  $p = .526$ . De esta forma, se consideraron los grupos homogéneos.

Para evaluar los efectos de la intervención sobre el nivel de *mindfulness* de los dos grupos participantes, se llevó a cabo un MANOVA, en el que se incluyeron como variables dependientes las cinco dimensiones del *mindfulness* evaluadas por el FFMQ y como variables independientes el tiempo y el tipo de profesión. Los resultados apuntaron un efecto estadísticamente significativo de la variable tiempo,  $F(5, 29) = 7.473$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .305$ , pero no de la variable grupo,  $F(5, 29) = 1.079$ ,  $p = .393$ ,  $\eta_p^2 = .034$ ; tampoco hubo un efecto significativo de la interacción de ambas variables,  $F(5, 29) = 1.948$ ,  $p = .117$ ,  $\eta_p^2 = .057$ . El tamaño del efecto de la variable tiempo fue grande, explicando la intervención aproximadamente un 30% de la varianza observada. Cuando se examinaron las distintas dimensiones del *mindfulness*, los ANOVA de continuación apuntaron efectos significativos asociados a la intervención en todas las dimensiones, todos ellos de gran tamaño, excepto por la dimensión actuar con autoconciencia, en la cual la intervención tuvo un efecto medio. Destacar el efecto observado en la dimensión de no juzgar, que explicó más del 40% de la varianza observada. Como puede verse en la [Tabla 4](#), la tendencia general en todos los casos fue un incremento en las puntuaciones (ver [Figura 1](#)).

Para evaluar los cambios tras la intervención sobre el nivel de auto-compasión de los dos grupos de participantes, se llevó a cabo un segundo MANOVA. De nuevo, los resultados apuntaron diferencias estadísticamente significativas en la media de autocompasión,  $F(6, 28) = 9.802$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .212$ , y no se observó un efecto estadísticamente significativo del grupo,  $F(6, 28) = 0.236$ ,  $p = .961$ ,  $\eta_p^2 = .022$ , ni de la interacción tiempo\*grupo,  $F(6, 28) = 1.612$ ,  $p = .181$ ,  $\eta_p^2 = .053$ . La variable intervención explicó más del 20% de varianza observada. Cuando se examinaron las distintas dimensiones de la autocompasión, los ANOVA de continuación apuntaron efectos significativos explicados por la intervención en todas las dimensiones de autocompasión, excepto por humanidad universal. A resaltar el tamaño del efecto que la intervención produjo sobre la dimensión de sobre-identificación, que superó el 50% de varianza observada. Más información se muestra en las [Tablas 3 y 4](#), donde al profundizar con los intervalos de confianza al 90% se observa que al excluir al cero apunta a la existencia de efectos. Al examinar las medias en cada una de las variables, se pudo ver cómo en las dimensiones positivas de la autocompasión la tendencia general fue un incremento en las puntuaciones, a excepción de la dimensión de humanidad universal, mientras que en sus dimensiones negativas (sobre-identificación, aislamiento y auto-juicio) se produjo un decremento generalizado (ver [Figura 1](#)). En la dimensión de humanidad universal se observó un incremento, pero éste solo se produjo en el grupo de profesionales no sanitarios. Estas variaciones no resultaron estadísticamente significativas ni con tamaño del efecto a considerar.

Finalmente, para evaluar los efectos de la intervención sobre el nivel de calidad de vida de los participantes, se realizó un tercer MANOVA, cuyos resultados apuntaron un efecto estadísticamente significativo del tiempo,  $F(3, 31) = 10.681$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = .338$ , pero no del tipo de profesión,  $F(3, 31) = 0.729$ ,  $p = .543$ ,  $\eta_p^2 = .270$ . La interacción de ambas variables, sin embargo, sí resultó estadísticamente significativa,  $F(3, 31) = 3.768$ ,  $p = .020$ ,  $\eta_p^2 = .114$ . El tamaño del efecto de la variable tiempo fue grande, mientras que el de la interacción tiempo\*grupo fue medio. Los ANOVA de continuación mostraron efectos significativos del tiempo en las tres dimensiones de la calidad de vida, con tamaños del efecto grandes para la fatiga de la compasión y riesgo de *burnout* y medio para la satisfacción de la compasión, como muestra la [Tabla 3](#). En la [Figura 1](#) se pueden observar las medias de cada una de las variables, antes y después de la intervención. La intervención se asoció a un aumento de la satisfacción con la compasión, reducción de la fatiga por compasión y del riesgo de *burnout* de los participantes. En el caso del efecto de la interacción, éste tan solo fue estadísticamente signifi-

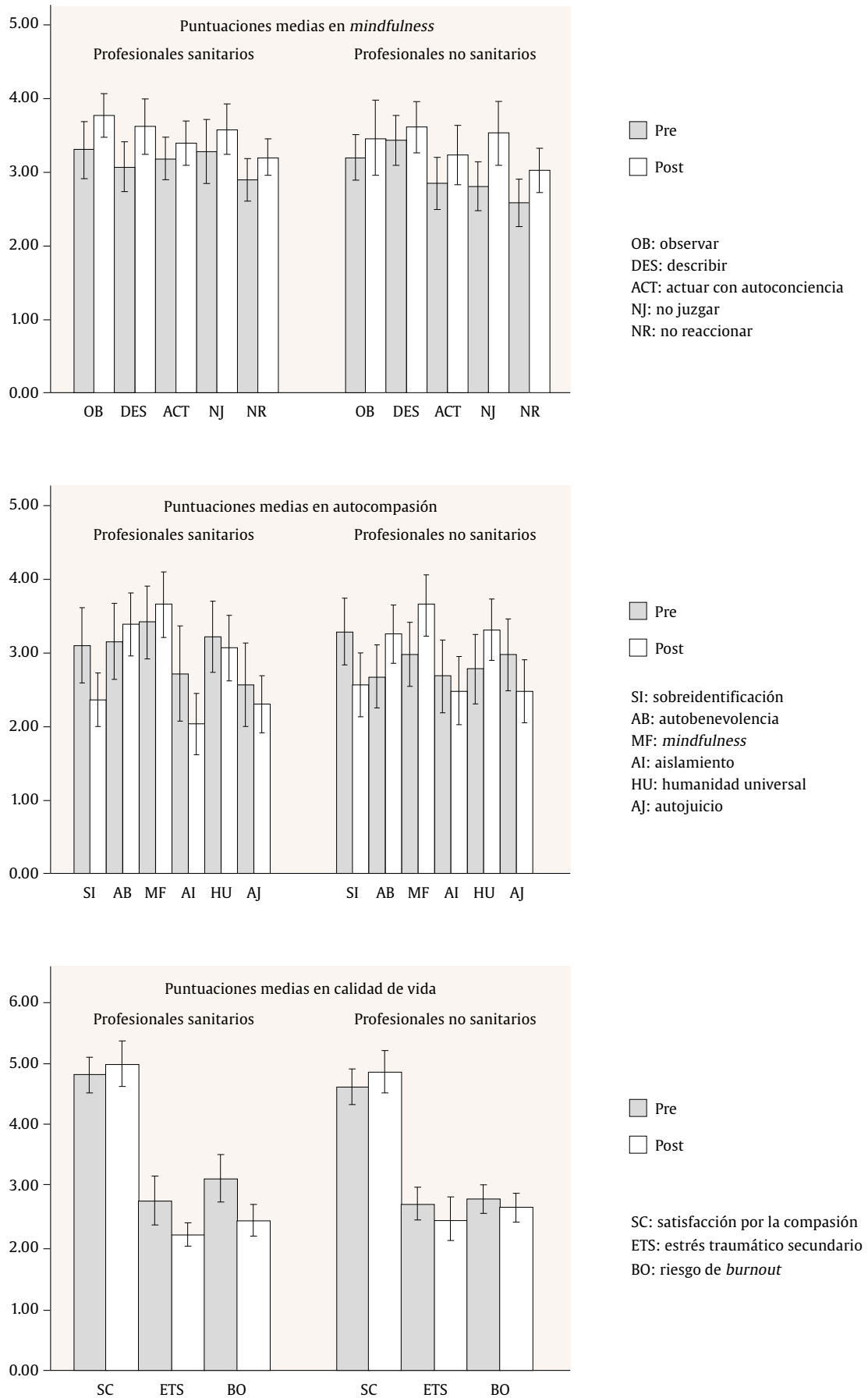
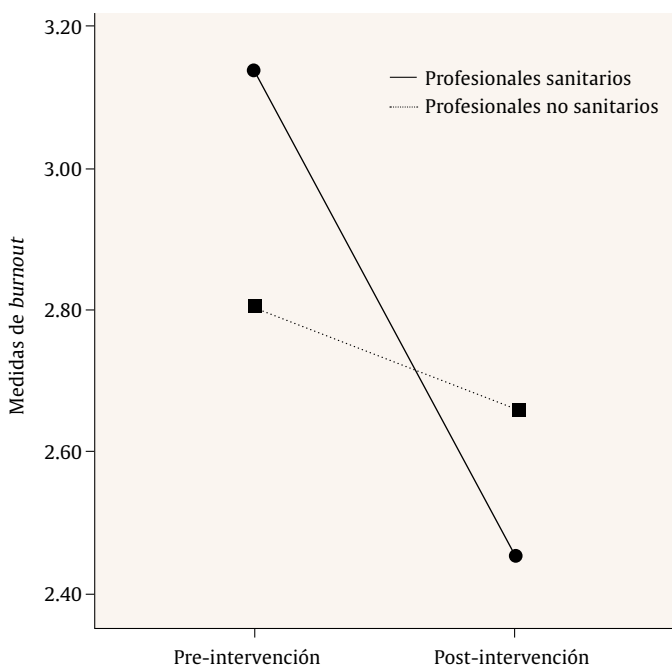


Figura 1. Puntuaciones pre y postintervención para los profesionales sanitarios y no sanitarios (intervalos de confianza del 95%).

**Tabla 4.** ANOVA de continuación para las dimensiones del *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida del profesional

Variable independiente	Variables dependientes	gl del efecto	gl del error	F	p	$\eta^2$	IC 90%
Tiempo	Observar	1	33	14.811	.001	.309	0.103-0.476
	Describir	1	33	16.714	.000	.336	0.123-0.499
	Actuar con autoconciencia	1	33	7.146	.012	.178	0.024-0.355
	No juzgar	1	33	23.289	.000	.414	0.192-0.562
	No reaccionar	1	33	11.889	.002	.265	0.071-0.437
Tiempo	Sobreidentificación	1	33	39.114	.000	.523	0.329-0.663
	Autobenevolencia	1	33	10.633	.003	.244	0.058-0.418
	<i>Mindfulness</i>	1	33	13.759	.001	.294	0.091-0.463
	Aislamiento	1	33	4.652	.038	.124	0.004-0.297
	Humanidad universal	1	33	1.069	.309	.031	0.000-0.171
	Autojuicio	1	33	6.013	.020	.154	0.014-0.330
	Satisfacción con la compasión	1	33	6.734	.014	.169	0.020-0.346
Tiempo	Estrés traumático secundario	1	33	16.493	.000	.333	0.121-0.496
	<i>Burnout</i>	1	33	26.979	.000	.449	0.228-0.591
	Satisfacción con la compasión	1	33	0.273	.605	.008	0.000-0.115
Tiempo*grupo	Estrés traumático secundario	1	33	2.187	.149	.061	0.000-0.220
	<i>Burnout</i>	1	33	11.323	.002	.255	0.065-0.428

cativo para el *burnout* (ver Tabla 4). Como puede observarse en la Figura 2, los cambios tras la intervención fueron mayores en el grupo de profesionales sanitarios (que partiendo de cifras iniciales más elevadas obtuvieron un descenso más pronunciado en sus medias de *burnout*) que en el grupo de profesionales no sanitarios.

**Figura 2.** Medias marginales estimadas para *burnout* en los momentos pre y post-intervención en función de la profesión.

## Discusión

Según Balint, el profesional que cuida es, en sí mismo, la herramienta terapéutica fundamental (Balint, 1957). Pero no es imperturbable, no se mantiene siempre estable, necesita calibrarse y cuidarse. Este trabajo persigue evaluar la intervención sobre aspectos subjetivos del profesional de la salud, para mejorar su bienestar y, en consecuencia, mejorar la atención que presta. Concretamente, busca la mejora de la calidad de vida profesional a través del aumento de su

nivel de conciencia y de autocompasión.

Los resultados sugieren que el programa MBI aplicado, tanto a personal sanitario como no sanitario, tiene un impacto positivo, al evidenciarse una mejora de sus niveles de *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida profesional.

## Mindfulness

Se observa una mejora significativa sobre el nivel de conciencia tras la intervención, resultados coincidentes con observaciones previas que han mostrado importantes mejoras en los niveles de *mindfulness* tras intervenciones centradas en la compasión (Neff y Germer, 2013), intervenciones centradas en el cultivo del balance emocional (Kemeny et al., 2011; Sansó, Galiana, Cebolla, Oliver y Benito, 2017) o intervenciones MBSR (Brooker et al., 2013; Martin et al., 2013; Shapiro, Brown y Biegel, 2007).

## Autocompasión

Se encontró un cambio estadísticamente significativo y positivo tras la intervención sobre la autocompasión. Las tres dimensiones negativas de la autocompasión (sobre-identificación, aislamiento y auto-juicio) disminuyeron de forma significativa y dos de las dimensiones positivas aumentaron (auto-benevolencia y *mindfulness*), siendo la dimensión de humanidad universal la única que no cambió tras el MBI. Los datos apoyan estudios previos (Bazarko et al., 2013; Eroglu, Singer, McIntyre y Stefanov, 2014; Kuyken et al., 2010) y muestran que las intervenciones MBI son una forma de entrenamiento en compasión por sí mismas, al aumentar los niveles de autocompasión.

## Calidad de Vida Profesional

Los resultados apuntan una percepción de mejora de la calidad de vida profesional entendida según Stamm (1999). Concretamente se observó una disminución de la fatiga de compasión y el riesgo de *burnout*, mientras que la satisfacción con la compasión aumentó significativamente. Esta evidencia respalda hallazgos previos sobre una íntima relación entre el *mindfulness*, la compasión y la calidad de vida de los profesionales sanitarios (Sansó et al., 2015). Una explicación plausible sería que el *mindfulness* capacita al profesional para afrontar mejor el estrés (Epstein, 1999), disminuye la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros (Cebolla et

al., 2014) y, por tanto, los niveles de fatiga de compasión, al tiempo que aumenta los niveles de compasión y la satisfacción por ésta.

### Sanitarios vs. no Sanitarios

La comparación del funcionamiento de la intervención en los dos colectivos de profesionales tan solo mostró diferencias estadísticamente significativas en el caso del *burnout*. De especial relevancia es este efecto de la interacción observado, dado que se trata de un síntoma ampliamente detectado en los profesionales de la sanidad, llegando a registrarse hasta en el 42.2% de los casos (Corredor y Monroy, 2009). Futuras investigaciones deberán indagar en las causas que promueven este mayor aprovechamiento del MBI cuando se trata de mejorar los niveles de *burnout* en el contexto sanitario.

En conclusión, los resultados de la presente investigación sugieren que el programa MBI, aplicado tanto a personal sanitario como no sanitario que trabaja en cuidados paliativos, se asocia con una mejora del bienestar de profesionales, incluyendo sus niveles de *mindfulness*, autocompasión y calidad de vida. Además, esta mejora se produce en ambos grupos de forma similar, excepto por lo que respecta al *burnout*, mejora de la que se benefician especialmente los profesionales sanitarios. Estos resultados coinciden con las principales conclusiones de la revisión sistemática realizada por Lomas, Medina, Ivtzan, Rupprecht y Eiroa-Orosa (2017) en la que, a partir del análisis de 66 estudios de intervención con programas de entrenamiento en *mindfulness*, evidencian el efecto beneficioso de este tipo de programas sobre la salud mental, el bienestar e incluso el desempeño laboral de los profesionales de la salud.

El estudio adolece de limitaciones a considerar. En primer lugar, la ausencia de un grupo control con aleatorización para poder realizar un estudio riguroso de la eficacia de la intervención. La falta de un seguimiento de los efectos producidos cuestiona la estabilidad de los resultados a lo largo del tiempo. También la investigación futura debe atender a una mayor representatividad de géneros y disciplinas profesionales, aunque todas las comparativas realizadas entre profesionales sanitarios y no sanitarios no han encontrado perfiles de actuación diferentes. En un modelo de atención integral esta distinción podría obviarse al diseñar intervenciones como la aquí evaluada.

Pese a estas limitaciones, los resultados aportan información novedosa en un terreno de la intervención psicosocial en el que existen escasas contribuciones. Efectivamente, hay pocos estudios en un contexto de mejora de la calidad de vida laboral en profesionales con alta demanda emocional. Las evidencias aportadas sugieren que la inclusión de programas de entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión en la educación formal del personal sanitario, así como la implementación de intervenciones MBI, podrían mejorar la calidad de vida y bienestar de los profesionales y, por tanto, aumentar la calidad asistencial en su trato con los pacientes.

### Conflicto de Intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

### Agradecimientos

A la Fundación Instituto San José y Fundación Laguna por su apoyo en la realización de los programas de entrenamiento en *mindfulness*.

### Referencias

Allen, M., Dietz, M., Blair, K. S., Beek, M., Rees, G. y Vestergaard-Poulsen, P. (2012). Cognitive-affective neural plasticity following active-controlled mindfulness intervention. *The Journal of Neuroscience*, 32, 15601-15610.

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. y Toney, L. (2006). Using self report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Balint, M. (1957). *The doctor, his patient and the illness*. London, UK: Tavistock Publications.
- Barbosa, P., Raymond, G., Zlotnick, C., Wilk, J., Toomey, I. R. y Mitchell, I. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction training is associated with greater empathy and reduced anxiety for graduate healthcare students. *Education for Health: Change in Learning and Practice*, 26, 9-14.
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F. y Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133.
- Brooker, J. E., Julian, J., Webber, L., Chan, J., Shawyer, F. y Meadows, G. (2013). Evaluation of an occupational mindfulness program for staff employed in the disability sector in Australia. *Mindfulness*, 4, 122-136.
- Cebolla, A., García-Campayo, J. y Demarzo, M. (2014). *Mindfulness y ciencia. De la tradición a la modernidad*. Madrid, España: Alianza Editorial.
- Cole, T. R. y Carlin, N. (2009). The suffering of physicians. *The Lancet*, 374(9699), 1414-1415.
- Corredor, P. M. E. y Monroy, F. J. P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y *burnout* en personal sanitario. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 14, 109-123.
- Dobie, A., Tucker, A., Ferrari, M. y Rogers, J. M. (2016). Preliminary evaluation of a brief mindfulness-based stress reduction intervention for mental health professionals. *Australasian Psychiatry*, 24(1), 42-5.
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA*, 282, 833-839.
- Erogul, M., Singer, G., McIntyre, T. y Stefanov, D. G. (2014). Abridged mindfulness intervention to support wellness in first-year medical students. *Teaching and Learning in Medicine*, 26, 350-356.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel.
- Fundación Patronato de Huérfanos y Protección Social de Médicos Príncipe de Asturias (s.f.). *Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAYME)*. Disponible en [http://www.fphomc.es/paime\\_fott#VIpaime](http://www.fphomc.es/paime_fott#VIpaime)
- Gordon, D. J. (2009). *A critical history of mindfulness-based psychology* (tesis doctoral). The Honors College, Wesley University. Honors Theses.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H. y Dusek, J. A. (2015). Resilience training: A pilot study of a mindfulness-based program with depressed healthcare professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 11, 433-444.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Kearney, M. y Weininger, R. (2011). Whole person self-care: Self-care from the inside out. En T. A. Hutchinson (Ed.), *Whole person care* (pp. 109-125). Montreal, Canada: Springer.
- Kemeny, M. E., Foltz, C., Cavanagh, J. F., Cullen, M., Giese-Davis, J., Jennings, P., ... Ekman, P. (2011). Contemplative/emotion training reduces negative emotional behavior and promotes prosocial responses. *Emotion*, 12, 338-350.
- Kemper, K. J. y Khirallah, M. (2015). Acute effects of online mind-body skills training on resilience, mindfulness, and empathy. *Journal of Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 20, 247-253.
- Klimecki, O. y Singer, T. (2012). Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy. Research in psychology and social neuroscience. In B. Oakley, A. Knafo, G. Madhavan y D. S. Wilson (Eds.), *Pathological Altruism* (pp. 368-383). New York, NY: Oxford University Press.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. y Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302, 1284-1293.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., ... Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy*, 48, 1105-1112.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: A practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 463.
- Lomas, T., Medina, J. C., Ivtzan, I., Rupprecht, S. y Eiroa-Orosa, F. J. (2017). Mindfulness in healthcare professionals. A systematic review of the impact of mindfulness on the wellbeing of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>
- Lutz, A., Brefczynski-Lewis, J., Johnstone, T. y Davidson, R. J. (2008). Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE*, 3(3), 1897.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Rawlins, N. B., Francis, A. D., Greischar, L. L. y Davidson, R. J. (2013). Mental training enhances attentional stability: Neural and behavioral evidence. *The Journal of Neuroscience*, 29, 13418-13427.
- Manotas, M., Segura, C., Eraso, M., Oggins, J. y McGovern, K. (2014). Association of brief mindfulness training with reductions in perceived stress and distress in Colombian health care professionals. *International Journal of Stress Management*, 21, 207-225.
- Martín-Asuero, A., Queraltó, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodríguez-Blanco, T. y Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: A pragmatic

- controlled trial. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 34, 4-12.
- Martín-Asuero, A., Rodríguez-Blanco, T., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A. y Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27, 521-528.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B. y Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23(6), e97-e105.
- Navarro-González, D., Ayechu-Díaz, A. y Huarte-Labiano, I. (2015). Prevalencia del síndrome de *burnout* y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de atención primaria. *Medicina de Familia*, 41, 191-198.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D. y Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Ortega, C. y López, F. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 137-160.
- Sansó N., Galiana, L., Cebolla, A., Oliver, A. y Benito, E. (2017). Cultivating emotional balance in professional caregivers: a pilot intervention. *Mindfulness*, 8, 1319-1327.
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S. y Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self care and compassion satisfaction and fatigue, burn out and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 200-207.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J. y Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among us physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172, 1377-1385.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W. y Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Simón, V. (2010). *Mindfulness* y psicología; presente y futuro. *Revista de Información Psicológica*, 100, 162-170.
- Soler, J. K., Yaman, H., Esteva, M., Dobbs, F., Asenova, R. S., Katic, M., ... European General Practice Research Network Burnout Study Group. (2008). Burnout in European family doctors: The EGPRN study. *Family Practice*, 25, 245-265.
- Song, Y. y Lindquist, R. (2015). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Education Today*, 35(1), 86-90.
- Stamm, B. H. (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2ª Ed.). Baltimore, MD: Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Tabachnick, G. G. y Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (6ª Ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.