

Programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile

Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: results from a pilot study in a public hospital in Santiago-Chile

Sebastián Medeiros U.¹ y Ricardo Pulido M., Ph.D.²

Introduction: Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) has shown to be effective for alleviating a wide range of mental and physical symptoms. The present study assesses the applicability and effect of MBSR in a group of health care providers, consumers of medical and psychological care. **Method:** 12 participants with heterogeneous diagnoses and socio-demographic characteristics entered this educational and experiential program: 9 sessions (27 hours) modality. We assessed change in psychotherapy (OQ-45), quality of life (WHOQOL) and in mindfulness skills (FFMQ). **Results:** MBSR reduced self-reported symptoms of anxiety, depression, and somatic distress; it increased various aspects of quality of life and mindfulness skills. **Discussion:** The findings provide evidence that MBSR may act as a beneficial adjunct to outpatient medical and psychological management of health care providers.

Key words: Meditation, Mindfulness, stress, health care, body-mind medicine, integrative medicine.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2011; 49 (3): 251-257

Introducción

Mindfulness (MF) o Atención Plena se define como la capacidad innata del ser humano para dar cuenta del flujo permanente de fenómenos que constituyen su experiencia del momento presente: sensaciones corporales, pensamientos y emociones que emergen y atraviesan el campo de consciencia. Esta forma particular de prestar atención

incluye: a) *intencionalidad*, es decir, es a propósito, como manera de contrarrestar el funcionamiento habitual basado, por lo general, en automatismos y repeticiones de patrones cognitivos, afectivos y conductuales (en jerga MF: darse cuenta del “piloto automático”); b) un carácter de *constancia*, es decir, momento a momento y c) una actitud ecuánime, es decir, *desprovista de juicios* de valor (positivos, negativos o neutros) sobre la experiencia¹.

Recibido: 23/12/2010

Aprobado: 15/05/2011

¹ Médico Psiquiatra. Centro de Atención Integral del Funcionario. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Santiago, Chile.

² Facultad de Psicología Universidad Alberto Hurtado, Santiago Chile.

MF constituye la base de prácticas meditativas y contemplativas provenientes de la psicología budista, entendida como una descripción fenomenológica empírica de la naturaleza de la mente y de las emociones, cuyo objetivo es la liberación del sufrimiento, condición constitutiva del ser humano. MF ha sido integrado, de forma secular, en distintos contextos clínicos, educativos y de investigación. Las evidencias recolectadas durante 3 décadas, muestran que el desarrollo sistemático de habilidades MF, a través de un entrenamiento progresivo, es eficaz en el manejo de diversas condiciones médicas y psicológicas^{2,3}. Al mismo tiempo, la literatura científica informa de correlatos y mejorías en el funcionamiento inmunológico y de fenómenos de neuroplasticidad^{4,5}.

Uno de los programas pioneros en la integración de las prácticas meditativas MF en contextos médicos y científicos es el MBSR (Programa de Reducción de Estrés Basado en MF), diseñado por Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad Massachusetts. El programa nace como complemento en el manejo de patologías crónicas y desórdenes relacionados con el estrés. Consiste en una intervención estructurada, de carácter experiencial-educacional, que a través de un entrenamiento intensivo en prácticas de meditación MF, enseña estrategias de autocuidado y autorregulación para un mejor enfrentamiento de los estresores del diario vivir¹.

Los funcionarios de la salud, han sido una de las poblaciones donde se han investigado los efectos positivos del programa MBSR⁶. En efecto, en un estudio randomizado controlado realizado en un servicio de salud de California, Shapiro⁷, demostró que el MBSR produjo cambios significativos en la reducción del estrés, el aumento de la calidad de vida y el desarrollo de la auto-compasión en una muestra de médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y fisioterapeutas. Este estudio cobra especial relevancia si consideramos la vulnerabilidad que tienen los funcionarios de la salud para desarrollar desórdenes asociados con el estrés y sus efectos negativos sobre el bienestar y la calidad de vida: distintos autores han descrito altos índices de depresión, insatisfacción laboral, sín-

drome de Burnout, disfunciones en las relaciones interpersonales, malestar psicológico e incluso suicidio, disminución de la efectividad laboral y de la concentración, alteración en la toma de decisiones y en la capacidad de establecer buenas relaciones con los pacientes⁷⁻⁹.

En Chile, han comenzado desde hace poco tiempo a producirse algunas experiencias con MBSR, pero aún son pocos los datos empíricos que prueban su efectividad y aplicabilidad en nuestra población. Excepción a esto, es la investigación de Brito¹⁰, quien evidencia mejoras en los niveles de ansiedad y depresión en funcionarios de la salud de un hospital público semi-rural del sur de Chile tras una intervención basada en MF. El presente trabajo busca aportar nuevas evidencias sobre la efectividad y aplicabilidad del programa MBSR y muestra los resultados de un estudio piloto realizado durante los meses de abril-mayo 2010 en funcionarias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente usuarias del Centro de Atención Integral del Funcionario (CAIF).

Método

Muestra

Doce funcionarias provenientes de diferentes unidades del SSMSO fueron derivadas por médicos, psicólogo y psiquiatra del CAIF para participar en el programa MBSR. La Tabla 1 resume sus características sociodemográficas y clínicas más relevantes.

Instrumentos y procedimiento

Antes de iniciar el programa, todas las participantes asistieron a una entrevista motivacional y de *screening* donde completaron los siguientes cuestionarios autoaplicados:

- Outcome Questionnaire-OQ 45¹¹. Es una escala de auto-reporte mundialmente utilizada para medir resultados psicoterapéuticos. Está compuesta por 45 ítems que se agrupan en 3 sub-escalas: a) *Sintomatología (SD)*: incluye síntomas preferentemente depresivos y angustiosos, además de somatizaciones y conductas adictivas y autodestructivas;

Tabla 1. Variables sociodemográficas y clínicas de la muestra

Variable	Detalle
Edad promedio	49 años (rango 29-60)
Estado Civil	Soltera (28%), Casada (36%), Separada (18%), Conviviente (9%), Viuda (9%)
Ocupación	Técnico paramédico (82%), Auxiliar de apoyo (9%) Terapeuta Ocupacional (9%)
Diagnósticos de ingreso	Lupus Sistémico, Fibromialgia, Cervicalgia crónica, Hipertensión Arterial, Colopatía Funcional, Migraña, Distimia, Trastorno Depresivo Recurrente, Trastorno de Ansiedad, Antecedente de Trastorno Conversivo, Trastorno de personalidad
Tratamientos en curso	Psicoterapia (64%)*, Psicofármacos (73%)*, Analgésicos-Antiinflamatorios (18%), Inmunosupresores (9%), Antihipertensivos (28%)

*Tratamientos iniciados meses antes de la intervención MBSR y sin modificaciones (dosis, fármacos, frecuencia durante el programa).

b) *Relaciones Interpersonales (RI)*: abarca aspectos de la vida familiar y de pareja, amistades, considerando aspectos de satisfacción y conflictos interpersonales; c) *Rol Social (RS)*: evalúa rendimiento laboral, distracción y tiempo libre, descontento, conflicto, exceso de trabajo, estrés, ineficiencia, etc. La escala ha sido adaptada y validada en Chile por Von Berger y De la Parra¹², demostrando ser una prueba altamente confiable.

- World Health Quality of Life-WHOQOL Brief¹³: es un instrumento de auto-reporte desarrollado por la OMS para medir calidad de vida. Su versión abreviada se compone de 26 ítems agrupados en 4 dominios: a) *Físico*: consta de preguntas orientadas a determinar la presencia de dolor físico y discomfort, presencia de fatiga, movilidad, dependencia a fármacos, capacidad para el trabajo y actividades del diario vivir; b) *Psicológico*: incluye ítems para evaluar la presencia de afectos positivos y negativos, autoestima, aprendizaje, memoria, concentración, imagen corporal y espiritualidad; c) *Relaciones Sociales*: contiene reactivos que evalúan la calidad de las relaciones personales, relaciones íntimas y la presencia de soporte social; d) *Ambiente*: incluye preguntas sobre recursos económicos, recreación y ocio, clima en el hogar, accesibilidad a la salud y al cuidado social, ambiente físico en general y seguridad en el ambiente. En Chile no existen estudios de validación por lo que se utilizó la adaptación argentina del instrumento¹⁴.

- Five Facet Mindfulness Questionnaire-FFMQ¹⁵: es un cuestionario que evalúa la capa-

cidad MF del sujeto. Se compone de 39 reactivos agrupados en 5 factores: a) Observación, b) Descripción, c) Awareness (darse cuenta), d) No juicio y e) No reactividad. La adaptación de dicho instrumento a la población chilena se encuentra en fase de validación.

Todas las participantes firmaron un documento autorizando el manejo de sus datos para la investigación y comprometiéndose a la metodología y exigencias del programa. Al finalizar la última sesión, cada participante completó nuevamente los instrumentos descritos, además de un cuestionario de apreciación subjetiva de cambio experimentado en diversas áreas y destrezas, tales como esperanza, auto-cuidado, conciencia del estrés y capacidad de afrontarlo.

Intervención

Se aplicó el formato original del MBSR de la U. de Massachusetts consistente en: a) 8 sesiones de 2,5 hrs (una sesión por semana) que incluyen ejercicios experienciales y distintas formas de meditación MF (en posición sentada, caminando, acostado, ejercitando el cuerpo), diálogos exploratorios y didácticos sobre la psicofisiología y enfrentamiento del estrés y la aplicación de lo aprendido en lo cotidiano; b) 40 a 60 minutos diarios de ejercicios para hacer en la casa con ayuda de material audiovisual, textos de lectura y libro de tareas; c) jornada de práctica intensiva de 7 hrs entre la sexta y séptima sesión.

El programa fue conducido por un médico

psiquiatra con larga experiencia en meditación y formado en el *Center for Mindfulness* de la U. de Massachusetts. El programa no tuvo costo económico para los participantes y se efectuó en horario laboral (salvo la jornada intensiva) en el contexto de un curso de formación respaldado por el Departamento de Capacitación del SSMSO.

Resultados

Evaluación pre-tratamiento

La media de 82,9 (rango de 50 a 125) obtenida por la muestra en la medición inicial del OQ-45, nos indican que se trata de una población clínica, según normas establecidas por Von Berger y de la Parra¹¹, para Chile (punto de cohorte = 73). En particular, se trata de funcionarias que tienen niveles de sintomatología (SD) equivalentes a una población psiquiátrica ($M = 55$; punto de cohorte = 43) y niveles límites de dificultades en sus Relaciones Interpersonales (RI) y Rol Social (RS) ($M = 15,65$ y $12,25$ respectivamente; puntos de cohorte = 16 y 14). En cuanto a los niveles de calidad de vida, se observa que la muestra presenta bajos niveles en todos los dominios, con medias que van desde 10,71 a 11,63. Según normas reportadas por Hawthorne et al¹⁶, desde 15-16 puntos se puede considerar una buena salud o calidad de vida en los distintos dominios.

Evaluación post-tratamiento

Diez participantes completaron el programa con un promedio de 85% de asistencia. De éstas, un total de 8 funcionarias completaron las evaluaciones post-tratamiento.

Desde un punto de vista de satisfacción subjetiva, todas las participantes refieren que el programa fue muy valioso e importante para sus vidas, calificándolo en media con una nota de 9,8 (nota máxima = 10). Específicamente, reportaron gran cambio o algo de cambio positivo en las siguientes áreas: 1) conocimiento y capacidad de auto-cuidado; 2) creencia en la capacidad de poder mejorar la propia salud; 3) sentimiento de mayor confianza en sí mismo; 4) sentimiento de esperanza; 5) conciencia de lo que es estresante en sus vidas; 6) conciencia de situaciones estresantes en el momento en que éstas ocurren; 7) capacidad para manejar situaciones de estrés de forma adecuada; y 8) capacidad para corregir hábitos de salud negativos y conductas auto-destructivas.

Las comparaciones y medidas pre/post tratamiento de los cuestionarios suministrados se resumen en la Tabla 2. Como se puede observar, los participantes reportan una disminución significativa de la sintomatología ansiosa, depresiva y somática (SD: $t_{(7)} = 2,50$, $p < 0,05$) y una mejoría significativa en los dominios psicológico y ambiental de la calidad de vida (WHOQOL: $t_{(7)} = 3,64$,

Tabla 2. Mediciones pre y post intervención

Escala		Pre-test		Post-test		T- student
		Media	DS	Media	DS	
OQ-45	SD	55,00	19,28	40,00	16,96	2,50*
	RI	15,65	7,45	12,60	6,82	1,08
	RS	12,25	3,49	9,63	5,18	1,02
	Total	82,90	28,19	62,23	27,78	1,88
WHOQOL	Físico	10,71	2,22	13,07	3,54	-2,28
	Psicológico	10,73	2,20	13,75	2,57	-3,64**
	Social	11,00	1,85	13,17	2,30	-2,23
	Ambiental	11,63	2,66	12,75	3,15	-3,00*
FFMQ	Total	105,88	17,92	126,38	15,08	-2,93*

n = 8; *p < ,05; **p < ,01.

$p < 0,01$ y $t_{(7)} = 3,00$, $p < 0,05$ respectivamente). Finalmente, el programa produjo mejorías significativas en las habilidades MF de las participantes (FFMQ: $t_{(7)} = 2,93$, $p < 0,05$).

En cuanto a las mejoras caso a caso, podemos resumir los efectos del taller de la siguiente manera: de cinco funcionarias que ingresaron reportando niveles bajos de salud y calidad de vida (según puntos de cohorte), tres consiguieron cambios clínicamente significativos terminando el taller con niveles por debajo de los umbrales de patología en la mayor parte de las áreas evaluadas. Asimismo, de tres participantes que ingresaron reportando niveles medios de salud y calidad de vida en las distintas mediciones, uno de ellos reportó mejoras importantes, mientras que los otros dos se mantuvieron sin cambios relevantes desde el punto de vista clínico. Esto nos sugiere, de manera aún del todo preliminar, que el programa tendría efectos más notorios en personas de mayor gravedad (al menos cuando lo que se evalúa es la calidad de vida y la salud psicológica) siendo efectivo en el 60% de los casos.

Discusión

El programa MBSR está basado en el modelo integrativo de la medicina. Éste sitúa al usuario al centro de la atención médica en todas las etapas y aspectos de su tratamiento. Considera la persona en su totalidad, cuidando aspectos físicos, mentales y espirituales. Pone el énfasis en la relación terapéutica y en el rol participativo. Para lograr esto, la medicina integrativa combina terapias médicas de punta con terapias complementarias y alternativas que hayan demostrado evidencia científica de calidad en cuanto a seguridad y eficacia.

Este estudio es el primero en evaluar la aplicación del programa MBSR (formato original de la U. de Massachusetts) en una población clínica de funcionarias del sistema de salud público en Santiago de Chile. La experiencia aquí reportada, no obstante sus limitaciones metodológicas, informa que esta intervención resulta ser aplicable en nuestro medio, siendo bien recibida y bien evaluada por los participantes. De hecho, los resultados demues-

tran que a través de una actitud y compromiso activo de cada funcionaria, el MBSR logra eficacia significativa en el mejoramiento del bienestar físico-psicológico y de la calidad de vida, tal como se ha venido evidenciando en numerosos contextos clínicos en distintas partes del mundo (2 y 3). Observamos, además, un incremento en habilidades de atención plena y sus posibles aplicaciones en el enfrentamiento de las dificultades del diario vivir.

Una interrogante que se nos abre es si la intervención MBSR es beneficiosa por sí misma o si bien, actúa como complemento sinérgico a tratamientos convencionales en curso (por ejemplo, pacientes recibiendo farmacoterapia y/o psicoterapia). Si bien, en el presente estudio no podemos verificar este aspecto, por cuanto muchos sujetos ya se encontraban en tratamientos de larga data al iniciar el programa, es importante mencionar que los tratamientos convencionales de las participantes se mantuvieron sin modificaciones durante el mismo. Esto nos hace suponer que los beneficios reportados se asocian directamente a la intervención. En este sentido, y a partir de los reportes de las mismas funcionarias, creemos que el MBSR actuaría a través de un cambio en el modo en que el paciente toma conciencia y se relaciona con su dolor y enfermedad, sobre todo en aquellos participantes de mayor gravedad y cronicidad.

Nuevos estudios que comparen grupos de pacientes con y sin tratamientos convencionales en curso serán necesarios para identificar con rigurosidad el aporte específico del programa en tal población. También, creemos necesarias nuevas investigaciones de seguimiento a mediano y largo plazo, así como estudios cualitativos que den cuenta de cómo este tipo de intervención puede influir en procesos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos.

No obstante lo auspicioso de nuestros resultados, estos deben ser tomados con cautela pues nuestra investigación, si bien preliminar, tiene evidentes limitaciones metodológicas. En primer lugar, no hicimos un estudio controlado y el tamaño de la muestra es muy pequeño aún. A su vez, todavía no contamos con datos de seguimiento que permitan verificar la estabilidad de las mejoras obtenidas. En este sentido, la efectividad y genera-

bilidad del programa deben seguir indagándose en otras poblaciones y contextos hospitalarios.

Dadas las características de costo-beneficio, el programa MBSR se perfila como una modalidad significativa para hacer frente al enorme problema que es la salud ocupacional en el ámbito médico-hospitalario (8 y 9). Esto estimula, además, la aplicación y medición de la efectividad del MBSR en otras poblaciones vulnerables a situaciones de *Burnout*, ya sea como forma de tratamiento y/o prevención.

Un último aspecto que creemos relevante subrayar, se refiere a los efectos indirectos que las intervenciones como el MBSR, pueden generar en el sistema de salud. Al promover y mejorar la salud física, mental y emocional de los trabajadores sanitarios de forma individual, este tipo de programas contribuiría a mejorar el funcionamiento global de los distintos equipos de trabajo y la consecuente calidad del cuidado que se otorga al paciente y su familia.

Resumen

Introducción: El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) ha demostrado ser eficaz en el manejo de diversas condiciones médicas y psicológicas. El presente estudio evalúa la aplicabilidad y eficacia de MBSR en una población de funcionarias de la salud pública, usuarias de un centro médico-psicológico. **Método:** 12 funcionarias, heterogéneas en variables socio-demográficas y clínicas, participan en taller consistente en 9 sesiones (27 horas) de carácter educativo-experiencial. Se mide OQ-45 (cambio en psicoterapia), WHOQOL (calidad de vida) y FFMQ (habilidades en Mindfulness) antes y después de la intervención. **Resultados:** Se observa mejoría significativa en sintomatología ansiosa, depresiva y somática, en diversos aspectos de la calidad de vida, y en destrezas Mindfulness. **Discusión:** Intervención derivada de la medicina integrativa y participativa, aplicada por primera vez en una población clínica de trabajadoras de la salud de un hospital de Santiago. Informa beneficios en salud y bienestar. Despierta interés en nuevas formas de promoción de la salud y en el abordaje clínico de esta población.

Palabras clave: Meditación, atención plena, estrés, trabajadores de la salud, medicina mente-cuerpo, medicina integrativa.

Referencias

1. Kabat-Zinn, J. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Dellacorte, 1990.
2. Baer, R. Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical review. Clin Psychol-Sci Pr 2003; 10 (2): 125-43.
3. Grossman P, Nieman L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits : A meta-analysis. J Psychosom Res 2004; 57: 35-43.
4. Davidson RJ, Kabat-Zinn J, Schumacher J, et al. Alterations in brain and immune function produced by Mindfulness meditation. Psychosom Med 2003; 65 (4): 564-70.
5. Davidson RJ, Lutz A. Buddha's Brain: Neuroplasticity and Meditation. IEEE Signal Process Mag 2008; 25 (1): 176-174.
6. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating Mindfulness in health care professionals: a review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). Complement Ther Clin Pract 2009; 15 (2): 61-6.
7. Shapiro S, Astin J, Bishop S, Córdova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results from a Randomized Trial. Int J Stress Manage 2005; 12 (2): 164-76.

8. Billeter-Koponen S, Fredén L. Long-term stress, Burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences, *Scan J Caring Sci* 2005; 19: 20-7.
9. Le Blanc P, Bakker A, Peeters M, Van Heesch N, Schaufeli W. Emotional job demands and Burnout among oncology care providers. *Anxiety Stress Copin* 2001; 14: 243-63.
10. Brito 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. *Psicoperspectivas* (en prensa).
11. Lambert MJ, Hansen NB, Umpress V, Lunnen K, Okiishi J, Burlingame GM. Administration and Scoring Manual for the OQ45.2. American Professional Credentialing Services LLC. USA, 1996.
12. Von Bergen A, De la Parra G. OQ-45.2, cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: Adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Terapia Psicológica, Sociedad Chilena de Psicología Clínica* 2002; 20: 161-76.
13. WHOQOL Group. The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998; 46 (12): 1569-85.
14. Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pencina P. Adult outpatient with depression: worse quality of life than other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 2001; 52 (6): 911-9.
15. Baer R, Smith G, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facts of Mindfulness. *Assessment* 2006; 13 (1): 27-45.
16. Hawthorne G, Herrman H, Murphy B. Interpreting the WHOQOL-Brief: Preliminary Population Norms and Effect Sizes. *Soc Indic Res* 2006; 77 (1): 37-59.

Correspondencia:

Dr. Sebastián Medeiros u.
 Augusto Leguía 79, of. 408.
 Las Condes, Santiago - Chile.
 Fono: 9.2220779 (celular)
 E-mail: sebastianmedeiros@gmail.com