

La práctica de *Mindfulness* sobre el bienestar personal y la empatía médica. Efecto de una intervención en residentes de clínica pediátrica

CHRISTIAN ELÍAS COSTA^a, MARÍA NOEL ANCHORENA^b, JULIÁN BATTOLLA^a,
ESTANISLAO DÍAZ PUMARÁ^a, JUAN BAUTISTA DARTIGUELONGUE^a, SANTIAGO ROSSI^a y
CRISTIAN BARBARO^a

INTRODUCCIÓN

Para poder trabajar con personas que sufren, los médicos deben poder reconocer su propio sufrimiento. Los profesionales de la salud sufrimos, cometemos errores que nos provocan incomodidad e incertidumbre por no poder llegar a un diagnóstico. Estas causas de discomfort y estrés tienen mayor impacto en los profesionales jóvenes en formación y específicamente en los residentes.

Hay cada vez más evidencia que el autoconocimiento y el estar más atento o más consciente de uno mismo (*mindfulness*) reduce el estrés y los síntomas relacionados con el mismo, favorece la aparición de emociones positivas y mejora la calidad de vida.¹ Por otro lado, la incapacidad de sobrellevar adecuadamente las demandas de la práctica médica puede repercutir en los integrantes del equipo de salud, influenciando su efectividad laboral al disminuir la calidad de la relación con el paciente.²

El estrés tiene efectos deletéreos indeseables sobre el bienestar físico y mental de los integrantes del equipo de salud.^{3,4}

El nivel elevado de estrés de los profesionales médicos en formación los pone en riesgo de presentar problemas físicos y psicológicos, así como dificultades en las relaciones interpersonales y conductas de riesgo. Este hecho puede tener consecuencias negativas en la efectividad profesional, al disminuir las cualidades humanísticas fundamentales para el cuidado óptimo de los pacientes.⁵⁻⁸

La palabra *mindfulness* ha sido traducida como conciencia o atención plena y define la capacidad para prestar atención, de manera intencional, a lo que está sucediendo en el momento presente, sin juzgar. Las investigaciones con la práctica de *mindfulness* apoyan la idea de que cultivar una mayor capacidad para estar atentos y lograr una mayor aceptación de lo que sucede en cada momento, se asocia con menores niveles de estrés, ansiedad, depresión, enojo y preocupación.⁹ Además, la capacidad de regular la experiencia emocional en el momento presente puede favorecer un estado de buena salud mental a largo plazo.^{10,11}

Hipótesis

La práctica regular de *Mindfulness* es de utilidad para reducir el nivel estrés y promover un mayor bienestar del médico residente a nivel personal y en su práctica profesional diaria.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de una intervención corta de *mindfulness* en un grupo de residentes de clínica pediátrica para:

- 1) disminuir síntomas negativos de ansiedad y depresión,
- 2) disminuir el nivel de estrés,
- 3) mejorar los niveles de empatía.

MÉTODO

Trabajo prospectivo, de intervención, cuasiexperimental con comparación intrasujeto (antes y después).

Se informó a los residentes sobre los objetivos del estudio, los procedimientos y se aseguró la confidencialidad de los datos. Consentieron en participar 42 médicos residentes de pediatría. Todos los médicos residentes

a. Comité de Docencia HRNG.

b. Sociedad *Mindfulness* y Salud.

Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" de Buenos Aires.
email: c.eliascosta@gmail.com

que quisieron participar tuvieron la posibilidad de abandonar el estudio sin explicar los motivos. En todos los casos se mantuvo absoluta confidencialidad de los datos y los análisis de los mismos se realizaron disociando la información de los participantes. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del hospital.

El grupo recibió un entrenamiento en *Mindfulness*, basado en el modelo MBSR - *Mindfulness-based Stress Reduction*, programa creado por el Dr. Jon Kabat-Zinn del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts.¹²⁻¹⁴ La intervención tuvo un formato grupal con un encuentro semanal de 1,5 hs. durante cuatro semanas. Durante los encuentros se introdujeron diferentes formas de prácticas de *Mindfulness*, se exploró la experiencia de los participantes en la integración de la práctica de *Mindfulness*, se abordaron temas como el rol de la percepción en el estrés crónico, los patrones de reactividad y sus efectos en la salud, el rol de la atención plena en el autocuidado del profesional de la salud para la regulación del estrés y el desarrollo de una mayor conexión y empatía. También se propusieron prácticas para que los participantes realizaran durante la semana: audios de prácticas guiadas de corta duración (5 a 15 minutos) en formato mp3 a los que los profesionales en formación accedían en la plataforma digital (campus virtual) para realizar en forma individual y diaria además de textos recordatorios de los contenidos desarrollados durante los encuentros semanales. La intervención estuvo a cargo de un profesional entrenado en la práctica y enseñanza de *Mindfulness*.

El grupo fue evaluado respecto a los indicadores de: 1) ansiedad, 2) depresión, 3) estrés y 4) empatía antes y después de la intervención de cuatro semanas. Los instrumentos utilizados para cada indicador fueron: 1) BAI (Beck Anxiety Inventory), 2) BDI (Beck Depression Inventory), 3) EPGE (Escala de Percepción Global de Estrés) y 4) EME-J (Cuestionario de Empatía Médica de Jefferson). Estos instrumentos se encuentran validados en idioma español y fueron aplicados en forma autoadministrada y mediante un código numérico de identificación que permitió asociar las mediciones antes y después, de cada médico residente. La escala BAI consta de 21 ítems. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, la puntuación total que puede variar de 0 a 63 diferencia cuatro niveles de ansiedad (mí-

nima, leve, moderada y severa) incluidos en los valores de corte.

BDI: escala de autoevaluación de 21 ítems, valora los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Se emplean distintos puntos de corte e intervalos para medir los niveles de gravedad. Los puntos de corte son: Ausente 0-10, Leve 11-17, Moderada 18-29 y Grave 30-63.

EPGE: esta escala incluye 14 ítems. Es el instrumento más utilizado para medir la percepción de estrés. En cada ítem la persona debe responder con qué frecuencia se ha sentido o ha pensado de determinada manera durante el último mes. Responderá en una escala que va desde Nunca (0) a Muy a menudo (4), con una puntuación de 0 a 56.

EME-J: la escala incluye 20 preguntas a contestar en una Escala Likert de siete puntos, en la que se valora como 'muy de acuerdo' el 7 y como 'muy en desacuerdo' el número 1. La suma total final representa el score de empatía.

Las variables demográficas (sexo y año de residencia) y los resultados de las mediciones antes y después fueron incorporadas a una base de datos electrónica y transferidas para su análisis el programa estadístico STATA 9.1 (Statacorp, Texas, USA).

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante resumen descriptivo de los datos numéricos a través de mediana como valor central y 1er y 3er cuartiles como medida de dispersión; los datos categóricos mediante porcentajes. Para comparar la variación antes y después de la intervención se usaron test no paramétricos para datos pareados y se calcularon las diferencias para cada instrumento. Adicionalmente se exploró la presencia de relación lineal entre valor inicial de cada instrumento y la magnitud de las diferencias encontradas entre ambas mediciones; se usaron gráficos de dispersión y se calcularon mediante test de Pearson los coeficientes *r* y la significación estadística. Se consideró significativo un nivel alfa menor a 0,05.

RESULTADOS

Sobre un total de 160 médicos residentes de pediatría, 42 consintieron en participar y completaron los cuestionarios antes de la intervención, 29 de ellos concurren durante las 4 semanas y completaron los cuestionarios posteriores a la intervención.

En los *Gráficos 1 y 2* se resume la distribución de los 29 participantes según año de residencia y sexo. Como se observa en el gráfico 2 más de la mitad de los participantes correspondieron a residentes de años superiores o en tareas de conducción (jefes e instructores). El 21% de los participantes presentó valores de depresión moderada según la escala BDI, en el resto los indicadores se mantuvieron entre ausente y leve; no se observaron niveles compatibles con depresión severa. Al finalizar la intervención ninguno de los participantes presentó valores de ansiedad ni depresión compatibles con niveles moderados y se observó un aumento de valores compatibles con niveles mínimos para ambos indicadores (*ver Gráfico 3*).

En el caso de ansiedad medida por la escala BAI, 2 residentes (7%) presentaban an-

siedad moderada y la mayoría (52%) tenía valores compatibles con rangos leves; luego de la intervención no se observaron valores de ansiedad moderada y aumentó la proporción de valores en rango mínimo y leve (*Ver Gráfico 4*).

Todos los indicadores mostraron cambios favorables y significativos entre los valores iniciales y finales, reflejando disminución de ansiedad, depresión, estrés y aumento de la empatía (*ver Tabla 1*).

En los *Gráficos de cajas 5, 6, 7 y 8* se visualiza la magnitud de estas diferencias para cada instrumento.

Finalmente se observó relación lineal y directa entre el valor inicial de las escalas BAI, BDI y EPGE y la magnitud de la diferencia entre ambas mediciones (a mayor valor inicial de ansiedad, depresión y estrés, mayor

Gráfico 1. Distribución por año de residencia y sexo

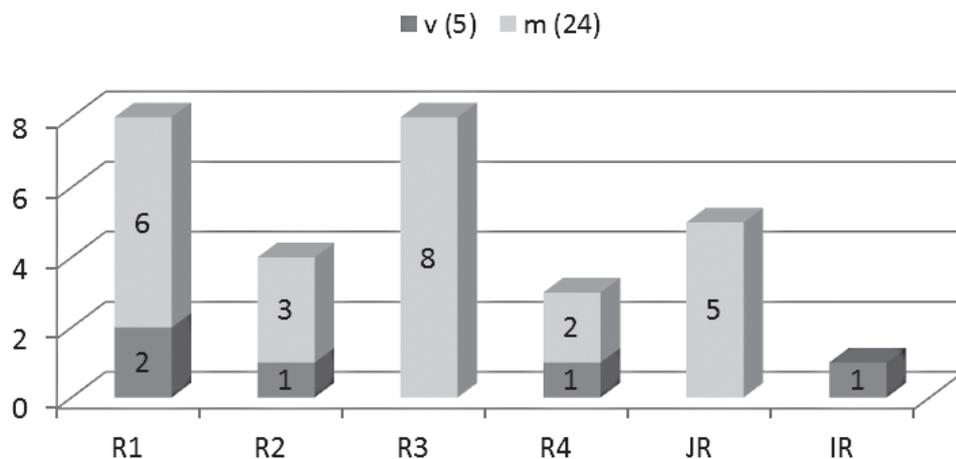


Gráfico 2. Distribución porcentual según año de residencia

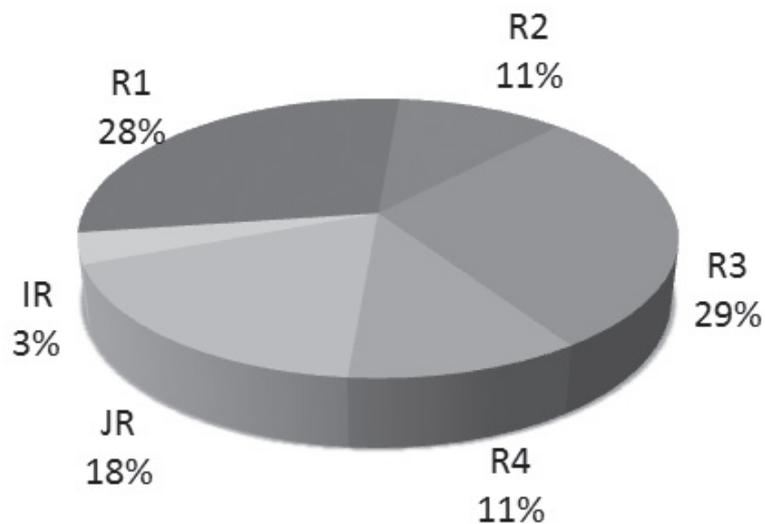


Gráfico 3. Distribución porcentual de niveles de depresión inicial y final

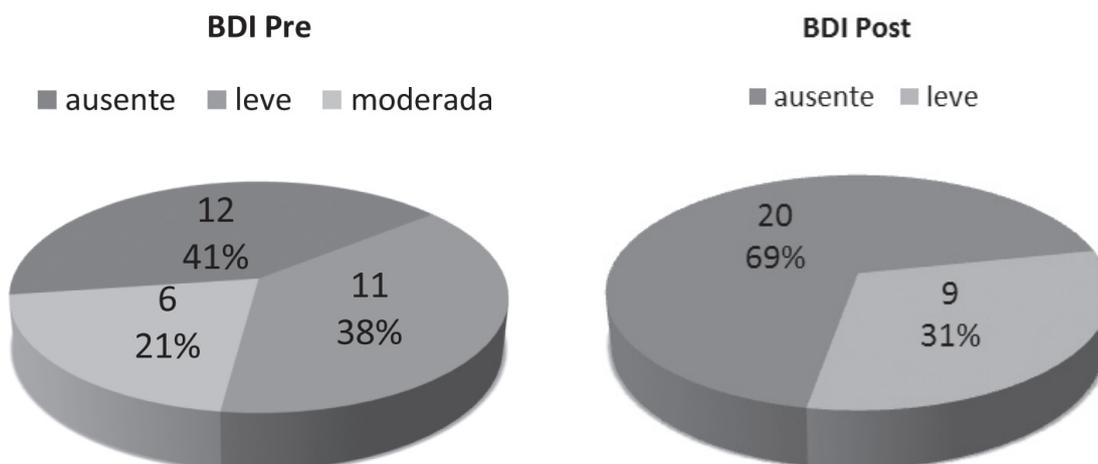


Gráfico 4. Distribución porcentual de niveles de ansiedad inicial y final

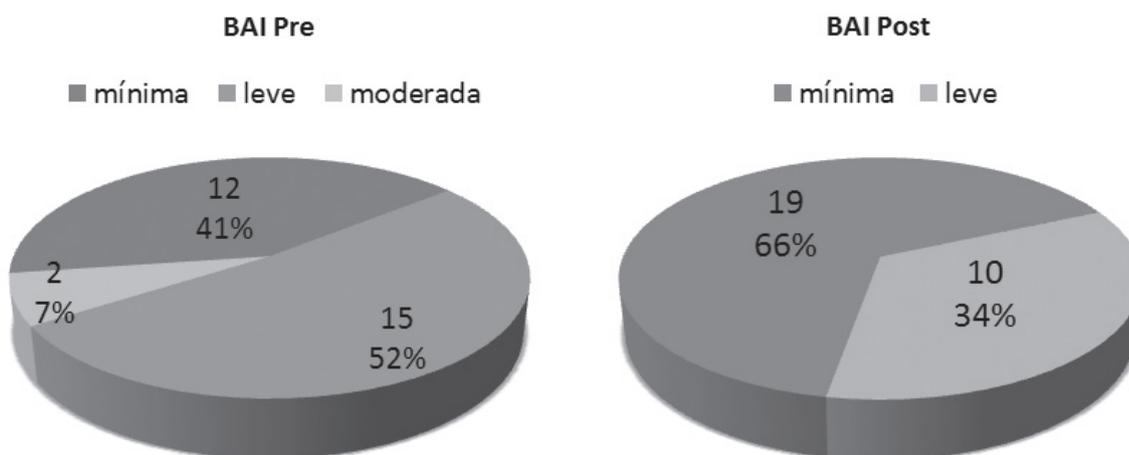


Tabla 1. Valores pre y postintervención de indicadores de depresión, ansiedad, percepción de estrés y empatía.

Medición	Valor inicial mediana (RIQ)	Valor Postintervención mediana (RIQ)	Valor de p*
BDI	13 (8-17)	6 (4-11)	< 0.01
BAI	8 (4-12)	6 (3-9)	< 0.01
EPGE	26 (19-32)	20 (16-24)	< 0.01
EME-J	124 (117-131)	128 (124-135)	< 0.01

*test de Wilcoxon pareado.

efecto de la intervención representado en las tablas por el delta de la diferencia). Esta correlación fue significativa en todos los casos con valores r de Pearson entre 0,75 a 0,82. En el caso de la empatía medida a través de la escala EME-J los resultados de la relación fueron menores (r 0,53) aunque también sig-

nificativos. Los Gráficos 9 y 10 muestran la relación para cada instrumento.

DISCUSIÓN

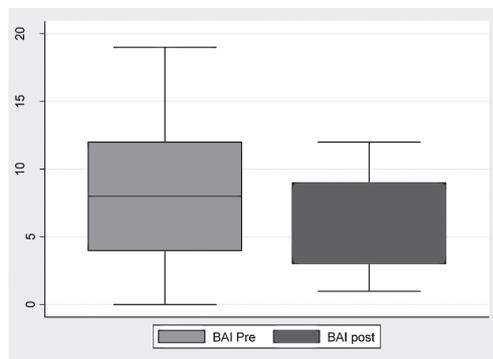
Las intervenciones basadas en *mindfulness* son cada vez más frecuentes en la educación de los profesionales de la salud² y

Gráfico 5. Diferencia de valores pre y postintervención en indicador de depresión



BDI
0-10 depresión ausente
11-17 depresión leve
18-29 depresión moderada
30-63 depresión severa

Gráfico 6. Diferencia de valores pre y postintervención en indicador de ansiedad



BAI
0-7: ansiedad mínima
8-15: ansiedad leve
16-25: ansiedad moderada
26-63: ansiedad severa

Gráfico 7. Diferencia de valores pre y postintervención en percepción estrés

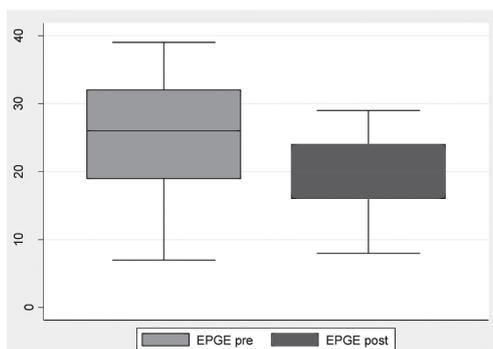
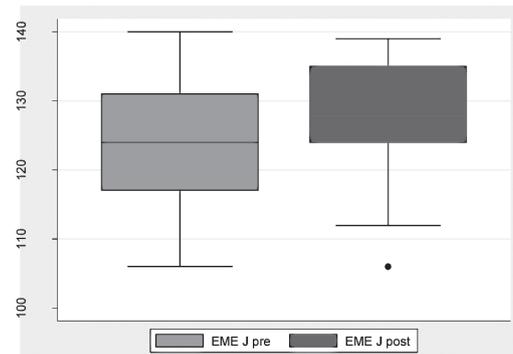


Gráfico 8. Diferencia de valores pre y postintervención en indicador de empatía



han demostrado mejorar trastornos del ánimo y ansiedad en estudiantes de medicina, así como disminución del síndrome de agotamiento por estrés (*burnout*) en un grupo de residentes de medicina familiar.² Un estudio randomizado y controlado en profesionales de la salud demostró que un programa de ocho semanas de reducción del estrés basado en *mindfulness* (RSBM) puede ser efectivo para reducir el estrés y mejorar la calidad de vida.¹²⁻¹⁵

En otro estudio de intervención basada en el modelo MBSR de ocho semanas de duración observan mejoría del bienestar personal, incluyendo *burnout* y mejoría del ánimo (depresión, tensión, y cansancio) y de los indicadores de empatía.¹⁶

Este estudio realizado en el HNRG muestra que los valores iniciales de indicadores de depresión y ansiedad, así como la percepción global del estrés es importante en los residentes de pediatría que consintieron en partici-

Gráfico 9. Correlación entre valor inicial y la magnitud de la diferencia para BDI y BAI. Para BDI y BAI la correlación fue significativa con valor r de 0,82 y 0,75 (p < 0,001)

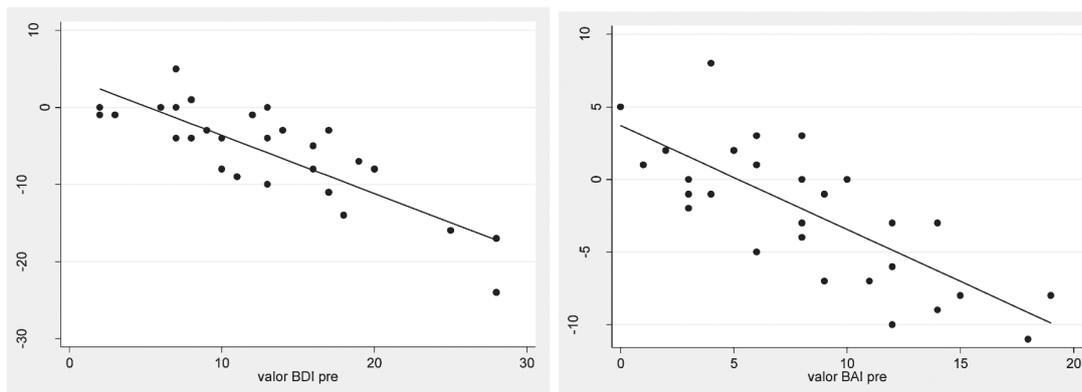
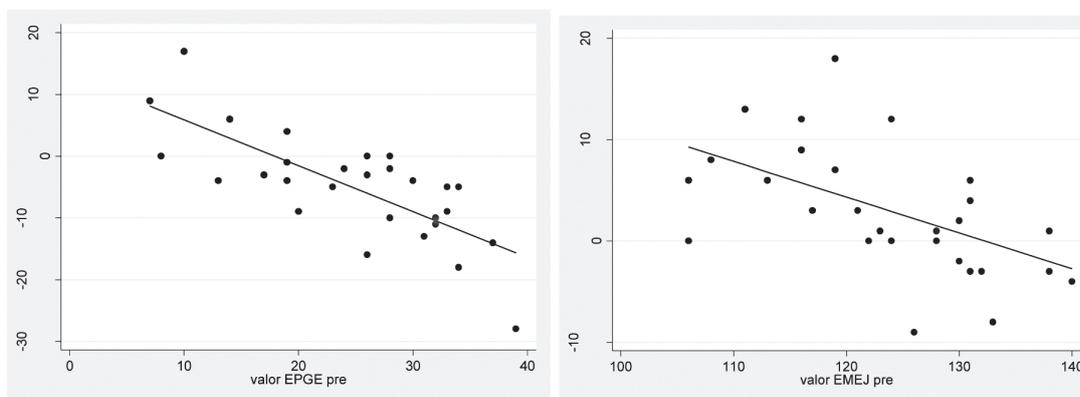


Gráfico 10. Correlación entre valor inicial y magnitud de la diferencia para EPGE y EME-J. Para EPGE la correlación fue significativa con valor de r de 0,75 (p < 0.001) y para EME-J la correlación fue significativa con valor de r de 0,53 (p 0.003)



par. Todos estos indicadores mejoraron de manera significativa luego de la intervención de cuatro semanas. Hasta el momento del presente estudio no se encontraron publicaciones de este tipo de intervenciones efectuadas en residentes de pediatría y tampoco de una intervención corta, de 4 semanas, comparada al programa tradicional de 8 semanas de duración.

A pesar de que los resultados de nuestro estudio son preliminares, sugieren que es posible mejorar indicadores de ánimo, ansiedad y percepción de estrés, así como la capacidad de empatía.

Este estudio tiene la limitación de no contar con un grupo control. De todas maneras, evaluamos los efectos de la intervención en una muestra de residentes que consintieron en participar y finalizaron las cuatro semanas de intervención en un estudio cuasiexperimental con comparación intrasujeto, con diseño antes y después, lo cual también es adecuado para evaluar estos objetivos. El

efecto de la mejoría en las escalas podría ser atribuido a un efecto secular (por el paso del tiempo) sin embargo, parecería improbable que un sujeto sometido a una intensa actividad pueda mejorar espontáneamente su nivel de estrés en solo cuatro semanas.

Adicionalmente, se podría especular que ha existido sesgo de selección secundario a la participación voluntaria de los residentes de la experiencia podrían presentar mayores preconcepciones positivas sobre este tipo de intervenciones y en consecuencia mayor susceptibilidad a sus efectos.

Finalmente 13 médicos residentes (30%) no completaron la intervención, este índice de deserción es esperable dada la alta exigencia laboral que les impidió asistir a los encuentros semanales de una hora y media de duración.

Esta es una intervención novedosa en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez y el objetivo fue demostrar el impacto de un modelo de intervención para aumentar el bienestar del residente de pediatría y reducir síntomas

negativos de depresión, ansiedad y percepción de estrés.

Los resultados del estudio no comprueban que la mejoría de los indicadores se deba específicamente a la intervención, pero es posible que los cambios observados dependan de un estado de mayor atención al momento presente y autoconciencia, facilitado por la intervención. Además resulta interesante que el efecto favorable de la práctica fue más importante en aquellos residentes que presentaban mayor nivel de depresión, ansiedad y stress inicial.

La práctica regular de *Mindfulness* podría contribuir a un mayor bienestar en la persona del médico residente y favorecer su práctica profesional al disminuir los síntomas negativos de ansiedad, depresión y estrés, y al aumentar la capacidad de empatía hacia los pacientes.

Un control a largo plazo de este grupo de residentes podría proveer información sobre la sostenibilidad de los cambios observados luego de un período corto de 4 semanas de intervención.

Futuros estudios deberían corroborar estos resultados en intervenciones que involucren mayor número de profesionales que permitan medir el efecto de *Mindfulness* en el marco de otras variables de ajuste.

CONCLUSIÓN

La intervención de *Mindfulness* contribuyó a un mayor bienestar personal del médico residente al disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y estrés y al aumentar la capacidad de empatía.

Agradecimientos

Dra. Susana Rodríguez por su valiosa colaboración en la corrección de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Greeson JM. *Mindfulness* Research Update: 2008. *Complement Health Pract Rev* 2009; 14(1):10-18.
- Shapiro S, Schartz G, Bonner G. Effects of *Mindfulness*-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *J Behav Med* 1998; 21(6):581-599.
- Williams ES, Konrad TR, Scheckler WE, et al. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: the role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. *Health Care Manage Rev* 2001; 26(1):7-19.
- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; 374:1714-1721.
- Voigt K, Twork S, Milttaq D, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res* 2009; 9(3):219.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JW, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136(5):358-67.
- Fahrenkopf AM, Sectish TC, Barger LK, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336:488.
- Smith TC, Thompson TL 2nd. The Inherent, Powerful Therapeutic Value of a Good Physician-Patient Relationship. *Psychosomatics* 1993; 34(2):166-70.
- Shapiro JS, Swarnick S, Roesch SC, et al. A randomized controlled trial of *mindfulness* meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Ann Behav Med* 2007; 33(1):11-21.
- Chiesa A, Serretti A. *Mindfulness*-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med* 2009; 15(5):593-600.
- Shapiro SL, Oman D, Thoresen CE, et al. Cultivating *mindfulness*: effects on well-being. *J Clin Psychol* 2008; 64(7):840-62.
- Ludwig DS, Kabat-Zinn J. *Mindfulness* in Medicine. *JAMA* 2008; 300(11):1350-1352.
- 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.
- Ospina-Kammerer V, Figley CR. An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents. *Int J Emerg Ment Health* 2003; 5(1):29-32.
- Shapiro S, Astin J, Bishop S, Cordova M. *Mindfulness*-based stress reduction for health care professionals: results from a randomized trial. *Int J Stress Manag* 2005; 12(2):164-176.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009; 302(12):1284-93.