

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster Universitario de Psicopedagogía

Curso académico 2019-20

Efectividad de un programa de entrenamiento en Mindfulness a profesionales de la salud que atienden a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Realizado por Mónica García Hurtado

Tutorizado / Dirigido por Dra. Ingrid Sala Bars

1 de junio de 2020

Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte

C/ Cister, 34

08022 Barcelona

www.blanquerna.edu

RESUMEN

El presente trabajo pretende analizar el impacto de un programa de formación en Mindfulness en 3 profesionales de enfermería y 3 profesionales de fisioterapia que proporcionan asistencia a 40 pacientes diagnosticados de Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) en sus domicilios. Para medir el impacto del programa se evaluó la capacidad de atención plena y de resiliencia de los profesionales asistenciales mediante el uso del cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) y la Escala de Resiliencia (ER). Para evaluar el impacto en los pacientes se hizo uso del cuestionario abreviado del hospital King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD) que mide la calidad de vida percibida de pacientes con FPI. Se efectuó un análisis descriptivo de los datos obteniendo las puntuaciones directas con relación al pretest y posttest de los cuestionarios y realizándose el análisis de datos mediante el programa Microsoft Office Excel 2010. Los resultados parecen indicar que el programa de formación en Mindfulness mejora la atención plena en 4 de los profesionales asistenciales y la capacidad de resiliencia en las 3 profesionales de enfermería. Así mismo, el programa de formación parece ejercer un impacto indirecto positivo en la mayoría de los pacientes, ya que el 15% de ellos logran mantener su calidad de vida percibida y el 45% la mejoran. Es necesario conseguir más evidencia científica al respecto para asegurar los beneficios de la formación en Mindfulness tanto para el colectivo de profesionales asistenciales como de pacientes con FPI.

Palabras claves: Mindfulness, bienestar emocional, fibrosis pulmonar idiopática, programa formación y profesionales de la salud.

ABSTRACT

The present study aims to analyse the impact of a Mindfulness training program on 3 nursing professionals and 3 physiotherapy professionals who provide assistance to 40 patients diagnosed with Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF) at their homes. To measure the impact of the program, we evaluated the healthcare professional's capacity to maintain a full attention using the Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and their capacity to be resilient through the Resilience Scale (RE). To assess the impact on patients we used the King's College Hospital Short Questionnaire for Patients with Interstitial Lung Disease (K-BILD) to measure the perceived quality of life of patients with IPF. A descriptive analysis of the data was carried out obtaining the direct scores in relation to

the pre-test and post-test of the questionnaires and the data analysis was carried out using the Microsoft Office Excel 2010 program. The results seem to indicate that the Mindfulness training program improves the full attention in 4 of the healthcare professionals and the resilience capacity in the 3 nursing professionals. Likewise, the training program seems to have a positive indirect impact on most patients, since 15% of them manage to maintain their perceived quality of life and 45% improve it. It is necessary to obtain more scientific evidence in this field to ensure the benefits of Mindfulness training for both, healthcare professionals and patients with IPF.

Keywords: Mindfulness, emotional well-being, idiopathic pulmonary fibrosis, training program and healthcare professionals.

Introducción

En los últimos 50 años hemos vivido una transición en el modelo de atención a las personas diagnosticadas de una enfermedad. Del modelo tradicional biomédico donde el foco estaba posicionado en la enfermedad y en la mejora de la tecnología para curarla, se ha evolucionado a un modelo biopsicosocial, el cual se centra en la persona como ser holístico, entendiendo la salud y la enfermedad como un continuo dependiente de la interrelación de procesos biológicos, psicológicos y sociales de la persona (Cuba-Fuentes, Contreras Samamé, Ravello Ríos, Castillo Narro, y Coayla Flores, 2016). Es por lo que, desde esta perspectiva, el diagnóstico de una enfermedad ha de ser global y contextualizado y el tratamiento ha de asegurar la atención integral a la persona.

Desde el modelo biopsicosocial la relación del médico con el paciente también ha cambiado; tradicionalmente el médico se posicionaba como experto y decidía el tratamiento a realizar; en cambio, al paciente se le anima ahora a asumir un rol activo en su salud participando en la toma de decisión sobre la mejor opción terapéutica y responsabilizándose de la autogestión de su enfermedad (Grady & Gough, 2015). Así, desde la perspectiva del modelo biopsicosocial, el conjunto de profesionales sanitarios ha de posicionarse como facilitadores y mediadores, estableciendo una relación de confianza con el paciente y sus familiares, que permita empoderarles en la gestión de su salud (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014).

El desarrollo económico, social, científico y tecnológico del que se están beneficiando, desde el siglo pasado, las sociedades del llamado primer mundo, está teniendo varias consecuencias

positivas tales como el aumento de la esperanza de vida, pero también algunas otras negativas como el incremento de personas que viven más tiempo con una enfermedad crónica que impacta negativamente en su percepción de calidad de vida. Desde el modelo biopsicosocial, uno de los objetivos más importantes de la atención a la cronicidad es su prevención, pero también la intervención destinada a la formación del paciente en la identificación y control de los síntomas de la enfermedad con el objetivo de preservar su calidad de vida en el tiempo (Grady & Gough, 2015).

Independientemente de las especificidades de una enfermedad crónica concreta, se reconocen que existen factores comunes a todas ellas. Así, Grady y Gough (2015) destacan como ejemplo de estos elementos el hecho de tener que hacer frente a los síntomas y a una progresiva pérdida de capacidad funcional más o menos rápida, seguir tratamientos farmacológicos complejos, mantener hábitos alimentarios y de actividad física adecuados y establecer relaciones eficaces con el equipo multidisciplinar de profesionales asistenciales. Otro de los factores comunes a todas las enfermedades crónicas es el hecho de tener que adaptarse las exigencias psicológicas y sociales derivadas de la enfermedad, lo que incluye algunos ajustes difíciles del modo de vida, cambios de roles en el núcleo familiar y en la red social próxima y el cuestionamiento de la probabilidad de muerte cercana en el tiempo.

El consenso de la existencia e identificación de factores determinantes de la salud y comunes a las enfermedades crónicas ha propiciado cambios en las políticas sanitarias reflejados, entre otros documentos, en la Estrategia de Promoción y Prevención de la Salud en el Sistema Nacional de Salud (SNS), la cual es uno de los ejes estratégico del abordaje de la cronicidad en el estado español. En este documento se describe la influencia que ejerce, en el mantenimiento de la salud, algunos factores coincidentes con los descritos anteriormente por Grady y Gough (2015), entre ellos, la actividad física, la alimentación saludable, y el bienestar emocional; además, también señalan otros como el consumo de alcohol y de tabaco, la seguridad y lesiones no intencionales (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014). En este documento también se defiende la necesidad de fomentar la adquisición de aptitudes en la población sana para preservar su salud, y en la población diagnosticada con una enfermedad para empoderarles en la autogestión eficaz de su condición. De todos los determinantes de la salud mencionados hasta ahora se analizará el bienestar emocional.

La experiencia subjetiva de sentirse bien uno mismo, con tranquilidad y en armonía con el mundo que nos rodea, es lo que se conoce por bienestar emocional, y esto es lo que permite tener

flexibilidad cognitiva y emocional para desarrollar las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014). Es sabido que existe una relación de interdependencia entre salud física y mental; una mala salud física incide negativamente en la salud mental por las exigencias psicológicas que conlleva la adaptación a la nueva situación, y al mismo tiempo, una salud mental deficiente reduce la salud física; muestra de ello son las evidencias que describen cómo el estrés propicia conductas adictivas tales como el consumo de tabaco y alcohol, cambios en los hábitos saludables como la falta de ejercicio físico o hábitos alimenticios inadecuados y la aparición de enfermedades crónicas como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014). Es conocido también el impacto que tienen los trastornos mentales en pacientes con enfermedades crónicas; así, está demostrado cómo el no tratar o controlar los trastornos mentales se asocia a un deficiente cumplimiento de las indicaciones terapéuticas y peor pronóstico de patologías crónicas (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2011).

La conferencia ministerial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebrada en la ciudad escandinava de Helsinki en el año 2005, tuvo como resultado la Declaración de Helsinki para la Salud Mental Europea, un documento donde se describen el conjunto de prioridades y acciones para la promoción de la salud mental consensuados por los ministerios europeos de sanidad. En el documento oficial de dicha conferencia, "Facing the Challenges, Building Solutions" (World Health Organization (WHO), 2005) se describen los acuerdos alcanzados entre los que se destaca la necesidad de promover el bienestar mental de la población en su conjunto, ofrecer apoyo e intervenciones específicas para cada etapa de la vida de las personas en situación de riesgo y diseñar programas de formación que permitan aumentar la capacitación de profesionales asistenciales (WHO, 2005).

Tras lo explicado anteriormente, se puede considerar varios aspectos. Uno de ellos es que el diagnóstico de una enfermedad crónica es una situación de riesgo, ya que puede afectar al bienestar emocional del paciente. Otro aspecto es que, desde modelo de atención centrado en el paciente, éste debe recibir una atención por parte de un equipo multidisciplinar que cubra sus necesidades a nivel holístico, incluyendo las emocionales. Y, por último, que son necesarios programas de formación que permitan aumentar la capacitación de profesionales asistenciales para formar al paciente y darle herramientas para que pueda autogestionar los cambios que experimentará a nivel físico, emocional y social derivado del diagnóstico de una enfermedad crónica.

El mindfulness o conciencia plena es una forma de atención que no juzga, centrada en el presente y en la que cada pensamiento, sentimiento, emoción, imagen o sensación que aparece en el campo atencional es reconocido y aceptado tal y como es (Bishop et al., 2004). Si bien el término mindfulness era bastante desconocido hasta años recientes, se trata de una práctica promovida y desarrollada por las técnicas meditativas orientales desde hace unos 2500 años (Pérez y Botella, 2006). No obstante, entre sus ventajas destaca que no es dependiente de ninguna ideología ni creencia específica, por lo que sus beneficios son accesibles para todo aquél que quiera experimentarlos (Ramos, Recondo & Enríquez, 2012).

En el contexto de la religión budista, la meditación en la atención plena se entiende como una práctica que puede realizar cualquier persona y que sirve para aliviar el sufrimiento, mejorar la convivencia y desarrollar cualidades positivas (Simón, 2007). Cuando somos conscientes de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando y aunque las personas no presentan esta cualidad del mismo modo, con la práctica se puede desarrollar y potenciar (Miró, 2006).

De la descripción realizada hasta el momento podemos destacar que el mindfulness tiene dos funciones. Una de ellas es tomar conciencia de lo que está presente en la mente en cada momento, y la otra es dirigir la atención a lo que debería estar presente en la mente de acuerdo con el contexto de la situación presente (Ramos et al., 2012). Ambas funciones están relacionadas con los dos componentes claves de mindfulness que se han identificado, la autorregulación de la atención y la actitud de apertura hacia la propia experiencia.

La autorregulación de la atención consiste en mantener la atención en la experiencia presente y desarrollar la habilidad de regresar a la experiencia cuando la mente se distrae, lo cual llevará a la persona a actuar con conciencia. La actitud de apertura, curiosidad y aceptación hacia la propia experiencia permite orientar la atención a lo que se está viviendo, sin juzgar dicha experiencia interna (me gusta o no me gusta) con el objetivo puramente de describirla, aceptarla tal y como es y de dejarla pasar para seguir observando de forma consciente el momento presente (Ramos et al., 2012).

Una de las principales causas del malestar emocional es la relación que las personas tienen con su experiencia interna. Es muy común que las personas se sientan controladas por pensamientos que surgen de forma rápida e inconsciente, como una cascada incontrolable. Ante esta realidad, el problema radica no tanto en eliminar dichos pensamientos, sino en no identificarse con ellos (Didonna, 2011).

Igual ocurre con el acto de rumiar, el cual es uno de los principales procesos cognitivos patológicos que lleva implícito juzgar lo que estamos experimentando. “Cuando las personas rumian o se preocupan por sus problemas, aunque les parezca que están haciendo frente a la dificultad, de hecho, se están alejando de una percepción directa de la naturaleza de la dificultad. Las técnicas de meditación basadas en mindfulness funcionan exactamente en el sentido opuesto, favoreciendo una actitud de “dejar ir” en relación con los propios pensamientos. Es una habilidad imprescindible para la salud física y psicológica ya que ayuda a evitar quedarse atascado una y otra vez en círculos viciosos muy dañinos” (Didonna, 2011, p. 60).

La investigación reciente sobre la eficacia del mindfulness en el tratamiento de trastornos diversos parece evidenciar que produce beneficios directos e indirectos sobre la salud, más allá de la mera relajación. En concreto el mindfulness parece tener un impacto en la reducción del estrés, del dolor crónico, de trastornos psicológicos y de los patrones mentales de evitación experiencial y rumiación. Así mismo, se ha comprobado que mejora del sistema inmune y de cuadros de enfermedades crónicas, el aprendizaje de afrontamientos más eficaces y la aceptación de la incertidumbre creadora. Por último, también existe evidencia de la influencia directa de la práctica del mindfulness con la generación de un estado de equilibrio emocional relacionados con el bienestar, la relajación y la calma (Ramos et al., 2012).

Los profesionales de la salud son un sector sometido a importantes niveles de estrés debido a las características psicológicas, emocionales y organizacionales inherentes al propio puesto de trabajo (Cebrià-Andreu, 2005). Existe una línea de investigación que evalúan el impacto del mindfulness en la disminución y prevención de la sintomatología patológica y en la promoción de una mejor calidad de vida en los profesionales asistenciales (Barceló-Solera, Monreal-Bartolomé, Navarro-Gila, Beltran-Ruiza, & García-Campayoa, 2018). Las variables que se han estudiado han sido, la salud mental (estrés percibido, burnout, ansiedad, depresión, bienestar mental y alteración del humor), la salud física (bienestar físico, somatizaciones, frecuencia cardíaca y presión sanguínea) y otras variables como la empatía, sentido de coherencia, satisfacción con la vida, satisfacción del paciente y control atencional. Si bien es cierto que parece necesario aumentar la evidencia del impacto positivo del mindfulness en estas variables, parece que la existente ya es suficiente para recomendar la inclusión de la formación en la práctica del mindfulness, tanto en el currículum profesional como en la práctica profesional en los centros de salud y no sólo por el beneficio de los propios sanitarios, sino también por el beneficio indirecto que tiene sobre los pacientes (Barceló-Solera et al., 2018).

La Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) es la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) más frecuente y letal, con una escasa prevalencia estimada en 4.6 a 20 por 100,000 habitantes y, por tanto, considerada como enfermedad rara o minoritaria debido a lo cual tiene un escaso conocimiento social, clínico (reconocimiento y diagnóstico) y científico (patogenia, tratamiento). La FPI se define como una enfermedad crónica fibrosante del intersticio, limitada al pulmón, y caracterizada radiológica y/o histológicamente por el patrón de neumonía intersticial usual (NIU). La supervivencia media estimada previo a la existencia de tratamiento específico es de 3-5 años desde el diagnóstico. Además de letal, la enfermedad resulta debilitante y limitante de forma muy rápida en su progresión, con requerimiento de oxígeno al esfuerzo desde fases moderadas de la enfermedad, (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), 2012).

Recientemente se han comercializado dos fármacos anti-fibróticos (nintedanib y pirfenidona) que tienen como objetivo la inhibición de la progresión de la enfermedad y reducir la probabilidad de muerte al año; no obstante, ambos fármacos tienen efectos secundarios difíciles de gestionar lo que provoca un porcentaje no despreciable de abandono terapéutico o falta de optimización del efecto farmacológico. Por otro lado, se conoce que la adherencia y cumplimiento farmacológico también se mejora actuando en diferentes aspectos de la calidad de vida como son aspectos físicos, tales como el mantenimiento de la autonomía, emocionales como la ayuda en la aceptación de pérdida de capacidades y sociales como el mantenimiento de la economía doméstica, (Lindell, Nouraie, Klesen, Klei, Gibson, Kass y Rosenzweig, 2018).

Durante el pasado año se realizó una encuesta a 286 pacientes diagnosticados de FPI y a 69 profesionales asistenciales procedentes de 14 países europeos para identificar las necesidades no cubiertas percibidas de este colectivo de pacientes. Los resultados señalaban la necesidad de soporte psicológico como una de ellas (Moor et al., 2019). Aunque no se encuentra evidencia de programas de entrenamiento en Mindfulness específicos para pacientes con FPI, sí que existe experiencia positiva en la reducción del estrés mediante la práctica de la atención plena en pacientes con EPID (Sgalla et al., 2015). También se encuentra evidencia del impacto positivo del Mindfulness en pacientes afectados de otras enfermedades respiratorias como la Fibrosis Quística (Mantzios, & Egan, 2016), el Asma y la Enfermedad Obstructiva Crónica (Malpass, Kessler, Sharp, & Shaw, 2015). Por lo cual existe la hipótesis de que formar a los pacientes diagnosticados de FPI y a los profesionales que les atienden puede tener un beneficio positivo en ellos.

Esteve Teijin es una empresa que provee de atención domiciliaria a más de 60.000 pacientes diagnosticados con enfermedades respiratorias que residen en varias regiones de España. Desde diciembre del 2018 está llevando a cabo un programa piloto de soporte integral a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) con el objetivo general de mejorar la calidad de vida del paciente. En el protocolo asistencial intervienen dos perfiles de profesionales sanitarios (fisioterapeutas y enfermeras) los cuales realizan una evaluación individual e integral de la persona afectada de FPI y diseñan un plan de cuidados conjunto destinados a mejorar de la capacidad funcional y de la actividad física de las personas que participan en el programa y a empoderarlas en la gestión de la enfermedad mediante la modificación de hábitos de la vida diaria relacionados con la salud.

Las necesidades emocionales que presentan los pacientes que participan en el piloto a menudo trascienden a las derivadas de la condición de FPI, y muchos de ellos tienen diagnosticada una patología mental como trastorno bipolar, ansiedad y depresión, para lo cual sólo reciben tratamiento farmacológico. Otros pacientes tienen situaciones sociofamiliares que son fuentes de gran estrés y que dificultan el cumplimiento de las pautas terapéuticas para la FPI. Los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en sus domicilios han manifestado sus limitaciones para atender las necesidades emocionales de los pacientes. Expresan que pueden establecer una relación de confianza con los pacientes y a través de la escucha activa y la comunicación empática, facilitar que identifiquen y comuniquen sus emociones y las causas de su malestar emocional; esto encuentran que es positivo porque el paciente se siente reconfortado, pero observan que crea dependencia en contra de autonomía. Los fisioterapeutas y las enfermeras que atienden a estos pacientes verbalizan que no saben cómo empoderar a los pacientes para la propia autogestión de su estado emocional, lo cual les crea una sensación de impotencia, desbordamiento, frustración, y sentimiento de no estar haciendo correctamente su trabajo.

Pregunta: ¿Podría un programa de entrenamiento en Mindfulness proporcionar herramientas a los profesionales para que puedan empoderar a las personas con FPI en el cuidado de su bienestar emocional?

Objetivos

Objetivo general: Evaluar el impacto de un programa de formación en Mindfulness en un grupo de enfermeras y fisioterapeutas que proporcionan atención domiciliaria a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Objetivos específicos: Se plantean tres de ellos, el primero consiste en evaluar la mejora de los asistentes a la formación en la capacidad de proceder con atención plena, el segundo medir la mejora en la capacidad de resiliencia de los profesionales beneficiarios del programa de formación en Mindfulness y el tercero medir la mejora de la calidad de vida de personas diagnosticadas con Fibrosis Pulmonar Idiopática que son visitados en sus domicilios por enfermeras y fisioterapeutas que han realizado el programa de formación.

Método

El presente estudio es un tipo de investigación orientada a la acción y a la innovación, ya que pretende elaborar una propuesta de intervención que responda a las necesidades de un colectivo de profesionales sanitarios que atienden a pacientes con FPI.

Participantes

En el estudio participaron 6 profesionales sanitarios y 40 pacientes. El criterio para seleccionar la muestra de profesionales sanitarios de EsteveTeijin fue que trabajasen en el servicio de asistencia domiciliaria a pacientes con FPI. En la Tabla 1 se describen las características demográficas de los profesionales sanitarios participantes en el estudio; en concreto, cinco de ellas son mujeres, mientras uno es hombre. Tres de los participantes son graduados en Fisioterapia, dos en Enfermería y una de las participantes tiene la doble titulación Enfermería y Fisioterapia. Además, tres de las participantes tienen un nivel de estudio correspondiente a máster. La edad de los participantes es de 27 años y la máxima 44, siendo la edad media de todos ellos de 34.5 años.

Tabla 1

Características demográficas de los profesionales sanitarios

Sujeto	Sexo	Edad	Profesión	Nivel de Estudios
1	Mujer	44	Enfermera	Máster
2	Mujer	39	Enfermera y Fisioterapeuta	Graduada
3	Mujer	29	Enfermera	Máster

4	Mujer	37	Fisioterapeuta	Máster
5	Hombre	27	Fisioterapeuta	Graduada
6	Mujer	31	Fisioterapeuta	Graduada

En relación con la muestra de pacientes, son un total de 40 personas del total de las 93 que están diagnosticados de FPI y que reciben actualmente atención sanitaria en sus domicilios por parte del personal asistencial de Esteve Teijin. La selección de esta muestra se ha realizado teniendo en cuenta aquéllos que pacientes que, por protocolo, habían recibido la visita semestral o anual de enfermería en los meses posteriores a la finalización del programa de formación, esto es, diciembre del 2019 y enero y febrero del 2020, ya que en estas visitas los pacientes debían de cumplimentar, por protocolo, el cuestionario abreviado del hospital King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD) (Patel et al. 2012) para medir su calidad de vida percibida.

De los 40 pacientes, 5 de ellos son mujeres y 35 hombres. El paciente más joven tiene 48 años y el mayor 84, siendo la edad mediana de 69 años. El 65% de los pacientes eran prevalentes, lo cual indica que habían iniciado el tratamiento para la FPI 4 meses antes o más del inicio de las visitas domiciliarias y el 35% restante eran incidentes, puesto que llevaban menos de 4 meses de tratamiento de su enfermedad al iniciarse las visitas del programa de soporte asistencial. En la tabla 2 se describen las características sociodemográficas de los pacientes participantes en el estudio.

Tabla 2

Características demográficas de los pacientes

<i>Sexo</i>		<i>Tratamiento</i>				<i>FRANJA EDAD</i>									
<i>Hombre</i>		<i>Mujer</i>		<i>Prevalente</i>		<i>Incidente</i>		<i>>45≤55</i>		<i>>55≤65</i>		<i>>65≤75</i>		<i>>75≤84</i>	
<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
35	87.5	5	12.5	26	65	14	35	5	13	5	13	17	43	13	33

Instrumentos

Para la recogida de datos de los profesionales sanitarios se han utilizado dos instrumentos. La evaluación de la mejora de los asistentes a la formación en la capacidad de proceder con atención plena se ha medido utilizando el cuestionario Five Facets Mindfulness Questionnaire, (FFMQ), (Baer et al., 2006) traducido y adaptado al español por Cebolla et al. (2012). El FFMQ consta de 39 ítems con una escala de respuesta Likert de cinco puntos que evalúan 5 dimensiones interrelacionadas de la atención plena. La primera dimensión es la *Observación* que define la habilidad de prestar atención y darse cuenta tanto de las experiencias internas (sensaciones, emociones y cogniciones) como de las externas (ruidos, olores, luces, etc.). La segunda dimensión es la *Descripción de la experiencia*, ésta hace referencia a la habilidad de poder etiquetar y explicar las emociones que experimentamos con palabras. La tercera dimensión es *Actuación Consciente*, que envuelve la habilidad de dirigir la atención al momento presente y a las actividades que se están llevando a cabo en ese preciso momento, en vez de actuar de manera automática (“encendido del piloto automático”). La cuarta dimensión es la *Ausencia de juicio* de la experiencia interna, que describe la tendencia a experimentar las experiencias presentes (emociones, pensamientos, sensaciones, etc.) mediante una actitud de reconocimiento y aceptación, sin evaluarlas ni intentar evitarlas, cambiarlas o escaparse de ellas, y la quinta es la *Ausencia de reacción* a la experiencia interna que se refiere a la habilidad de permitir la aparición y el flujo libre de las reacciones emocionales, los pensamientos, sensaciones, etc., sin dejarse llevar por ellos o evitarlos. Para confirmar una modificación con la intervención realizada a través del programa de formación en Mindfulness, se espera apreciar un cambio positivo en la escala total de FFMQ.

Para medir la mejora en la capacidad de resiliencia, capacidad de una persona de hacer las cosas bien pese a condiciones de vida adversas, superándolas y saliendo de ellas fortalecido o incluso transformado (Wagnild y Young 1993), se ha utilizado la Escala de Resiliencia (ER) (Wagnild y Young 1993). Esta escala autoadministrada de 25 ítems con una escala de respuesta Likert de siete puntos, mide la resiliencia a partir de cinco componentes y dos factores. Entre los componentes de la resiliencia encontramos la *Ecuanimidad*, definida como la perspectiva equilibrada de la propia vida y experiencias. Esta habilidad permite tomar las circunstancias tranquilamente, moderando nuestras actitudes ante la adversidad. Otro componente de la resiliencia es la *Perseverancia*, la constancia ante la adversidad o el desaliento, teniendo un fuerte deseo del logro y autodisciplina. La *Confianza en sí mismo* entendida como la habilidad para creer en uno mismo y en nuestras capacidades es otro de los componentes de la resiliencia junto con la *Satisfacción personal*,

entendida como la comprensión del significado de la vida y la contribución a la misma y el Sentirse bien sólo, competencia que nos da el significado de libertad y la certeza de que somos seres únicos y muy importantes.

Entre los factores de la resiliencia encontramos el *Factor I Competencia Personal*, comprendido por 17 ítems que evalúan las áreas de Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí mismo, Satisfacción Personal y Sentirse bien solo, relacionadas con el surgimiento de habilidades y actitudes que le permitan a la persona alcanzar sus objetivos y persistir frente a los eventos extremos que puedan suscitarse en su vida. Este factor indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia. El *Factor II Aceptación de uno mismo, está* formado por 8 ítems que exploran Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí mismo, Satisfacción Personal y Sentirse bien solo asociados con la capacidad de adaptación al medio, valoración personal y perseverancia. Este factor refleja la adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y con un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Para confirmar una modificación con la intervención realizada a través del programa de formación en Mindfulness, se espera apreciar un cambio positivo en la escala total ER.

Para medir la mejora de la calidad de vida de personas diagnosticadas con Fibrosis Pulmonar Idiopática que son visitados en sus domicilios por enfermeras y fisioterapeutas que han realizado el programa de formación, se ha utilizado el cuestionario abreviado del hospital King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD), cuya descripción y validación está descrita en el artículo de Patel et al. (2012). Este cuestionario está traducido en varios idiomas, incluido el castellano (<https://www.kbild.com/>). El K-BILD es un cuestionario de estado de salud autocompletado que consta de 15 ítems y una escala de respuesta Likert de siete puntos. Tiene tres dominios: disnea y actividad física, psicológico y síntomas en el pecho. Para confirmar una modificación con la intervención realizada a través del programa de formación en Mindfulness, se espera apreciar un cambio positivo en el dominio psicológico del K-BILD.

Procedimiento

Para recoger los datos, primeramente, se pasaron a los profesionales sanitarios los cuestionarios del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) de Baer et al. (2006) y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young (1993), una semana antes de comenzar el programa de formación en Mindfulness, y dos meses después de su finalización.

La formación fue llevada a cabo por un equipo de psicólogos especializados en Mindfulness procedentes de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte de la Blanquerna (URL) en las dependencias del centro logístico de Esteve Teijin situado en la ciudad de Castelldefels. El computo de horas totales fue de 24h divididas en tres sesiones que tuvieron lugar durante los días 23 de octubre, 30 de octubre y 27 de noviembre del 2019. Aunque la asistencia a la formación era obligatoria por ser parte del programa de formación continua diseñada por el departamento de Recursos Humanos de la empresa, los 6 participantes dieron su consentimiento voluntario a participar en el estudio.

Los pacientes diagnosticados con FPI, están incluidos en un protocolo de visitas que contempla la autoadministración del cuestionario King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD) de Patel et al. (2012) en la visita inicial, semestral y anual de enfermería. Los cuestionarios fueron rellenados en papel y transcritos a un cuestionario de recogida de datos electrónicos por profesionales de una Organización de Investigación por Contrato (CRO), la cual se encarga de gestionar los resultados del Programa de Soporte Asistencial realizado a los pacientes con FPI. Los datos analizados para el presente estudio son de aquellos pacientes que, por protocolo, debían cumplimentar el (K-BILD) de la visita semestral o final de enfermería durante el mes de diciembre, enero y febrero.

El análisis de datos se realizó mediante el programa Microsoft Office Excel 2010. Concretamente, los datos fueron analizados a partir de la extracción automática en un documento Excel y después fueron seleccionadas las variables a analizar. Se efectuó un análisis descriptivo de los datos obteniendo las puntuaciones directas con relación al pretest y posttest del cuestionario. A cada uno de los profesionales sanitarios se les entregó un informe con los resultados de la Escala de Resiliencia (ER) y del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ).

Resultados

Uno de los objetivos del presente estudio era evaluar la mejora de los asistentes al programa de formación en mindfulness en la capacidad de proceder con atención plena. Para medir este objetivo, utilizamos el Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ). De los 6 participantes, 4 de ellos han mostrado mejoras en las puntuaciones globales y dos de ellos reflejan empeoramiento en

la capacidad de proceder con atención plena. En la tabla 3 se muestran los resultados globales de las puntuaciones pretest y posttest, siendo la puntuación mínima de 39 y la máxima de 195.

Tabla 3

Puntuaciones pretest y posttest en la escala FFMQ

<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Posttest</i>	<i>Diferencia</i>
1	94	150	(+)56
2	117	128	(+)11
3	121	151	(+)30
4	171	143	(-)28
5	122	146	(+)24
6	128	124	(-)4

Si analizamos los resultados según las 5 dimensiones de la atención plena (ver tabla 4) que evalúa la escala de FFMQ, encontramos que el sujeto número 1 ha mejorado en todas las dimensiones, mientras que el sujeto 4 ha empeorado en todas ellas. El sujeto número 5 ha mostrado mejoría en todas las dimensiones a excepción de la actuación con conciencia, donde muestra un leve empeoramiento cuantificado en 1 punto. El sujeto número 6 ha mostrado empeoramiento en todas las dimensiones a excepción de ausencia de reactividad, donde muestra una leve mejoría cuantificada en 2 punto. El sujeto número 2 ha mostrado mejoría en la dimensión de observación y en la ausencia de reactividad; en la dimensión de descripción y en la actuación con conciencia ha obtenido las mismas puntuaciones en el pretest y en el posttest, y en la dimensión de ausencia de juicio ha empeorado en 1 punto. El sujeto número 3 presenta mejoría en las dimensiones de observación y ausencia de reactividad, empeora en la actuación con conciencia y ausencia de juicio y muestra estabilidad en la dimensión de la descripción.

Tabla 4

Puntuaciones pretest y postest en las 5 dimensiones de la escala FFMQ

<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Diferencia</i>
	1	13	28	(+)15
	2	27	37	(+)10
Observación	3	20	29	(+)9
Rango puntuación min8/max40	4	33	27	(-)6
	5	22	30	(+)8
	6	23	22	(-)1
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Diferencia</i>
	1	28	34	(+)6
	2	24	24	0
Descripción	3	35	35	0
Rango puntuación min8/max40	4	40	35	(-)5
	5	30	31	(+)1
	6	30	27	(-)3
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Diferencia</i>
	1	18	30	(+)12
Actuar con Conciencia	2	24	24	0
Rango puntuación min8/max40	3	32	28	(-)4
	4	32	27	(-)5

	5	33	32	(-)1
	6	33	32	(-)1
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Diferencia</i>
	1	21	33	(+)12
	2	21	20	(-)1
Ausencia de Juicio	3	38	33	(-)5
Rango puntuación min8/max40	4	34	31	(-)3
	5	25	30	(+)5
	6	24	23	(-)1
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postest</i>	<i>Diferencia</i>
	1	14	25	(+)11
Ausencia de Reactividad	2	21	23	(+)2
	3	24	26	(+)2
Rango puntuación min7/max35	4	32	23	(-)9
	5	18	23	(+)5
	6	18	20	(+)2

Otro de los objetivos del estudio era medir la mejora en la capacidad de resiliencia de los profesionales beneficiarios del programa de formación en Mindfulness y para ello utilizamos la Escala de Resiliencia (ER). De los 6 participantes, 3 de ellos mostraron una mejoría en la puntuación global y otros 3 empeoraron. Coinciden que los profesionales que mostraron mejoría son enfermeras, mientras que los profesionales que empeoran son fisioterapeutas. En la tabla 5 se muestran los resultados globales de las puntuaciones pretest y postest, siendo la puntuación mínima de 25 y la máxima de 175.

Tabla 5

Puntuaciones pretest y postest en la escala de Resiliencia

<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
1	138	162	(+)24
2	123	142	(+)19
3	149	151	(+)2
4	156	153	(-)3
5	145	139	(-)6
6	140	137	(-)3

La Escala e Resiliencia proporciona también información sobre 2 factores, el factor I relacionado con la percepción de competencia personal y el factor II que hace referencia a la capacidad de aceptarse a uno mismo. Estos factores a su vez dependen de las puntuaciones que obtienen los participantes en 5 dimensiones de la resiliencia, las cuales son: ecuanimidad, perseverancia, confianza en uno mismo, satisfacción personal y sentirse bien sólo.

En la tabla 6 se presentan los resultados en las puntuaciones de los dos factores. Como puede comprobarse, las participantes enfermeras presentan mejoría en el factor de competencia personal tras la realización del programa de formación en Mindfulness y los fisioterapeutas muestran un empeoramiento en este factor. Con relación al factor II de aceptación de uno mismo, hay tres participantes que presentan puntuaciones mejores en el postest, otro de los participantes muestra estabilidad y dos presentan un leve empeoramiento cuantificado en 1 punto. En este caso, los resultados no están influenciadas por las variables del sexo, edad, profesión o nivel de estudios de los profesionales.

Tabla 6

Puntuaciones pretest y posttest en los Factores de Resiliencia

<i>Factor</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	97	110	(+)13
	2	85	90	(+)5
Factor I	3	104	107	(+)3
Competencia Personal	4	108	106	(-)2
Rango puntuación min17/max119	5	106	99	(-)7
	6	95	91	(-)4
<i>Factor</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	41	50	(+)9
	2	39	52	(+)13
Factor II	3	45	44	(-)1
Aceptación de Uno Mismo	4	48	47	(-)1
Rango puntuación min8/max56	5	39	40	(+)1
	6	45	45	0

Si observamos los resultados obtenidos según las puntuaciones en las cinco dimensiones diferentes de la Escala de Resiliencia (ver tabla 7), obtenemos que todos los participantes han obtenido mejoría en la dimensión de la ecuanimidad a excepción de dos de ellos que mantienen las puntuaciones del pretest. En cuanto a la dimensión de la perseverancia, 3 participantes mejoran en esta dimensión y otros tres empeoran. En la satisfacción personal, hay tres profesionales que presentan mejores puntuaciones, dos que mantienen estabilidad y un sexto que presenta un empeoramiento. Por último, en la dimensión sentirse bien sólo hay 4 profesionales que presentan

mejoría, uno que presenta estabilidad y otro que muestra un leve empeoramiento cuantificado en 1 punto.

Tabla 7

Puntuaciones pretest y posttest en las 5 dimensiones de la Escala de Resiliencia

<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	18	23	(+)5
	2	18	18	0
Ecuanimidad	3	20	18	(+)8
Rango puntuación min4/max28	4	21	21	0
	5	16	18	(+)2
	6	17	18	(+)1
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	45	46	(+)1
	2	37	40	(+)3
Perseverancia	3	44	43	(-)1
Rango puntuación min7/max49	4	44	42	(+)6
	5	45	40	(-)5
	6	43	39	(-)4
<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	40	48	(+)8
Confianza en sí mismo	2	33	38	(+)5
Rango puntuación min7/max49	3	42	48	(+)6

4	45	43	(-)2
5	46	41	(-)5
6	37	38	(+)1

<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	18	26	(+)8
	2	17	25	(+)8
Satisfacción Personal	3	23	23	0
Rango puntuación min4/max28	4	25	26	(+)1
	5	22	22	0
	6	24	22	(-)2

<i>Dimensión</i>	<i>Sujeto</i>	<i>Pretest</i>	<i>Postests</i>	<i>Diferencia</i>
	1	17	19	(+)2
	2	18	21	(+)3
Sentirse Bien sólo	3	20	19	(-)1
Rango puntuación min3/max21	4	21	21	0
	5	16	18	(+)2
	6	19	20	(+)1

En cuanto al tercer y último objetivos, este consistía en medir la mejora de la calidad de vida de personas diagnosticadas con Fibrosis Pulmonar Idiopática que son visitados en sus domicilios por enfermeras y fisioterapeutas que han realizado el programa de formación, para ello utilizamos el cuestionario abreviado del hospital King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD) y, en concreto, era esperable encontrar una mejora en la dimensión psicológica del cuestionario.

Del total de pacientes, 5 eran mujeres de las cuales 2 han mostrado una mejoría en la dimensión psicológica del K-BILD, mientras que el resto ha empeorado. De los 35 hombres, observamos que hay 4 que son > 45 ≤55 años y todos muestran un empeoramiento en la dimensión Psicológica independientemente del tiempo que lleven con el tratamiento. Aquéllos que son >55 ≤65 años y llevaban más de 4 meses con el tratamiento farmacológico, es decir, prevalentes, muestran mejoría en los resultados del K-BILD, son un total de 3 pacientes, mientras que los incidentes, uno muestra estabilidad respecto a las puntuaciones pretest y otro un ligero empeoramiento cuantificado en 1 punto. De los 15 pacientes que se encuentra en una franja de edad de >65≤75 años, 5 de ellos son incidentes, 3 muestras peores resultados y 2 mejores; el resto de los 10 pacientes, la mitad muestran mejoría en los resultados postest, además 3 de ellos presentan estabilidad y 2 un empeoramiento en los resultados del K-BILD. Por último, aquellos pacientes >75≤85 años, un total de 9, 4 muestran mejores resultados en el postest, 3 de ellos peores y otros 2 estabilidad.

Analizando los datos en global, un 45% del total de pacientes mejoran su percepción de calidad de vida a nivel emocional, de los cuales un 40% son hombre y un 5% mujeres, un 33% llevaban más de 4 meses de tratamiento al inicio de las visitas de los profesionales y un 12,5% eran de inicio reciente. Un 2.5% del total del paciente que mejoran son menores de 55 años, un 7,5 % tienen edades comprendidas entre 55 y 65 años, un 17.5% están en una franja de edad entre 65 y 75 años y otro 17,5 % son mayores de 75 años. Del resto de pacientes se encuentra que un 15% mantienen su percepción de calidad de vida a nivel emocional y un 40 % empeoran. En la tabla 8 se expone un resumen de los datos mencionado.

Tabla 8

Mejoría, empeoramiento o estabilidad en los resultados del K-BILD según las variables de sexo, duración del tratamiento y franja de edad

Resultados K-BILD Postest	Sexo		Tratamiento						Franja de edad														
	Hombre		Mujer		TOTAL		Prevalente		Incidente		TOTAL		>45≤55		>55≤65		>65≤75		>75≤84		TOTAL		
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	

<i>Mejor</i>	16	40	2	5	18	45	13	33	5	12,5	18	45	1	2,5	3	7,5	7	17,5	7,0	17,5	18,0	45
<i>Igual</i>	6	15	0	0	6	15	5	13	1	2,5	6	15	0	0	1	2,5	3	7,5	2,0	5	6,0	15
<i>Peor</i>	13	33	3	8	16	40	8	20	8	20	16	40	4	10	1	2,5	7	17,5	4,0	10	16,0	40
<i>TOTAL</i>	35		5		40		26		14		40		5		5		17		13		40	
<i>%</i>	87,5		12,50				65		35				12,5		12,5		42,5		32,5			

Discusión y conclusiones

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar el impacto de un programa de formación en Mindfulness en un grupo de enfermeras y fisioterapeutas que proporcionan atención domiciliaria a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI). Para ello se establecieron los siguientes objetivos específicos: evaluar la mejora de los asistentes a la formación en la capacidad de proceder con atención plena y en la capacidad de resiliencia, y medir la mejora de la calidad de vida de personas diagnosticadas con FPI que son visitados en sus domicilios por enfermeras y fisioterapeutas que han realizado el programa de formación.

Los resultados obtenidos parecen indicar que 4 de los 6 profesionales asistenciales presentan una mejora en la capacidad de proceder con atención plena tras la realización del programa en Mindfulness. Analizando los resultados en función del sexo, edad, profesión o nivel de estudios de los profesionales, parece que estos resultados no están influenciados por ninguna de estas variables. El instrumento utilizado para medir la atención plena fue el Five Facets Mindfulness Questionnaire, (Baer et al., 2006) traducido y adaptado al español por Cebolla et al. (2012), el cual evaluaba cinco dimensiones, entre las que se encuentran la observación y la descripción de la experiencia interna y la ausencia de juicio y de reacción a la misma. Por los resultados obtenidos podríamos sugerir que 3 de los participantes han mejorado en dos de las principales causas del malestar emocional, esto es, en su relación con la experiencia interna y en el acto de rumiar (Didonna, 2011), uno de los procesos cognitivos patológicos consistente en juzgar lo que estamos experimentando en un momento dado. Por todo ello se podría afirmar que el programa de formación en Mindfulness ha tenido un impacto positivo en 4 de los profesionales que ha completado el programa.

En cuanto a la capacidad de resiliencia, los resultados globales en esta escala parecen mostrar una mejoría en las 3 profesionales que ejercen como enfermeras, mientras que los profesionales fisioterapeutas parecen obtener resultados peores en la capacidad de resiliencia tras haber finalizado el programa en Mindfulness. Analizando en detalle los resultados, parece que el personal de enfermería muestra una mejoría en la dimensión de confianza en sí mismo, así como en el factor I de competencia personal, en oposición al personal de fisioterapia que muestran un empeoramiento en las puntuaciones de esta dimensión y factor tras haber finalizado el programa de formación. En cuanto a la dimensión de la perseverancia, los resultados sugieren que hay 3 participantes que mejoran en esta dimensión y otros tres empeoran. Estos resultados parecen que están relacionados con la edad de los profesionales, ya que aquéllos que presentan mejoría son profesionales con edades comprendidas entre los 37 y los 44 años, mientras que los que obtienen peores resultados están en una franja de edad entre los 27 y 31 años. La mejora en las puntuaciones de la Escala de Resiliencia (Wagnild y Young 1993) que parece percibirse en el personal de enfermería, podría apoyar la afirmación de que el programa de formación en Mindfulness les ha ayudado a mejorar su bienestar emocional, permitiéndoles tener la flexibilidad cognitiva y emocional para desarrollar las habilidades sociales y la resiliencia necesarias para afrontar el estrés (Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, 2014).

En cuanto a la medición de la mejora de la calidad de vida de personas diagnosticadas con FPI que son visitados en sus domicilios por enfermeras y fisioterapeutas que han realizado el programa de formación en Mindfulness, los resultados parecen indicar que un 45% del total de pacientes mejoran su percepción de calidad de vida a nivel emocional, al obtener una mejoría en la dimensión psicológica del cuestionario abreviado del hospital King's College para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (K-BILD). Del resto de pacientes, un 15% parece mantener su percepción de calidad de vida, mientras que un 40 % empeoran. Analizando los resultados en función del sexo, edad y el tiempo que los pacientes llevan en tratamiento farmacológico específico para la FPI, parece que los resultados obtenidos no están influenciados por ninguna de estas variables. Esto podría refutar la hipótesis de la importancia de incluir la formación en la práctica del mindfulness, tanto en el currículum como en la práctica profesional de los sanitarios, no sólo por el bien que les reporta a ellos mismo, sino también por el beneficio indirecto que tiene sobre los pacientes a los que prestan servicio (Barceló-Solera et al., 2018). No obstante, los profesionales asistenciales realizan otras intervenciones destinadas a ofrecer un acompañamiento y soporte emocional a los pacientes diagnosticados de FPI, tales como la escucha activa, el entrenamiento en

estrategias de afrontamiento y comunicación empática entre otros, por lo que no se puede afirmar que la mejora y el mantenimiento de la calidad de vida percibida de los pacientes se deba exclusivamente al impacto de la formación en Mindfulness que han recibido los profesionales asistenciales. Un posible estudio derivado de las consecuencias de éste que se presenta sería el crear un programa de formación en mindfulness para pacientes con FPI y ver el impacto que produce tanto en su salud física como emocional.

De los resultados obtenidos llama la atención que algunos profesionales hayan obtenido puntuaciones peores en la atención plena y en la resiliencia tras el programa de formación. Una explicación de estos resultados podría ser que la formación les hubiese ayudado a ser más conscientes de sus limitaciones con relación a estas competencias y, en consecuencia, contestasen de forma más honesta y precisa en las medidas postest. Otra variable que puede haber influenciado en estos resultados es la actitud previa de apertura de los profesionales hacia la práctica del mindfulness y la introspección. Durante el programa de formación algunos profesionales manifestaron sentirse peor física y emocionalmente tras la práctica del mindfulness, por lo que su actitud era de rechazo a interiorizar los aprendizajes; así mismo, había algunos profesionales que ya conocían de forma teórica y práctica la meditación y mostraban una actitud de querer profundizar en el tema adaptando los contenidos a su práctica profesional, mientras que otros ya habían realizado un proceso de psicoterapia por propia iniciativa en el pasado y tenían interiorizado la práctica de la introspección.

La importancia de tener presente la actitud y experiencia previa de los aprendices a la hora de diseñar y llevar a la práctica cualquier experiencia de aprendizaje, queda reflejada en los 7 principios del aprendizaje eficaz postulados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, 2010). En este documento se defiende cómo el modelo socio-constructivista y colaborativo es el más eficiente para conseguir un aprendizaje significativo, así como la importancia de favorecer las emociones positivas durante el proceso del aprendizaje, ya que estas lo estimulan, mientras que las emociones negativas lo pueden interrumpir e incluso borrar tras el evento de aprendizaje. Otro principio fundamental que consideran es el reconocer las diferencias individuales entre los participantes del proceso de aprendizaje, incluyendo su conocimiento previo, ya que éste influye enormemente en la calidad de las habilidades y competencias adquiridas. El programa formativo desarrollado en este estudio no tuvo en cuenta estos aspectos y mantuvo una estructura rígida sin oportunidad de adaptación en base al desarrollo de este, por lo que claramente hay un área de mejora en este ámbito.

Adicionalmente, el equipo de psicólogos especializados en Mindfulness procedentes de la Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte de la Blanquerna (URL) que llevaron a cabo el programa de formación en Mindfulness comentaron que los cursos anteriormente desarrollados por ellos tenían una duración mínima de 8 semanas y que era necesario una práctica de la meditación de 15min durante 15 días para experimentar los beneficios de la práctica de la meditación; así mismo, comentaron que en todo momento la asistencia a estos cursos era voluntaria y por propia iniciativa de los asistentes. Hemos de recordar que, en el caso de este estudio, la asistencia al programa de formación fue obligatoria y la duración del curso fue de tres días; en ningún momento se monitorizó la práctica personal de meditación de los asistentes al curso y puede que los profesionales que llevaron a cabo el programa no tuvieran presente la incorporación de los 7 principios del aprendizaje descritos por la OECD (OECD, 2010), especialmente la adaptación de los contenidos del programa a un grupo de asistentes que estaban obligados a realizar el curso y mostraban resistencias a aceptar los beneficios de la meditación. Por otra parte, sería recomendable que Esteve Teijin, la empresa que organizó dicho programa de formación en Mindfulness revisase sus protocolos de formación continua y evitase obligar la asistencia a formaciones en las que los profesionales no estén previamente motivados para ellos o bien, realizar un trabajo previo colaborativo para que los profesionales vieran los beneficios de dicha formación.

Otro aspecto que llama la atención es la diferencia en las puntuaciones obtenidas en la escala de resiliencia entre el personal de enfermería y el personal de fisioterapia; mientras que el primer grupo presenta mejoría tras la formación en Mindfulness, el segundo grupo muestra puntuaciones peores en el postest, por lo que parece que hay algún factor relacionado con la profesión que indicaría que sería necesario adaptar el programa de formación en Mindfulness al perfil profesional de los asistentes al curso. Específicamente, el personal de enfermería tiene incorporado en su currículum formativo y en su práctica profesional, la importancia de realizar una atención integral al paciente, lo que conlleva la evaluación de sus necesidades emocionales y el diseño de planes de actuación para preservar el bienestar emocional de los pacientes; por otra parte, es el colectivo asistencial que permanece 24h a pie de la cama de un paciente hospitalizado hecho que propicia una relación más duradera en el tiempo con el paciente y sus familiares, mientras que los fisioterapeutas suelen realizar intervenciones puntuales en un tiempo concreto y limitado. Esto podría indicar que las experiencias previas del personal de enfermería en cuanto a la importancia de la introspección y del bienestar emocional podrían ser diferentes a la del colectivo de Fisioterapia y tal y como hemos comentado anteriormente, la experiencia previa es uno de los

principios fundamentales del aprendizaje que es necesario tener en cuenta a la hora de diseñar un programa de formación (OECD, 2010). No obstante, sería necesario realizar un estudio con una muestra más representativa para asegurar que las necesidades formativas en temas de Mindfulness difieren según la formación profesional de los asistentes a dicha formación.

En conclusión, los resultados de este estudio parecen demostrar que el programa de formación en Mindfulness realizado ha tenido un impacto positivo en algunos profesionales asistenciales de EsteveTeijin que atienden a pacientes con FPI, así como en algunos de estos pacientes al mejorar o mantener su calidad de vida percibida relacionada con su estado emocional, no obstante, sería necesario realizar más estudios teniendo en cuenta las variables anteriormente expuestas antes de asegurar que una formación Mindfulness mejorará la capacidad de atención plena y la resiliencia en el personal de enfermería y fisioterapia que proporcionan atención domiciliaria a pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) y de forma indirecta a estos pacientes.

Referencias bibliográficas

- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27–45. Available through: <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Barceló-Solera, A., Monreal-Bartolomé, A., Navarro-Gila, M., Beltran-Ruiza, M. & García-Campayoa, J. (2018). Mindfulness aplicado a la atención primaria. *Formación Médica Continuada*, 25 (10), 564-73.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11 (3), 230-241. Available through: <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., y Botella, C. (2012). Psychometric properties of Spanish validation of the five facets of Mindfulness questionnaire (FFMQ). *The European journal of psychiatry*, 26 (2), 118-126.

- Cebrià-Andreu, J. (2005). Comentario: el síndrome de desgaste profesional como problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 19 (6), 470.
- Cuba-Fuentes, M., Contreras Samamé, J., Ravello Ríos, P., Castillo Narro, M. & Coayla Flores, S. (2016). La medicina centrada en el paciente como método clínico. *Revista Médica Herediana*, 27 (1), 50-59.
- Didonna, F. (2011). *Manual Clínico de Mindfulness*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Grady, P.A. & Gough, L. L. (2015). El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37 (3), 187–194.
- Lindell, K.O., Nourai, M., Klesen, M.J., Klein, S., Gibson K.F., Kass, D.J. & Rosenzweig, M.Q. (2018). Randomised clinical trial of an early palliative care intervention (SUPPORT) for patients with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) and their caregivers: protocol and key design considerations. *BMJ Open Respiratory Research*, 5 (1).
- Malpass, A., Kessler, D., Sharp, D., & Shaw, A. (2015). MBCT for Patients with Respiratory Conditions Who Experience Anxiety and Depression: A Qualitative Study. *Mindfulness* 6, 1181–1191. Available through: <https://doi.org/10.1007/s12671-014-0370-7>
- Mantzios, M. & Egan, H. (2016). Mindfulness training may enhance the psychological well-being of people with Cystic Fibrosis. *Mindfulness*, 7 (3), 781–784. Available through: <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0462-z>
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, (2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, (2014). *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/estrategiaPromocionyPrevencion.htm>

- Miró, M.T. (2006). La atención plena (mindfulness) como intervención clínica para aliviar el sufrimiento y mejorar la convivencia. *Revista de psicoterapia*, XVII (66-67), 31-76.
- Moor, C., Wijsenbeek, M., Balestro, E., Biondini, D., Bondue, B., Cottin, V., Flewett, R., Galvin, L., Jones, S., Molina-Molina, M., Planas-Cerezales, L., Prasse, A., Prosch, H., Russell, A., Viegas, M., Wanke, G., Wuyts, W., Kreuter, M. & Bonella, F. (2019). Gaps in care of patients living with pulmonary fibrosis: a joint patient and expert statement on the results of a Europe-wide survey. *ERJ Open Res*, 5 (4), 00124-2019.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) (2010). *The Nature of Learning: Using Research to Inspire Practice*. Paris: OECD Publishing.
- Patel AS, Siegert RJ, Brignall K, Gordon P, Steer S, Desai SR, Maher TM, Renzoni EA, Wells AU, Higginson IJ, Biring SS. (2012). The development and validation of the King's Brief Interstitial Lung Disease (K-BILD) health status questionnaire. *Thorax*, 67 (9), 804-10.
- Pérez, A.M. & Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, XVII (66-67), 77-120.
- Ramos, N., Recondo, O, y Henríquez, H. (2012). *Practica la Inteligencia Emocional Plena: la gestión eficaz de las emociones a través de mindfulness*. Barcelona: Ed Kairós.
- Sgalla, G., Cerri, S., Ferrari, R., Ricchieri, M.P., Poletti, S. Ori, M., Garuti, M., Montanari, G. Luppi, F., Petropulacos, K., Richeldi, L. (2015). Mindfulness based stress reduction in patients with interstitial lung diseases: a pilot, single centre observational study on safety and efficacy. *BMJ Open Respiratory Research*, 10; 2 (1): e000065. Available through: <https://doi:10.1136/bmjresp-2014-000065>
- Simón, V. & Germer, C.K. (2011). *Aprender a practicar mindfulness*. Barcelona: Sello Editorial.
- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), (2012). *Guía para Pacientes con Fibrosis Pulmonar Idiopática*. Barcelona: Respira. Disponible en: https://issuu.com/separ/docs/gu_a_para_pacientes_con_fpi?mode=window&backgroundColor=%23222222

- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.

- World Health Organization Regional Office for Europe, (2005). *Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference*. Copenhagen: publications of the WHO Regional Office. Available through:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf