



TÍTULO

**IMPACTO DE UN PROGRAMA MBSR (MINDFULNESS-BASED
STRESS REDUCTION) SOBRE EL BURNOUT DE LOS
PEDIATRAS DE UN HOSPITAL PERIFÉRICO DE MADRID**

AUTORA

Soraya Muñoz Pérez

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2019

Tutor	Dr. Olaf Neth
Curso	<i>Máster Universitario en Urgencias y Emergencias Pediátricas (2018/19)</i>
©	Soraya Muñoz Pérez
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2019



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

TÍTULO:

IMPACTO DE UN PROGRAMA MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) SOBRE EL BURNOUT DE LOS PEDIATRAS DE UN HOSPITAL PERIFÉRICO DE MADRID.

Investigador principal: Soraya Muñoz Pérez

Trabajo fin de Máster de Urgencias y Emergencias Pediátricas 18/19.

Universidad Internacional de Andalucía.

Protocolo de proyecto de investigación.

ÍNDICE:

1.	RESUMEN.	3
2.	ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.	4
3.	OBJETIVOS.	8
4.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.	8
5.	METODOLOGÍA.	9
6.	PLAN DE TRABAJO.	13
7.	CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO. CRONOGRAMA.	15
8.	EXPERIENCIA DEL EQUIPO	15
9.	APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS.	16
10.	MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.	16
11.	PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DE GASTOS.	17
12.	ANEXOS.	18

1. RESUMEN.

El síndrome de desgaste profesional (SDP) o burnout es un trastorno adaptativo crónico que condiciona alteraciones importantes en la conducta laboral. Es frecuente entre profesionales cuyas tareas implican el cuidado de otras personas. Se define por agotamiento emocional, despersonalización, sensación de ineficacia y falta de logro en el trabajo.

La meditación de atención plena o mindfulness ha demostrado ser eficaz para el manejo del estrés y de la ansiedad tanto en la población general como en diversas enfermedades, cáncer, fibromialgia, colon irritable, dolor crónico, psoriasis, anorexia-bulimia.

Nuestro objetivo es analizar el efecto de un programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) según la metodología desarrollada por el Dr. Kabat-Zinn en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, sobre el burnout de un grupo de pediatras de un hospital periférico de Madrid.

Objetivo: Generales: Determinar en un servicio pediatría el grado de desgaste profesional de los pediatras que lo componen y el grado de satisfacción de usuarios de urgencias. Específicos: evaluar si la implantación de un programa de reducción de estrés basado en mindfulness mejora el burnout de los profesionales y, si ello, da lugar a un aumento del grado de satisfacción de los usuarios.

Método: Estudio descriptivo prospectivo longitudinal.

Población: pediatras y usuarios (acompañantes de los pacientes pediátricos) del servicio de urgencias de un hospital público de gestión privada de la periferia de Madrid.

Duración: 12 meses. Los cuestionarios serán realizados por pediatras y padres de pacientes del servicio de urgencias antes de iniciar el programa MBSR, tras su finalización a las 8 semanas y a los 3 meses. Las fechas de inicio y fin del estudio deben coincidir con épocas donde exista aproximadamente la misma carga asistencial en el servicio de urgencias (evitar periodo estival) para así no falsear resultados.

Relevancia: el síndrome de desgaste profesional de los médicos es un tema cada vez más popular. Dependiendo de cómo lo definan y midan los investigadores la prevalencia varía del 0-80%. La especialidad de urgencias y emergencias aparece a menudo como una especialidad con niveles altos de burnout entre sus trabajadores. Se habla del impacto negativo de dicho síndrome sobre los médicos (esfera personal y profesional) pero faltan investigaciones acerca de cómo este desgaste profesional influye sobre pacientes, familias de pacientes y resultados clínicos objetivos.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Palabras clave: *burnout, mindfulness, médicos, pediatría, urgencias, prevalencia*

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.

La OMS determina como urgencia "la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia".

De esta forma se crearon los servicios de urgencias pediátricas de los hospitales, para mejorar la asistencia de aquellos cuadros que, por su gravedad, necesitasen de un auxilio médico inaplazable. Con el paso del tiempo han sido malinterpretados socialmente. Su fácil acceso y el hecho de estar dotados de alta tecnología, capaz de solventar de inmediato cualquier problema médico o encaminarlo hacia una posible solución, ha favorecido su uso indiscriminado. De hecho se ha producido un gran incremento de la presión asistencial en los últimos años a pesar de haber disminuido la natalidad y la prevalencia de los procesos graves.

Esto da lugar, por un lado, a la aparición de deficiencias estructurales y/o funcionales y, por otro, a un aumento de presión sobre los profesionales que trabajan en urgencias; incidiendo ambas de forma negativa en el proceso asistencial.

Esta presión es mayor aún en hospitales sin residentes y de gestión privada, donde cada año, le exigen al profesional de la salud alcanzar unos objetivos (minimizar tiempo de espera en urgencias, los pacientes derivados a otros hospitales, la duración de los ingresos, etc).

Con ello, tenemos a gran cantidad de especialistas médicos afectados de SDP o burnout el cual es un trastorno adaptativo crónico asociado a un afrontamiento inadecuado de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de quien lo padece y disminuye la calidad asistencial. Aparece en aquellos profesionales que mantienen “una ayuda” constante y directa a otras personas y se define por agotamiento emocional, despersonalización (indiferencia e insensibilidad a ciertos aspectos del trabajo), sensación de ineficacia y falta de logro en el trabajo. Se describen factores predisponentes de carácter personal como poca experiencia, disponer de menos estrategias de afrontamiento al estrés, motivación muy elevada, exagerado sentido de la responsabilidad e idealización del trabajo. ⁽¹⁰⁾

Mindfulness es el término inglés con el que se ha traducido de los textos budistas el concepto de conciencia plena o atención plena. La meditación de atención plena ha demostrado ser eficaz en el manejo del estrés y de la ansiedad tanto en la población general como en diversas enfermedades como cáncer, fibromialgia, colon irritable, dolor crónico, psoriasis, trastornos de la conducta alimentaria. Se ha comprobado que provoca cambios objetivos en la activación cerebral, en la respuesta del sistema inmune y en la estructura y función del cerebro implicado en los procesos de memoria, aprendizaje y emociones.

En 1979 Jon Kabat-Zinn, biólogo molecular del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts, inició un programa de reducción del estrés para trabajadores y estudiantes del hospital adaptando las técnicas meditativas budistas al entorno occidental, despojando a estas prácticas de cualquier reminiscencia religiosa. Según la definición de Kabat-Zinn, mindfulness es prestar atención de forma intencionada a lo que ocurre en el presente, momento a momento, sin juicios y con aceptación de la experiencia.

Tras las primeras intervenciones, comenzó una potente corriente investigadora y actualmente los efectos de la práctica del mindfulness han sido avalados por numerosos estudios científicos.

BIBLIOGRAFIA:

El interés científico por Mindfulness ha ido creciendo de manera exponencial tal como lo atestiguan el número de publicaciones existente sobre el tema. De hecho si se introduce la palabra Mindfulness en el portal Pubmed dentro del período comprendido entre el año 2000 y 2008 se obtienen un total de 285 artículos científicos. Pero si luego se limita la búsqueda entre el año 2008 y el 2018 los resultados nos dan un total de más de 3000 artículos publicados.

Esto demuestra fielmente como ha adquirido a lo largo de los años una importancia alta en el área de la investigación.

Existen varios de estudios, algunos de gran difusión, sobre los efectos de la aplicación del MSBR a enfermos, estudiantes de medicina y personal sanitario (en especial, médicos de atención primaria (AP) y enfermeras). No hay ningún estudio realizado solo en pediatras ⁽³⁾ ⁽⁷⁾.

Entre ellos destacan: el estudio de Krasner y col. publicado en JAMA en 2009 donde analiza el papel de mindfulness sobre el burnout, la empatía y las actitudes de un grupo de médicos de AP⁽¹⁾.

En 2010 Martín Asuero y col. publicaron una experiencia española sobre la aplicación de mindfulness en profesionales sanitarios. Recientemente, el Dr. Pedrajas Navas, médico internista, ha publicado un exhaustivo trabajo de revisión bibliográfica de la investigación realizada en los últimos 14 años sobre la aplicación de técnicas de mindfulness en el personal sanitario ⁽²⁾ ⁽⁸⁾.

La búsqueda bibliográfica se realizó empleando los términos: burnout, mindfulness, médicos, pediatría, urgencias, prevalencia, tanto en español como en inglés; a través de la biblioteca virtual del sistema sanitario público extremeño (Saludteca), empleando varios buscadores: Pubmed, Uptodate, Medline, Trialsgov.

Bibliografía más relevante utilizada:

1. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, QuillTE. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA. 2009 Sep23;302(12):1284-93.
2. Martín-Asuero A, García-Banda G. The Mindfulness-based Stress Reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. Span J Psychol. 2010 Nov;13(2):897-905.
3. Franco Justo C. Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique. Aten Primaria. 2010 Nov;42(11):564-70.
4. Pérula-de Torres et al. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and selfcompassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and

- nurses: MINDUDD study protocol. BMC Family Practice. 2019. 20(1).24.
5. Shapiro S, Schwartz GE, Bonner G. Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. J Behav Med.1998;21:581-99.
 6. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness- Based Stress Reduction for health care professionals: results from a randomized trial. Int J Stress Manag.2005;12: 164-76.
 7. Oro P, Esquerda M, Viñas-Salas J, Soler-González J, Pifarré J. Mindfulness en estudiantes de medicina. FEM.2015; 18 (5): 305-312
 8. Pedrajas Navas JM. Impacto de las Intervenciones de Meditación Mindfulness sobre el Estrés y el Burnout del Personal Sanitario. [Internet]. 2014 [Recuperado 16 de Octubre de 2016]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/253274260/Mindfulness-y-personal-sanitario-Jose-Maria-Pedrajas-pdf>.
 9. G. Jackson-Koku¹ and P. Grime. Emotion regulation and burnout in doctors: a systematic review. Occupational Medicine.2019;69:9–21
 10. López Franco M, A. Rodríguez Núñez, M. Fernández Sanmartín, S. Marcos Alonso, F. Martínón Torres y J.M.^a Martínón Sánchez. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. An Pediatr (Barc).2005;62(3):248-51
 11. Pérez Tirado L, Hernández Blanco MM, Nogales Cortés MD, Sánchez Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. Rev Calid Asist 2010;25(2):58-63.
 12. Martin M. Physician well being: Physician Burnout. FP Essent. 2018 Aug;471:11-15. PMID30107104
 13. Gil Monte PR. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory- General Survey. Salud pública de México. 2002;44(1):33-40.

3. OBJETIVOS.

- GENERALES:

- Determinar el grado de satisfacción de los familiares de los pacientes en un servicio de urgencias pediátricos.
- Determinar a través del Marlasch Burnout Inventory el grado de cansancio emocional, despersonalización y grado de realización personal de los pediatras del Servicio de Urgencias.

- ESPECÍFICOS:

- Evaluar los efectos sobre el burnout de los profesionales la realización de un programa MSRB de forma inmediata como a medio plazo rellenando el mismo test.
- Evaluar si la mejora del SDP del sanitario se traduce en un aumento del grado de satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias.

4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.

En los últimos tiempos hay un interés y una preocupación crecientes acerca del burnout en el personal sanitario. Inicialmente, solo por interés económico, ya que se ha demostrado que el SDP está relacionado con una menor productividad, mayor rotación laboral y, por tanto aumento de los costes ⁽¹⁰⁾.

Si bien, la reducción del burnout con terapias de tercera generación como el Mindfulness lleva a médicos más satisfechos: ¿conduce a pacientes más satisfechos? ¿Conduce a pacientes más sanos? ¿A menos errores médicos? Esto sigue sin estar claro. ⁽¹⁾

Las prácticas basadas en la atención plena o mindfulness han alcanzado una sólida reputación en las últimas décadas en los países occidentales, especialmente después del desarrollo de la técnica MBSR por Jon Kabat-Zinn en la Universidad de Massachusetts. Desde 2016, en países como EE. UU. al menos el 30% de las escuelas de medicina ya han incluido la atención plena en sus planes de estudio. En España, un programa para reducir el estrés laboral y el SDP tanto en estudiantes de medicina como en profesionales sanitarios sigue siendo raro ⁽⁵⁾.

El argumento para invertir en esfuerzos para mitigar el burnout de los médicos se verá reforzado si los investigadores consiguen demostrar un impacto objetivo sobre la atención del paciente. Así, el tratamiento del burnout sería no sólo un negocio sino un caso centrado en la ética, la salud pública y la seguridad del paciente.

5. METODOLOGÍA.

5.1. HIPÓTESIS

- Una disminución del burnout de los pediatras de un hospital de la periferia de Madrid, tras realización de un programa de MBSR, va a dar lugar a un aumento del grado de satisfacción de los acompañantes de los pacientes pediátricos que acuden al Servicio de Urgencias.
- La hipótesis nula refleja que no existe relación entre la realización de un programa MBSR por parte de los pediatras y una disminución del burnout de los mismos ni un aumento de la satisfacción de usuarios.

5.2. DISEÑO

Se llevará a cabo un estudio descriptivo prospectivo longitudinal.

Consideraciones éticas: Durante la realización del mismo se conservarán los principios recogidos en la Declaración de Helsinki (2008) así como otros requerimientos de regulación local. El proyecto de investigación ha sido aprobado por el comité de ética y de investigación del hospital.

La protección de datos del paciente queda asegurada según la ley orgánica 5/1992, de 29 de octubre de regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal (BOE 1992, nº 262). Las encuestas se realizan de forma anónima. Esta información se almacenará en una base de datos creada para el estudio, disponible para uso exclusivo de los investigadores.

Se aplicará un sistema de codificación para la protección de datos de manera que cada paciente será incluido con un código de estudio asignado al inicio del mismo.

La codificación estará almacenada en un archivo aparte, al alcance únicamente de los investigadores ejecutores y del director del proyecto.

5.3. SUJETOS DE ESTUDIO

Para la recogida de datos sobre el grado de burnout de los pediatras, el grupo constituido para llevar a cabo este estudio ha seleccionado el Maslach Burnout Inventory (MBI) con sus tres subescalas (Anexo 1)⁽¹³⁾:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional.
2. Subescala de despersonalización
3. Subescala de realización personal.

Esta herramienta, traducida al castellano, ha sido validada por Gil Monte.

Las encuestas a los usuarios (Anexo 2)⁽¹¹⁾ se llevarán a cabo en días consecutivos hasta alcanzar el tamaño muestral establecido por el Departamento de Estadística del hospital. Se entregará al tutor/representante legal del paciente a su llegada al servicio de urgencias y se realizará su recogida cuando finalice el proceso asistencial dentro de un sobre opaco.

Para la realización del MBI a los profesionales (Anexo 3)⁽⁴⁾, se seleccionará a médicos facultativos especialistas en pediatría que se encuentren trabajando en el servicio en el momento del estudio.

La recogida tanto cuestionarios de los profesionales como de las encuestas de los usuarios, se realizará de la misma forma al inicio del estudio, a las 8 semanas (tras finalización del MSBR) y a los 6 meses de la finalización del MBSR.

Emplazamiento del estudio: Se realizará en el servicio de urgencias del Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz (Madrid, España), hospital público de gestión privada, sin residentes, con aproximadamente unas 30.000 urgencias/año.

Duración del estudio: El estudio se iniciará el 1 de septiembre de 2019 y finalizará el 31 de Agosto 2020.

Tamaño muestral estimado: El departamento de Estadística estimará mediante un programa informático cual es el número de niños adecuado para este estudio. El tamaño muestral de pediatras es de 18.

Procedimiento: A los acompañantes de los pacientes en edad pediátrica que acudan al servicio de urgencias del hospital, se les informará a su llegada por parte del médico encargado del enfermo, de la posibilidad de participar en el estudio tanto de forma oral como por escrito.

Si aceptan participar en el estudio recibirán la encuesta de satisfacción y con ella un sobre opaco donde la introducirán una vez cumplimentada y la entregaran a su salida del servicio de urgencias al médico que al inicio se la facilitó o en su caso al nuevo médico responsable si se ha producido cambio de personal de turno

Para conseguir un adecuado enmascaramiento, se destinará de forma exclusiva un armario cerrado con llave para el almacenaje de las encuestas.

5.4. RECOGIDA Y ANÁLISIS DE DATOS. VARIABLES.

Recogida de datos: Los datos se recogerán en hojas tipo formulario adscritos a cada participante en el estudio. Los resultados serán volcados en una hoja de cálculo Excel.

Análisis de los datos: El objetivo principal del estudio es conocer el grado de burnout de los pediatras que trabajan en el Servicio de Urgencias y determinar el grado de satisfacción de los padres de los niños que acuden a ellas. Para ello se realizará un análisis de los datos recogidos.

En segundo lugar, para demostrar que la realización de un programa MBSR de 8 semanas por parte de los pediatras de dicho servicio van asociado a una mejora de SDP y a un aumento de la satisfacción de los usuarios; se establecen dos grupos de variables principales, por un lado aquellas relacionadas con los indicadores del estudio y por otro las variables que constan en las encuestas de satisfacción y se medirán tres veces de la misma forma, la primera vez al inicio del estudio, la segunda inmediatamente después de la realización del programa MSBR y la tercera a los 3 meses de la finalización del mismo.

Realizamos estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello usamos frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas, según sigan o no una distribución normal, se resumen mediante media \pm desviación estándar (MD \pm SD) o mediana (P50), rango intercuartílico (P25 – P75) respectivamente.

Se realiza una comparación de los grupos de estudio (por un lado el grupo inicial y por otro el grupo de datos recogido tras la realización del programa MSBR) mediante test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher cuando es necesario para las variables cualitativas. La comparación

de las variables cuantitativas se efectúa mediante la U de Mann-Whitney. Para analizar las variables relacionadas o apareadas se utiliza el test de Wilcoxon o la t de Student para muestras relacionadas (según sigan o no una distribución normal). La significación estadística se establecerá en $p < 0,05$.

El análisis estadístico se realizará con el programa Statistical Package for Social Sciencier (SPSS Inc, Chicago, IL, EEUU) para Windows versión 18.0.

5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- No existe grupo control.
- Grupo a estudiar pequeño.
- No obtendremos resultados a largo plazo.
- La realización del estudio en el servicio de urgencias, con el actual problema de masificación del mismo, puede producir errores o pérdidas en la recogida de datos.
- Pueden ocurrir retiros o pérdidas durante el programa, lo que causaría un sesgo de selección.
- Podemos tener Efecto Hawthorne, por el hecho de que los pediatras saben que están siendo estudiados.
- Los cuestionarios a utilizar están validados para la población española y se rellenarán de forma anónima asignando un código de identificación para que coincidan el cuestionario completado antes y después de la intervención por lo que esperamos que no existan problemas de validez y fiabilidad.

6. PLAN DE TRABAJO.

1ª fase (1 mes): Información.

- Información a los pediatras del servicio de urgencias sobre el inicio del estudio así como las fases a llevar a cabo.
- Se procederá a la creación de una base de datos con las variables del estudio.
- Las encuestas en formato word estarán ubicados en una carpeta titulada “Estudio Burnout y Mindfulness” dentro del sistema informático de la red hospitalaria.

2ª fase (2 meses aproximadamente): Recogida de datos.

- El consentimiento informado se le entregará a aquellos padres/tutores que acepten participar en el estudio tras recibir la información establecida. El médico responsable del paciente, después de la atención al niño, será el encargado de entregar y recoger la encuesta de satisfacción, adjudicar un código a esa encuesta y guardarla en la carpeta y armario destinado a almacenaje de las mismas.
- Por otro lado, mediante una entrevista de unos 30 a 45 minutos se les explica a los pediatras del servicio en qué consiste el programa. Además se les pregunta acerca de sus expectativas, conocimiento del tema, práctica meditativa previa y compromiso de asistencia a las sesiones y con las tareas a realizar en casa durante el programa. Se le entregará también el consentimiento informado a los 18 pediatras que conforman el servicio y rellenaran al Maslach Burnout Inventory, cuestionario de 22 ítems que mide cansancio emocional, despersonalización, y grado de realización personal.
- De forma semanal, será el investigador principal el encargado de introducir la información acumulada en el documento Excel y revisar la documentación recogida hasta el momento.

3ª fase (2 meses): Realización de programa MSBR de 8 semanas (Anexo 3).

Resumen del programa ⁽⁴⁾.

Una sesión semanal de dos horas y media de duración durante ocho semanas donde se instruye a los participantes sobre los conceptos más importantes de mindfulness, actitudes, cualidades; se despejan dudas, etc.

En cada sesión se trabajan temas específicos relevantes como: conciencia del cuerpo, reactividad al estrés y se ofrece entrenamiento en prácticas de meditación con atención plena. Prácticas formales: exploración corporal, meditación centrada en la respiración, meditación con ejercicios suaves de yoga, meditación caminando, meditación de compasión, meditación... Prácticas informales: atención plena en la vida cotidiana, comidas, aseo, tareas domésticas, conduciendo, en el supermercado, etc. Tras la sesión semanal, el participante dedicará entre 30 y 45 minutos al día, 6 días a la semana, a la práctica formal de la meditación: exploración corporal, meditación de la respiración o meditación con ejercicios de yoga.

Asimismo, se asignan tareas de práctica informal, prestando atención a experiencias agradables, desagradables, reactividad ante situaciones estresantes y comunicación interpersonal.

Se pide a los participantes que registren todo ello en un diario para comentar lo sucedido durante la semana en la sesión presencial de la semana siguiente.

4ª fase (4 meses): reevaluación y recogida de datos II.

Tras la realización del programa y a los tres meses de finalizado, los pediatras vuelven a responder al cuestionario para comprobar tanto los efectos inmediatos del entrenamiento como de un seguimiento a los tres meses.

Del segundo al tercer mes tras haber realizado el MBSR se le vuelve a pasar a los usuarios de urgencias el cuestionario de satisfacción con la dinámica anteriormente detallada.

5ª fase (2 meses): análisis estadístico.

El servicio de estadística del centro, tras comprobar que la base de datos está completa, se encargará del análisis estadístico de los datos. Dicha fase se estima una duración de un mes.

6ª fase (1 mes): análisis de resultados e informe final del mismo.

Se llevará a cabo la difusión de los resultados obtenidos mediante su publicación a través de revistas científicas y presentación en congresos tanto nacionales como internacionales. Se elegirán como revistas principales: Pediatrics, Pediatric Emergency Care y Anales de Pediatría, dado su factor de impacto.

7. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO. CRONOGRAMA.

FASE	ACTIVIDAD	2019				2020								
		Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	
Fase 1	Información	S1 S2 S3 S4												
Fase 2	Recogida de datos:													
	Encuesta satisfacción padres/tutores de niños que acuden al SU													
	Los pediatras realizan del Maelach Burnout Inventory (MBI)													
Fase 3	Programa MSBR													
	Programa MSBR de 8 semanas para pediatras del hospital													
	Al finalizar rellenarán de nuevo el MBI													
Fase 4	Reevaluación:													
	Recogida de encuesta de satisfacción a los padres/tutores que acuden al SU.													
	A los 3 meses de finalizar el MSBR los pediatras vuelven a rellenar el MBI.													
Fase 5	Análisis estadístico													
Fase 6	Resultados del estudio:													
	Informe final													
	Difusión													

8. EXPERIENCIA DEL EQUIPO.

Investigador principal: Soraya Muñoz Pérez. Licenciado en Medicina por la Universidad de Sevilla. Facultativo especialista de pediatría y sus áreas específicas. Participación como colaboradora en el estudio “Prevención de la hipoglucemia con sistema integrado y suspensión predictiva antes de hipoglucemia” presentado en el 40 Congreso de la Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica.

Para la realización de este proyecto se ha creado un equipo multidisciplinar con el fin de optimizar su realización y resultados.

9. APLICABILIDAD Y UTILIDAD PRÁCTICA DE LOS RESULTADOS.

La propuesta de intervención presentada pretende incidir sobre la calidad de vida y profesional de las personas con responsabilidad en la salud de la población.

Los profesionales de la salud necesitan desarrollar la introspección, habilidad que consiste en poder darse cuenta de los pensamientos y sentimientos que nos produce el paciente y de cómo nuestra conducta se ve, a menudo, afectada por ellos. Existen estudios en profesionales sanitarios que confirman que las técnicas de meditación sirven para mejorar el afrontamiento ante el estrés y la empatía. Es especialmente interesante observar el hecho de que “estar atento” disminuye la tendencia a cargar con las emociones negativas de otros.

Recientes estudios confirman que las técnicas de atención plena serían eficaces para el tratamiento del burnout y para mejorar cualidades esenciales de la comunicación con el paciente como es la empatía. Pero mindfulness no sólo mejora el funcionamiento y la calidad de vida del profesional sanitario, sino que consigue mejorar el pronóstico de los enfermos en aspectos evaluados por el profesional (impresión clínica global) o por el propio paciente (ansiedad, somatización, ira/ hostilidad, fobias y obsesividad).

Así mismo, sería muy recomendable la oferta de la práctica del mindfulness dentro de los sistemas de formación tanto de profesionales sanitarios.

10. MEDIOS DISPONIBLES PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO.

Para la realización del proyecto disponemos de recursos en el centro donde se va a llevar a cabo el mismo.

- Material inventariable: ordenadores disponibles en el servicio de urgencias, el sistema informático (FLORENCE) existente ya en el hospital (utilizado para la creación de archivos, documentos).
- Sala de sesiones: puede ser utilizada tanto para la explicación del proyecto a los demás compañeros por existir en ella una televisión con proyector como para la realización

de las prácticas del programa MSBR, dado que es amplia y alejada del bullicio hospitalario.

- Personal: contamos con todo el equipo de pediatras del hospital que desempeñan gran parte de su función en el servicio de urgencias, no requiriendo para ellos un aumento del personal. Se contará con la colaboración del servicio de informática (CAU) además de la participación del departamento de estadística del hospital no teniendo que contratar a un estadístico externo.

11. PRESUPUESTO Y JUSTIFICACIÓN DE GASTOS.

- Para la realización del proyecto será necesario contar con materiales con el objetivo de poder mantener su soporte informático y la apropiada difusión de los datos obtenidos. Para llevar a cabo el estudio se ha establecido un presupuesto total de 3400 euros, desglosado de la siguiente forma:
- Programa MSBR para 18 pediatras: precio del curso de 8 sesiones por persona: 200 euros. Al ser un grupo numeroso, nos harían un pequeño descuento (ya que el instructor se tendría que desplazar a nuestro hospital, situado a 25 km de Madrid centro) quedándose en 150 euros por persona. Presupuesto total: 2700 euros
- Material fungible de oficina: folios, fotocopias, subrayadores, bolígrafos. Presupuesto: 100 euros
- Viaje, dieta e inscripción a un congreso nacional para permitir la difusión de los resultados: Presupuesto 600 euros.
- Se ha solicitado la beca de Investigación a la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla la Mancha. Por el momento, la concesión de la ayuda se supedita a la presentación de la autorización del estudio por el Comité de Ética de la Investigación.

12. ANEXOS.

ANEXO 1. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)⁽¹³⁾.

Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%. Validada al español por Gil Monte. Está constituida por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus pacientes. Su función es medir el desgaste profesional (la intensidad y la frecuencia con la que se sufre el Burnout).

El cuestionario de Maslach se realiza en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

- Subescala de agotamiento o cansancio emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20). Puntuación máxima 54.
- Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y de distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.
- Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

RANGOS DE MEDIDA DE LA ESCALA:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes

4 = Una vez a la semana

5 = Unas pocas veces a la semana

6 = Todos los días.

CÁLCULO DE PUNTUACIONES

Se suman las respuestas dadas los ítems que se señalan:

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total obtenido	Indicios de Burnout
Cansancio emocional	1-2-3-6-8-13-14-16-20		Más de 26
Despersonalización	5-10-11-15-22		Más de 9
Realización personal	4-7-9-12-17-18-19-21		Menos de 34

VALORACIÓN DE PUNTUACIONES

Altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera defienden el Síndrome de Burnout. Hay que analizar de manera detallada los distintos aspectos para determinar el Grado de Síndrome de Burnout que puede ser más o menos severo dependiendo si los indicios aparecen en uno, dos o tres ámbitos; y de la mayor o menor diferencia de los resultados con respecto a los valores de referencia que marcan los indicios del síndrome.

CUESTIONARIO BURNOUT

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con la que siente los enunciados:

0 = Nunca; 1 = Pocas veces al año; 2 = Una vez al mes o menos; 3 = Unas pocas veces al mes; 4 = Una vez a la semana; 5 = Unas pocas veces a la semana; 6 = Todos los días.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	

7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de su problemas	

ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA PADRES/TUTORES DE NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS ⁽¹¹⁾

Número control	
Edad	
Sexo	
Población	
Motivo de consulta	
Hora de llegada	
Hora de primera asistencia	
Tiempo total de permanencia en urgencias	
Teléfono de contacto	

A. Características sociodemográficas y asistenciales del paciente.

1. Edad	Años			
2. Sexo	Varón		Mujer	
3. Estudios	No	Primarios	Bachiller	Universitarios
4. Ocupación	Jubilado	En paro	Trabajando	Estudiando
5. Parentesco con el paciente				

B. Tipo de asistencia percibida por el familiar.

6. ¿Cómo valora las facilidades que le dieron para estar junto al niño/a?				
Excelentes	Muy buenas	Buenas	Regulares	Malas
7. ¿Pudo estar con su hijo siempre que quiso?				
La mayoría de las veces	A veces		Nunca	
8. ¿Se identificaron el médico y la enfermera que atendieron a su hijo?				
Sí		No		
9. Durante el transcurso de la atención ¿le informaron sobre el resultado de las pruebas?				
La mayoría de las veces	A veces		Nunca	
10. ¿Ha podido usted hablar con el médico sobre la situación del niño cuando lo ha solicitado?				
La mayoría de las veces	A veces		Nunca	
11. Al alta ¿le informaron sobre los síntomas que debía vigilar y los cuidados en el domicilio?				
Sí		No		

C. Valoración de la información recibida, trato humano y entorno medioambiental.

12. ¿Tiene la impresión de que los médicos y las enfermeras han escuchado con atención las explicaciones de lo que le pasaba a su hijo/a?				
La mayoría de las veces	A veces		Nunca	
13. ¿La información recibida fue en un lenguaje que pudiera comprender?				
La mayoría de las veces	A veces		Nunca	
14. ¿Cómo valora la amabilidad y el respeto con que lo ha tratado el personal de urgencias?				
Excelentes	Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos
15. ¿Cómo valora la atención que ha recibido su hijo?				
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
16. ¿Cómo valora las instalaciones y juguetes para las actividades de juego y entretenimiento?				
Excelentes	Muy buenos	Buenos	Regulares	Malos
17. ¿Cómo calificaría el grado de limpieza?				
Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
18. ¿Cómo valora la comodidad de la sala de espera?				
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

D. Valoración de los tiempos de espera.

19. ¿Cuánto tiempo permaneció en total en urgencias? (Apreciación subjetiva del familiar)				
20. En su opinión ¿Ha estado su familiar en urgencias el tiempo necesario?				
Sí		No		
21. En su opinión ¿Cree que podría haberse actuado más rápido?				
Sí		No		

E. Valoración global

22. ¿Cómo calificaría la gravedad de su hijo/a a su llegada a urgencias?	Leve	Grave	Muy grave
23. ¿Se solucionó el problema de salud de su hijo/a?	Sí	No	
24. ¿Está usted satisfecho con la atención en urgencias?	Mucho	Poco	Nada
25. Y para terminar, ¿qué nota del 0 al 10 pondría a esta urgencia?			

ANEXO 3. PROGRAMA MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) ⁽⁴⁾.

SESIONES	TEMAS	PRÁCTICA FORMAL	PRÁCTICA INFORMAL	TAREA
1ª	Ejercicio de pasas. ¿Qué es la atención plena?	Exploración del cuerpo.	Cepillado.	30' exploración corporal.
2ª	Estrés y agotamiento.	Respiración consciente (sentado). Atención plena 3'.	Ducha consciente, 3'.	30' exploración corporal + 10' sentado.
3ª	Postura. Ser frente a hacer. Gestionando pensamientos y emociones.	Yoga (meditación de pie).	Lavar los platos, 3'.	Alternancia de exploración corporal o yoga + 15' sentado.
4ª	Atención. El sufrimiento primario y secundario.	Yoga (meditación sentada).	Hacer la cama, 3'	Alternancia de exploración corporal o yoga + 15' sentado
5ª	Gestión del tiempo. Resolución del problema.	La meditación caminando.	El primer bocado.	Yoga alternando con 30' sentado. Empieza a caminar meditando.
6ª	Amor incondicional (<u>metta</u>). Compasión.	<u>Metta</u> para uno mismo y para los demás.	Carta de agradecimiento.	Yoga alternando con 30' sentado + caminando. Meditación.
7ª	Psicología POSITIVA. Valores.	Un gesto compasivo, lugar seguro. El funeral	3 cosas positivas, 3'.	Método de elección, 45'.
8ª	Comentarios del curso.	Repasar las prácticas del curso.	Incorporando la atención plena en la vida cotidiana.	Evaluación del curso y cuestionario de satisfacción.