

Serie: Mindfulness in Clinical Psychology, I
Serie: Mindfulness en Psicología Clínica, I

- | | | |
|---|-------|--|
| Jens C. Thimm | 3-17 | Relationships between Early Maladaptive Schemas, Mindfulness, Self-compassion, and Psychological Distress. |
| Anissia Brown
Rodrigo Becerra | 19-37 | Mindfulness for Neuropathic Pain: A Case Study. |
| Héctor Enríquez
Natalia Ramos
Oscar Esparza | 39-48 | Impact of the Mindful Emotional Intelligence Program on Emotional Regulation in College Student. |
| Miguel Quintana
Héctor González Ordi
Rafael Jódar Anchia | 49-56 | <i>Mindfulness</i> , personalidad y sugestionabilidad: estudio correlacional exploratorio. [<i>Mindfulness, Personality and Suggestibility: A Correlational Study.</i>] |
| Luis Manuel Blanco Donoso
Carlos García Rubio
Bernardo Moreno Jiménez
María Luisa R. de la Pinta
Santiago Moraleda Aldea
Eva Garrosa Hernández | 57-73 | Intervención breve basada en ACT y <i>mindfulness</i> : estudio piloto con profesionales de Enfermería en UCI y Urgencias. [<i>Brief Intervention Based on ACT and Mindfulness: Pilot Study with Nursing Staff in Intensive Care Unit and Emergency Services.</i>] |

Research Articles // Artículos de investigación

- | | | |
|--|---------|---|
| Raquel Úbeda
Pilar Tomás
Carmen Dasí
Juan Carlos Ruiz
Inmaculada Fuentes | 77-86 | Forma abreviada de la WAIS-IV: estudio piloto en pacientes con esquizofrenia. [<i>WAIS-IV Short Form: A Pilot Study with Schizophrenia Patients.</i>] |
| Bartolomé Marín Romero
Jesús Gil Roales-Nieto
Emilio Moreno San Pedro | 87-95 | Variabes relacionadas con el éxito en el autoabandono del tabaquismo. [<i>Variables Related to Success in Smoking Self-quitting.</i>] |
| Francisco J. Ruiz
M ^a Belén García Martín
Juan C. Suárez Falcón
Paula Odriozola González | 97-105 | The Hierarchical Factor Structure of the Spanish Version of Depression Anxiety and Stress Scale -21. |
| Zaida Hinojo Abujas
Vicente Pérez Fernández
Andrés García García | 107-118 | The Formation of Equivalence Classes in Adults without Training in Negative Relations between Members of Different Classes. |

Discussion and Review Articles // Artículos teóricos y de revisión

- | | | |
|---|---------|--|
| Pedro M. Ogallar
Manuel M. Ramos Álvarez
José A. Alcalá
María M. Moreno Fernández
Juan M. Rosas | 121-136 | Attentional Perspectives on Context-dependence of Information Retrieval. |
|---|---------|--|

Notes and Editorial Information // Avisos e información editorial

- | | | |
|------------------|---------|--|
| Editorial Office | 139-142 | Normas de publicación- <i>Instructions to authors.</i> |
| Editorial Office | 143 | Cobertura e indexación. [<i>Abstracting and Indexing.</i>] |

IJP&PT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

EDITOR

Miguel Rodríguez Valverde
Universidad de Jaén, España

REVIEWING EDITORS

Mónica Hernández López
Universidad de Jaén
España

Francisco Ruiz Jiménez
Fundación Universitaria Konrad Lorenz
Colombia

ASSOCIATE EDITORS

Dermot Barnes-Holmes
Universiteit Gent
Belgium

J. Francisco Morales
UNED-Madrid
España

Mauricio Papini
Christian Texas University
USA

Miguel Ángel Vallejo Pareja
UNED-Madrid
España

Kelly Wilson
University of Mississippi
USA

ASSISTANT EDITORS

Adolfo J. Cangas Díaz
Emilio Moreno San Pedro

Universidad de Almería, España
Universidad de Huelva, España

MANAGING EDITOR

Francisco J. Molina Cobos Universidad de Almería, España

EDITORIAL OFFICE/SECRETARÍA DE EDICIÓN

Adrián Barbero Rubio
Universidad de Almería, España

IJP&PT

INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHOLOGY & PSYCHOLOGICAL THERAPY

Editor: Miguel Rodríguez Valverde, *Universidad de Jaén, España*
Senior Editor: Santiago Benjumea, *Universidad de Sevilla, España*

Reviewing Editors

Mónica Hernández López, *Universidad de Jaén, España*
Francisco Ruiz Jiménez, *Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Colombia*

Assistant Editors

Adolfo J. Cangas Díaz, *Universidad de Almería, España*
Emilio Moreno San Pedro, *Universidad de Huelva, España*

Associate Editors

Dermot Barnes-Holmes, *Universitéit Gent, Belgique-België*
Francisco Morales, *UNED, Madrid, España*
Mauricio Papini, *Christian Texas University, USA*
Miguel Ángel Vallejo Pareja, *UNED, Madrid, España*
Kelly Wilson, *University of Mississippi, USA*

Managing Editor

Francisco J. Molina Cobos, *Universidad de Almería, España*

Secretaría de Edición/Editorial Office

Adrián Barbero Rubio *Universidad de Almería, España*

Consejo Editorial/Board of Editors

Yolanda Alonso *Universidad de Almería, España*
Erik Arntzen *University of Oslo, Norway*
Mª José Bágüena Puigcerver *Universidad de Valencia, España*
Yvonne Barnes-Holmes *National University-Maynooth, Ireland*
William M. Baum *University of New Hampshire, USA*
Gualberto Buela Casal *Universidad de Granada, España*
Francisco Cabello Luque *Universidad de Murcia, España*
José Carlos Caracuel Tubío *Universidad de Sevilla, España*
Gonzalo de la Casa *Universidad de Sevilla, España*
Charles Catania *University of Maryland Baltimore County, USA*
Juan Antonio Cruzado *Universidad Complutense, España*
Victoria Díez Chamizo *Universidad de Barcelona, España*
Michael Dougher *University of New Mexico, USA*
Mª Paula Fernández García *Universidad de Oviedo, España*
Perry N Fuchs *University of Texas at Arlington, USA*
Andrés García García *Universidad de Sevilla, España*
José Jesús Gázquez Linares *Universidad de Almería, España*
Inmaculada Gómez Becerra *Universidad de Almería, España*
Luis Gómez Jacinto *Universidad de Málaga, España*
M Victoria Gordillo Álvarez-Valdés *Universidad Complutense, España*
Celso Goyos *Universidade de Sao Paulo, Brasil*
David E. Greenway *University of Southwestern Louisiana, USA*
Patricia Sue Grigson *Pennsylvania State College of Medicine, USA*
Steven C. Hayes *University of Nevada-Reno, USA*
Linda Hayes *University of Nevada-Reno, USA*
Phillip Hine *Temple University, USA*
Per Holth *University of Oslo, Norway*
Robert J. Kohlenberg *University of Washington, Seattle, USA*
Maria Helena Leite Hunzinger *Universidade de Sao Paulo, Brasil*
Julian C. Leslie *University of Ulster at Jordanstown, UK*
Juan Carlos López García *Universidad de Sevilla, España*
Fergus Lowe *University of Wales, Bangor, UK*
Armando Machado *Universidade do Miño, Portugal*
G. Alan Marlatt *University of Washington, Seattle, USA*
Jose Marques *Universidade do Porto, Portugal*
Olga Gutiérrez Martínez *Hospital Universitario de Vigo, España*
Helena Matute *Universidad de Deusto, España*
Ralph R. Miller *State University of New York-Binghamton, USA*
Fernando Molero *UNED, Madrid, España*
Rafael Moreno *Universidad de Sevilla, España*
Ignacio Morgado Bernal *Universidad Autónoma Barcelona, España*
Edward K. Morris *University of Kansas-Lawrence, USA*
Lourdes Munduate *Universidad de Sevilla, España*
Alba Elisabeth Mustaca *Universidad de Buenos Aires, Argentina*
José I. Navarro Guzmán *Universidad de Cádiz, España*
Jordi Obiols *Universidad Autónoma de Barcelona, España*
Sergio M. Pellis *University of Lethbridge, Canada*
Ricardo Pellón *UNED, Madrid, España*
Wenceslao Peñate Castro *Universidad de La Laguna, España*
Víctor Peralta Martín *Hospital V. del Camino, Pamplona, España*
M. Carmen Pérez Fuentes *Universidad de Almería, España*
Marino Pérez Álvarez *Universidad de Oviedo, España*
Juan Preciado *City University of New York, USA*
Emilio Ribes Iniesta *Universidad Veracruzana, México*
Josep Roca i Balasch *INEF de Barcelona, España*
Armando Rodríguez *Universidad de La Laguna, España*
Jesús Rosales Ruiz *University of North Texas, USA*
Juan Manuel Rosas Santos *Universidad de Jaén, España*
Kurt Saltzinger *Hofstra University, USA*
M. Carmen Santisteban *Universidad Complutense, España*
Mark R. Serper *Hofstra University, USA*
Arthur W. Staats *University of Hawaii, USA*
Carmen Torres *Universidad de Jaén, España*
Peter J. Urciuoli *Purdue University, USA*
Sonsoles Valdivia Salas *Universidad de Zaragoza, España*
Guillermo Vallejo Seco *Universidad de Oviedo, España*
Julio Varela Barraza *Universidad de Guadalajara, México*
Juan Pedro Vargas Romero *Universidad de Sevilla, España*
Graham F. Wagstaff *University of Liverpool*
Stephen Worchel *University of Hawaii, USA*
Edelgard Wulfert *New York State University, Albany, USA*
Thomas R. Zentall *University of Kentucky, USA*

International Journal of Psychology & Psychological Therapy is a four-monthly interdisciplinary publication open to publish original empirical articles, substantive reviews of one or more area(s), theoretical reviews, or reviews or methodological issues, and series of interest to some of the Psychology areas. The journal is published for the *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC), indexed and/or abstracted in **SCOPUS**, **Google Scholar Metrics**, **ISOC** (CINDOC, CSIC), **PSICODOC**, Catálogo **Latindex**, **IN-RECS** (Index of Impact of the Social Sciences Spanish Journals), **PsycINFO**, **Psychological Abstracts**, **ClinPSYC** (American Psychological Association), **ProQuest**, **PRISMA**, **EBSCO Publishing Inc.**, **DIALNET**, and **RedALyC**.

International Journal of Psychology & Psychological Therapy es una publicación interdisciplinaria cuatrimestral, publicada por la Asociación de Análisis del Comportamiento (AAC), abierta a colaboraciones de carácter empírico y teórico, revisiones, artículos metodológicos y series temáticas de interés en cualquiera de los campos de la Psicología. Es publicada por la *Asociación de Análisis del Comportamiento* (AAC) y está incluida en las bases y plataformas bibliográficas: **SCOPUS**, **Google Scholar Metrics**, **ISOC** (CINDOC, CSIC), **PSICODOC** (Colegio Oficial de Psicólogos) **Latindex**, **IN-RECS** (Índice de Impacto de Revistas Españolas de Ciencias Sociales), **PsycINFO** (American Psychological Association) **ClinPSYC**, **ProQuest**, **PRISMA**, **EBSCO Publishing Inc.**, **DIALNET**, y **RedALyC** (Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal).

Intervención breve basada en ACT y *mindfulness*: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias

LM Blanco Donoso*, C García Rubio, B Moreno Jiménez

Universidad Autónoma de Madrid, España

MLR de la Pinta, S Moraleda Aldea

Hospital Puerta de Hierro de Madrid, España

E Garrosa

Universidad Autónoma de Madrid, España

ABSTRACT

Brief Intervention Based on ACT and Mindfulness: Pilot Study with Nursing Staff in Intensive Care Unit and Emergency Services. Nurses develop their work in a highly stressful context, where their emotional, attentional and well-being resources are frequently impaired. Because the health care work context is a dynamic and changing context, it is necessary to continue implementing and evaluating the efficacy of brief interventions that consider the organizational needs. The aim of the current paper is showing the result of a pilot study, which implemented and assessed the efficacy of a brief intervention based on Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness to improve nurses levels of psychological flexibility, mindfulness and well-being. Intervention was conducted in a public and tertiary-level hospital in Madrid, specifically in their Intensive Care Units and Emergency Room. For this pilot study, 50 nurses were randomly selected of a total professional population of 164. They were assigned to two groups: the experimental and the waiting-list group. Between-group comparison showed that the intervention had significant benefits in terms of vitality and purpose of life among participants when compared with controls. Intra-group comparisons also showed significant benefits on nurses' psychological flexibility and negative affect when both groups received the intervention. The intervention also significantly changed nurses' vitality at follow-up. These results were discussed in terms of strengths and limitations that a brief intervention of these characteristics could have in the work context.

Key words: acceptance and commitment therapy, mindfulness, nurses, brief intervention, well-being.

How to cite this paper: Blanco-Donoso LM, García-Rubio C, Moreno-Jiménez, ML Rodríguez de la Pinta, S Moraleda-Aldea, & Garrosa E (2017). Intervención breve basada en ACT y *mindfulness*: estudio piloto con profesionales de Enfermería en UCI y Urgencias. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 17, 55-71.

Novedad y relevancia

¿Qué se sabe sobre el tema?

- Los profesionales de enfermería en UCI y Urgencias están expuestos a altas demandas que provocan niveles de estrés elevados.
- Intervenciones cognitivo-conductuales y terapias contextuales han mostrado ser eficaces en reducir los niveles de estrés de estos profesionales.
- Programas de intervención completos, de larga duración, son difíciles de implementar en el entorno laboral sanitario, y son escasos los estudios que evalúan la eficacia de intervenciones breves.

¿Qué añade este artículo?

- Implementa una intervención breve basada en ACT y *mindfulness* siguiendo el formato estandarizado 2+1 con personal de enfermería de UCI y Urgencias.
- Resalta el valor de las intervenciones breves basadas en ACT y *mindfulness* en entornos laborales sanitarios, reflejando también sus dificultades de implementación y sus principales limitaciones.

* Correspondencia: Luis Manuel Blanco, Laboratorio 5, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid, España. Email: blanco.luismanuel@gmail.com. Agradecimientos: este estudio recibió el apoyo financiero del Ministerio de Economía y Competitividad (proyecto PSI2015-68011-R). Los autores agradecen su colaboración al Servicio de Prevención de Riesgos Psicosociales y a la Dirección de Enfermería del Hospital Puerta de Hierro.

Los profesionales de enfermería habitualmente deben hacer frente a numerosas demandas físicas, emocionales y cognitivas, especialmente dentro de unidades como urgencias o cuidados intensivos (UCI) (Adriaenssens, De Gucht, y Maes, 2015). La exposición crónica a estas demandas puede comprometer sus recursos emocionales y cognitivos, como sus niveles de atención, su tolerancia al estrés o sus niveles de energía, lo que puede conllevar a largo plazo el deterioro de su salud y bienestar y como consecuencia un empobrecimiento de la calidad asistencial (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski y Silber, 2002; Mark y Smith, 2012; Losa Iglesias, Vallejo y Fuentes, 2010). Debido a ello, en la literatura podemos encontrar diversos estudios dirigidos a evaluar la eficacia de intervenciones psicosociales que tienen como objetivo principal la reducción del malestar de este colectivo (Mimura y Griffiths, 2003).

En el ámbito de las organizaciones, las intervenciones dirigidas al trabajador pueden consistir en formaciones dirigidas por la propia institución para dotar de ciertas competencias y habilidades a los profesionales, o en intervenciones dirigidas a identificar y promover sus fortalezas (Bakker y Demerouti, 2013). En el ámbito concreto de la enfermería, este tipo de intervenciones son altamente valoradas -frente a las intervenciones consistentes en el rediseño del puesto de trabajo-, porque ciertas demandas laborales en este sector frecuentemente son difíciles de modificar (por ejemplo, los niveles elevados de demanda emocional o el trabajo nocturno) (Kravits, McAllister-Black, Grant y Kirk, 2010; Zeller y Levin, 2013). En este contexto aparecieron los entrenamientos de manejo del estrés en el lugar de trabajo, conocidos como SMT (Stress Management Training), que han mostrado ser efectivos para mejorar el bienestar de los trabajadores (Richardson y Rothstein, 2008; van der Klink, Blonk, Schene y van Dijk, 2001). Estos entrenamientos están basados, principalmente, en principios y técnicas cognitivo-conductuales y sus objetivos suelen ser incrementar las habilidades de afrontamiento del estrés (p.e: resolución de problemas, relajación, reestructuración cognitiva) y reducir y/o modificar los pensamientos, sensaciones y emociones negativas. Son intervenciones altamente estructuradas, limitadas en el tiempo, y basadas en habilidades, motivos para que hayan sido implementadas ampliamente en las organizaciones (Flaxman y Bond, 2010a). En el ámbito de la enfermería se han aplicado con éxito y han mostrado su eficacia para reducir el estrés de los profesionales y mejorar su bienestar (Jones y Johnston, 2000; Mimura y Griffiths, 2003).

Dentro de este campo cabe destacar un nuevo tipo de intervenciones laborales basadas en la nueva ola de terapias contextuales que han emergido en el ámbito de las organizaciones, mostrando resultados prometedores. Las terapias quizá más conocidas y desarrolladas hasta ahora de esta nueva ola en el ámbito laboral han sido la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl, y Wilson, 1999), y los Programas de Manejo del Estrés basados en el desarrollo de la atención plena o *mindfulness* (Kabat-Zinn, 2003). En estas intervenciones no sólo se ofrecen habilidades al trabajador para manejar su estrés, sino también construir fortalezas personales, principalmente flexibilidad psicológica y atención plena.

La flexibilidad psicológica es la habilidad de las personas para centrarse en la situación que están viviendo en el presente, siendo sensibles a las oportunidades y contingencias del ambiente y la habilidad para poner en marcha acciones encaminadas a los valores y metas personales incluso con la presencia de eventos internos negativos (p.e: pensamientos, emociones, sensaciones o memorias negativas) (Lloyd, Bond y Flaxman, 2013). Lo contrario de la flexibilidad psicológica es la evitación experiencial o tendencia a implicarse en conductas dirigidas a modificar o eliminar los eventos internos

negativos. Ambos constructos han sido estudiados principalmente dentro del contexto de la terapia ACT (Hayes *et al.*, 1999; Pérez Álvarez, 2012).

ACT ha mostrado ser una terapia eficaz para aumentar los niveles de bienestar y rendimiento de los trabajadores (Brinkborg, Michanek, Hesser y Berglund, 2011; Flaxman y Bond, 2010b). Bond y Bunce (2000) fueron los primeros en introducir una intervención basada en esta terapia en el ámbito organizacional y observaron que tras ésta, los profesionales mejoraban sus niveles de salud mental, depresión y productividad debido a un aumento de la flexibilidad psicológica. Las intervenciones laborales basadas en ACT también se llevan a cabo en grupo como los SMT y generalmente siguiendo un formato terapéutico conocido como 2+1 (Two-Plus-One Model of Therapy; Barkham y Shapiro, 1990). Este modelo de intervención consiste en una intervención breve que comprende dos sesiones de tres horas en dos semanas consecutivas, y una tercera sesión de refuerzo pasados los tres meses. Este formato está altamente recomendado en ámbitos laborales muy dinámicos por su corta duración y flexibilidad (Bond y Bunce, 2000; Vilardaga *et al.*, 2011). En la literatura podemos encontrar varios manuales donde se desarrolla y aplica la terapia ACT en el ámbito laboral siguiendo este formato (Bond, 2004; Bond y Hayes, 2002). Desde el año 2000 en el que apareció el primer estudio de Bond y Bunce (2000), han aparecido numerosos estudios que han mostrado su eficacia (Flaxman y Bond, 2010a; Flaxman y Bond, 2010b; Lloyd, Bond y Flaxman, 2013; Wardley, Flaxman, Willig y Gillanders, 2014). Por ejemplo, en la intervención desarrollada por Flaxman y Bond (2010b), los autores encontraron que los niveles de salud mental mejoraron después de la intervención, especialmente entre aquellos trabajadores más estresados. En la intervención implementada por Lloyd *et al.*, (2013), los autores encontraron mejoras en el agotamiento emocional y tensión de los trabajadores. Todos los investigadores coinciden en señalar que el cambio en flexibilidad psicológica es el elemento mediador de esas mejoras. Al ganar flexibilidad psicológica el trabajador abandona la lucha recurrente por controlar los eventos internos negativos, utilizando su energía para implicarse en las oportunidades que le brinda el ambiente laboral y perseguir sus metas y valores personales, lo que se ha relacionado con mayor bienestar (Alberts, Schneider y Martijn, 2012; Bond y Bunce, 2003; Bond, Flaxman y Bunce, 2008).

A pesar de la evidencia que muestra el valor de las intervenciones breves basadas en ACT, su implementación en el ámbito laboral sanitario ha sido escasa (Maclean, 2013), teniendo en cuenta que podría ser recomendable en términos de coste-eficacia en un ambiente tan dinámico y estresante como lo es el sanitario (Bond y Bunce, 2000; Vilardaga *et al.*, 2011). En España, hasta donde nosotros hemos podido conocer, sólo se ha encontrado publicada una intervención breve de cuatro sesiones basada en ACT dirigida a 15 profesionales sanitarios pertenecientes a una unidad de cuidados paliativos de un hospital madrileño (Ruiz, Ríos y Martín, 2008). Después de la intervención, los investigadores encontraron cambios significativos en la ansiedad-estado de los participantes, en sus niveles de despersonalización y en la falta de ajuste personal, pero no en sus niveles de agotamiento emocional.

En el caso de las terapias basadas en el desarrollo de la atención plena, su implementación en entornos laborales sanitarios en nuestro país sí ha sido más fructífera (Amutio, Martínez Taboada, Hermosilla y Delgado, 2015; Franco, 2010; Martín Asuero y García-Banda, 2010; Martín Asuero, Rodríguez Blanco, Pujol Ribera, Berenguera y Moix Queraltó, 2013). La atención plena o *mindfulness* consiste en la habilidad para prestar atención al momento presente de forma intencional, sin juzgar, momento a momento, con una actitud de aceptación (Kabat-Zinn, 2003). Esta habilidad se puede

desarrollar con la puesta en práctica de ejercicios formales (p.e. meditación) e informales (Brown y Ryan, 2003; Kabat-Zinn, 2003), y existe un programa ampliamente difundido y estandarizado para su desarrollo: el Programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR; Kabat-Zinn, 1990).

El desarrollo del *mindfulness* entre los trabajadores está ganando atención pues se ha visto que afecta al rendimiento, a las relaciones personales y al bienestar de éstos (Allen y Kiburz, 2012; Glomb *et al.*, 2011; Good *et al.*, 2015; Hülshager *et al.*, 2013; Hülshager, Feinholdt, y Nübold, 2015). Por ejemplo, Allen y Kiburz (2012) mostraron como aquellos trabajadores con mayores niveles de atención plena tienen un mayor balance trabajo-familia gracias a que se asocia con mayores niveles de vitalidad y calidad del sueño. *Mindfulness* se considera también un recurso personal del trabajador que hace menos probable el desarrollo del desgaste profesional (Hülshager, Alberts, Feinholdt, y Lang, 2013), y favorece la energía y dedicación laboral (Leroy, Anseel, Dimitrova, y Sels, 2013).

En el caso de los programas de *mindfulness*, la profesión sanitaria es quizá una en la que más se haya estudiado su eficacia, quizá por los numerosos beneficios para el profesional, el paciente y la organización (ver revisión de Irving, Dobkin, y Park, 2009; Smith, 2014). De hecho, la aplicación de *mindfulness* en enfermería podría ser muy valiosa por diferentes motivos (Ando, Natsume, Kukihara, y Ito, 2011; Bazarko, Cate, Azocar y Kreitzer, 2013; Frisvold, Lindquist, y McAlpine, 2012; Lan, Subramanian, Rahmat, y Kar, 2014). En primer lugar y según Zeller y Levin (2013), el estrés que viven estos profesionales puede repercutir en su habilidad para centrar la atención en su tarea, pensar nítidamente y proveer de cuidados satisfactorios, y en este sentido el *mindfulness* podría mitigar este estrés.

Además, los principios del *mindfulness* se ajustan a los valores y filosofía de cuidado humanitario de la profesión (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, y Shapiro, 2005; MacKenzie, Poulin, y Seidman-Carlson, 2006). El incremento en esta habilidad podría favorecer cualidades fundamentales en este trabajo como el interés por el otro, la presencia y escucha atenta y la empatía (White, 2014). Algunos estudios también han destacado el valor del *mindfulness* en profesiones donde la demanda emocional es alta (Delgado *et al.*, 2010; Hülshager *et al.*, 2013; Poulin, MacKenzie, Soloway y Karayolas, 2008). El estudio llevado a cabo por Cohen-Katz *et al.* (2005) es quizá la primera intervención rigurosa que mostró la eficacia de una intervención basada en *mindfulness* en una muestra de 37 enfermeras, mostrando ser eficaz en la reducción de los niveles de desgaste profesional. MacKenzie *et al.* (2006) evaluaron una intervención breve de 4 sesiones, de 30 minutos cada una, con el objetivo de adaptarla al trabajo por turnos de estos profesionales. Los resultados mostraron que la intervención fue eficaz en reducir el agotamiento emocional y aumentar la relajación y satisfacción con la vida. Posteriores aplicaciones del programa han mostrado resultados similares (Poulin, *et al.*, 2008). En general, se ha observado una tendencia a ajustar los programas y el formato de las intervenciones al ámbito laboral sanitario debido a su dinamismo y entorno cambiante (p.e. turnos rotatorios, cambios repentinos de turnos, incrementos repentinos de las demandas, etc...). Esta adaptación se ha producido de muchas formas; por ejemplo, realizándose de forma telefónica (Bazarko *et al.*, 2013), mediante la práctica de 5 minutos antes de la jornada (Gauthier, Meyer, Grefe, y Gold, 2015), mediante práctica autodidacta (Hülshager *et al.*, 2013; 2015), mediante la reducción de sesiones (MacKenzie *et al.*, 2006), y mediante formato taller de un día combinado con práctica en casa (Foureur *et al.*, 2013).

Teniendo en cuenta la evidencia empírica que muestra cómo las intervenciones breves basadas en ACT y *mindfulness* en entornos laborales, resultan eficaces y la escasez de estudios en nuestro país, el objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de una intervención breve basada en el formato 2+1 dirigida a aumentar los niveles de flexibilidad psicológica, atención plena y bienestar, así como reducir los niveles de agotamiento emocional de un grupo de profesionales de enfermería que trabajan en unidades caracterizadas por niveles de estrés elevados, como son las unidades de cuidados intensivos y de urgencias.

MÉTODO

Participantes

Profesionales de enfermería de la UCI médica, UCI quirúrgica y Urgencias de un hospital público terciario de la Comunidad de Madrid (España). La población total de estas 3 unidades era de 164 profesionales de enfermería. Se formaron dos grupos aleatorizados de 25 participantes cada uno de ellos. Los criterios de inclusión fueron: a) dar el consentimiento para participar en el estudio y ser evaluado en los diferentes tiempos de medida, y b) que el periodo vacacional del trabajador no coincidiera con el desarrollo de la intervención. No hubo criterios de exclusión al tratarse de una intervención que se presentó dentro del programa de formación continuada del hospital. El método de aleatorización consistió en seleccionar de un listado con la población total de profesionales, aquellos que ocupaban una posición múltiplo de 5. Los primeros 25 seleccionados formarían el grupo experimental y después se seguiría el mismo método para conformar el grupo lista de espera. Si el seleccionado múltiplo de 5 no cumplía los criterios de inclusión, entonces se seleccionaba el siguiente que fuera múltiplo de 8.

Diseño

Estudio cuasi-experimental pre-post con dos grupos (experimental y control lista de espera) con una medida de seguimiento a los tres meses del núcleo principal de la intervención. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a ambos grupos y completaron las medidas previas a la intervención para establecer su línea base, antes de conocer el grupo al que se les había asignado. Los participantes del grupo en lista de espera recibieron la intervención inmediatamente después que la completara el grupo experimental, y volvieron a ser evaluados antes de iniciarla.

Medidas e Instrumentos

Flexibilidad Psicológica. Se evaluó con el *Cuestionario de Aceptación y Acción II* (AAQ-II, Bond, Hayes, Baer, Carpenter, Guenole, Orcutt, Waltz y Zettl, 2011) en su versión española (Ruiz, Herrera, Luciano, Cangas y Beltrán, 2013). Formado por 7 ítems que utilizan un formato de respuesta tipo Likert del 1 (nunca es verdad) al 7 (siempre es verdad). Cuenta con un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach= .88), validez de constructo, de criterio y validez discriminante.

Atención Plena o Mindfulness. Se utilizó la escala *Mindful Attention Awareness Scale* (MAAS; Brown y Ryan, 2003) en su versión española (Soler Ribaudi *et al.*, 2012). Consta de 15 ítems, todos en sentido inverso. Su escala de respuesta es tipo Likert

del 1 (casi nunca) al 6 (casi siempre). Cuenta con un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach= .89), validez de constructo, validez convergente y discriminante.

Bienestar Emocional. Se utilizaron 10 ítems de la escala *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988) en su versión española (Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999). Tanto la subescala de afecto positivo (por ejemplo: “activado, decidido”) como la de afecto negativo (por ejemplo: “tenso, avergonzado”) constan de 5 ítems con una escala de respuesta tipo Likert donde 1= muy poco o nada y 5= extremadamente. Tiene un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach >.87) y validez de constructo.

Agotamiento emocional. Se evaluó con la subescala correspondiente del *Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería* (CDPE; Moreno Jiménez, Garrosa y Gutiérrez, 2000). En concreto, se utilizaron 4 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, donde 1= totalmente en desacuerdo y 4= totalmente de acuerdo. Muestra una adecuada validez de constructo y un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach= .89).

Vitalidad Subjetiva. Se evaluó con la *Escala de Vitalidad Subjetiva* desarrollada por Ryan y Frederick (1997) en su adaptación española llevada a cabo por Rodríguez Carvajal, Méndez, Moreno Jiménez, Abarca y Van Dierendonck (2010). Consta de 7 ítems (por ejemplo: “Me siento vivo y con vitalidad”) que emplean un formato de respuesta tipo Likert del 1 (en absoluto) al 7 (completamente). Tiene un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach= .81) y validez de constructo.

Propósito en la vida. Se utilizó la subescala de *Propósito vital* de las *Escalas de Bienestar Psicológico* (Ryff, 1989). En concreto, se empleó la adaptación española de la escala (Díaz, Rodríguez Carvajal, Blanco, Moreno Jiménez, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006) que cuenta con 5 ítems con un formato de respuesta tipo Likert, donde 1= completamente en desacuerdo y 6= totalmente de acuerdo. Tiene un buen índice de fiabilidad (α de Cronbach= .70) y validez de constructo.

Procedimiento

Una vez se obtuvo el informe favorable del Comité de ética de la Universidad Autónoma de Madrid (España), el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales del hospital se coordinó con la Dirección de Enfermería y Formación Continuada del Hospital Puerta de Hierro (Madrid, España) para implementar la intervención. Los supervisores de las unidades informaron a sus equipos acerca del estudio, que publicitaron como una intervención para manejar el estrés en el ámbito laboral. Dos semanas antes de la intervención, los seleccionados de ambos grupos fueron invitados a una reunión informativa conjunta sobre el estudio y la intervención y en donde los participantes también completaron la medida que serviría de línea base. En esta ocasión, de los 50 seleccionados, no pudieron asistir a la sesión informativa 4 profesionales por un cambio repentino de turno, por lo que los análisis previos se realizaron con 46 participantes. No hubo diferencias significativas en prácticamente ninguna variable socio-demográfica entre los miembros de uno y otro grupo al inicio de la intervención (ver tabla 1), salvo en el tipo de contrato, ya que en el grupo lista de espera hubo más contratos temporales con una duración inferior a 1 año. Destaca la predominancia del sexo femenino y los turnos de trabajo rotatorios en ambos grupos.

En la figura 1 se observa el flujo de participantes a lo largo del estudio. La muestra que completó la medida posterior a las dos primeras sesiones fue de 38 participantes, 19 en cada grupo (no hubo diferencias entre aquellos que completaron las medidas y los que no, salvo en la antigüedad en el hospital, pues los menos veteranos tuvieron más adherencia). En el seguimiento, transcurridos los tres meses, sólo completaron la

Tabla 1. Características sociodemográficos y profesionales del grupo experimental y control (N= 46).

		Experimental			Control			Estadísticos	p
		n (%)	M	SD	n (%)	M	SD		
Edad			35,95	8,53		33,23	6,12	Z= -.967 ^a	.33
Sexo	Mujeres	17 (85%)			22 (84,6%)			$\chi^2 = .001^b$.97
	Hombres	3 (15%)			4 (15,4%)				
Relaciones	Con pareja	15 (75%)			17 (65,4%)			$\chi^2 = .494^b$.48
	Sin pareja	5 (25%)			9 (34,6%)				
Unidad médica	UCI quirúrgica	6 (30%)			6 (23,1%)			$\chi^2 = .283^b$.86
	UCI médica	5 (25%)			7 (26,9%)				
	Urgencias	9 (45%)			13 (50%)				
Turno de trabajo	Mañana	5 (25%)			5 (20%)			$\chi^2 = .180^b$.91
	Tarde	2 (10%)			3 (12%)				
	Rotatorio	13 (65%)			17 (68%)				
Tipo de contrato	Indefinido	7 (35%)			8 (30,8%)			$\chi^2 = 9,16^b$.01
	Contratado (>1 año)	13 (65%)			9 (34,6%)				
	Temporal (<1 año)	--			9 (34,6%)				
Horas de trabajo/semana			36,55	4,30		38,76	7,03	Z= -.276 ^a	.78
Antigüedad en centro			8,84	7,08		6,33	3,33	Z= -.604 ^a	.54
Antigüedad en profesión			12,65	7,15		10,73	5,61	Z= -.969 ^a	.33

Notas: ^a= Prueba U Mann-Whitney ^b= Prueba Chi-cuadrado.

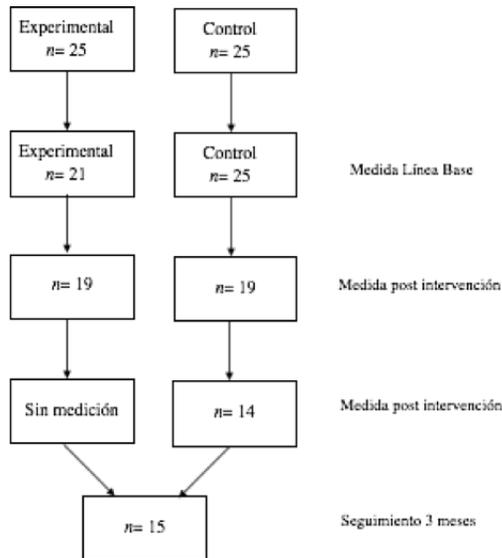


Figura 1. Flujo de participantes durante el estudio.

medida de evaluación 15 participantes, reflejando una importante atrición. No obstante, los análisis no reflejaron diferencias significativas entre aquellos que las completaron y los que no. Los motivos de una atrición tan elevada pudieron ser varios. El hecho más importante pudo ser que meses previos al seguimiento hubo movimientos de personal en la dirección de enfermería y los responsables que coordinaban la intervención desde la dirección no pudieron seguir haciéndolo. Este hecho representa según Flaxman y Bond (2006) el factor más predictivo de atrición en este tipo de intervenciones. Pero otros de los motivos explicativos de tal pérdida muestral son las características intrínsecas al ambiente de trabajo que nos encontramos en las UCI y Urgencias, en donde encontramos turnos de trabajo o excesos de demanda repentinos que terminan provocando que el profesional no pueda acudir a las sesiones.

Intervención

La intervención se implementó en grupo utilizando el formato 2+1 (Bond, 2004; Bond y Hayes, 2002; Flaxman y Bond, 2006; Flaxman y Bond, 2010b). En concreto, los participantes acudieron a dos sesiones de 3 horas de duración, en horario laboral, durante dos semanas consecutivas y a una tercera sesión de refuerzo transcurridos 3 meses, que sirvió también para evaluar los efectos de las dos sesiones anteriores. La intervención la llevaron a cabo dos psicólogos de la salud formados en ACT y *mindfulness*. que siguieron los contenidos que aparecen en dos manuales de ACT en contextos laborales (Bond, 2004; Bond y Hayes, 2002). No obstante, se realizaron algunas adaptaciones culturales de las dinámicas propuestas por los autores originales, y se introdujo la práctica de la atención plena o *mindfulness* como herramienta para trabajar la aceptación de los eventos internos negativos, y ayudar a los participantes a entrar en contacto con sus valores y metas personales (Flores y Pascual, 2013).

Primera sesión. Se identificaron las barreras emocionales que impiden alcanzar una vida plena y satisfactoria, se analizó la ineficacia y consecuencias a largo plazo de la evitación experiencial y se ofreció la estrategia de aceptación emocional como alternativa. Los terapeutas indagaron, dialogaron y confrontaron con los asistentes sobre estas cuestiones, valiéndose de metáforas, paradojas y ejercicios experienciales de acuerdo con la forma de proceder en ACT (por ejemplo: ejercicio del limón y del polígrafo). Además, se introdujo la práctica de la atención plena como forma de conseguir estar en el presente con una actitud de aceptación hacia los eventos internos negativos, y se realizaron las prácticas de la atención en la respiración y de la exploración corporal (integración de ejercicios de ACT y *mindfulness* que ha sido llevada a cabo por otros autores con éxito, p.ej., Flores y Pascual, 2013). Se cuidó que todos los ejemplos y discusiones se pudieran aplicar tanto al ámbito laboral como personal.

Segunda sesión. Los terapeutas presentaron a los asistentes la noción *yo contexto versus yo contenido* valiéndose de ejercicios experienciales (por ejemplo, el tablero de ajedrez, el yo observador). También se trabajó la clarificación de objetivos, metas y valores personales mediante el diálogo y la discusión grupal, y con la realización de ejercicios (por ejemplo, el catalejo). Por otro lado se continuó con el trabajo de la atención plena, y se realizaron dos meditaciones en los pensamientos y en las emociones. Se cuidó que todos los ejemplos y discusiones se pudieran aplicar tanto al ámbito laboral como personal.

Tercera sesión. Sesión de refuerzo, transcurridos 3 meses, en la que se reforzaron contenidos, resolvieron dudas, y se exploró mediante discusión de ejemplos si los participantes habían logrado integrar los conocimientos y prácticas en su vida cotidiana. Los terapeutas usaron metáforas (por ejemplo, el invitado molesto), y ejercicios experienciales (por ejemplo, llevar la mente de paseo), para reforzar los contenidos. En cuanto a la práctica de atención plena, se trabajó con la práctica de la autocompasión o meditación *metta*.

Los participantes contaron desde el primer día con un *dossier* informativo con todos los contenidos y explicaciones que se desarrollaron en cada una de las sesiones, con ejercicios para hacer en casa durante la semana y un CD que contenía seis meditaciones (atención en la respiración, exploración corporal, meditación en los pensamientos, meditación en las emociones, meditación en el ahora y meditación *metta*). En el periodo inter-sesiones, todos los asistentes recibieron mensajes en su teléfono móvil cuya función era recordarles y motivarles la práctica en casa.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo y correlacional para observar la relación entre las variables del estudio. Para analizar el efecto del grupo sobre el cambio de las variables dependientes se realizó la prueba ANCOVA, utilizándose el estadístico eta cuadrado parcial (η^2) como indicador del tamaño del efecto. De acuerdo con este indicador, los valores 0,01, 0,06 y 0,14 indican efectos pequeños, medianos y grandes, respectivamente (Olejnik y Algina, 2000). Por otro lado, se llevó a cabo una prueba *t* de Student para muestras dependientes con el objetivo de observar los cambios antes y después de la intervención en cada uno de los grupos, y evaluar los cambios transcurridos los 3 meses en el total de participantes que acudieron al seguimiento. En este caso se utilizó el estadístico *d* (Cohen, 1988) para evaluar el tamaño del efecto del cambio a nivel intra-grupo, utilizándose los valores de 0,20, 0,50 y 0,80 como reflejo de cambios pequeños, medianos y grandes, respectivamente.

RESULTADOS

Las correlaciones obtenidas entre las variables del estudio fueron en la dirección esperada (tabla 2). La variable flexibilidad psicológica mantuvo una asociación significativa con el resto de variables, mientras que la variable de atención plena sólo con indicadores negativos de bienestar (por ejemplo, agotamiento emocional y afecto negativo). Por otro lado todas las variables mostraron índices adecuados de consistencia interna, con valores α de Cronbach iguales o superiores a .70.

Tabla 2. Correlaciones y alpha de Cronbach (N= 46).

	α	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Sexo		-	.22	-.01	.03	-.10	-.06	-.33	.06	-.06
2. Edad			-	.14	.38*	-.12	-.02	-.10	-.07	-.15
3. Flexibilidad Psicológica	.91			-	.66**	.53**	-.43**	.39*	-.58**	.66**
4. Mindfulness	.88				-	.24	-.35*	.16	-.46**	.29
5. Vitalidad	.91					-	-.33*	.66**	-.36*	.58**
6. Agotamiento emocional	.84						-	-.22	.24	-.14
7. Afecto positivo	.70							-	-.40*	.53**
8. Afecto negativo	.74								-	-.21
9. Propósito vital	.89									-

Notas: * $p < .05$; ** $p < .01$.

En cuanto a los resultados de la comparación inter-grupo, como se aprecia en la tabla 3, los resultados de la prueba ANCOVA indicaron que la intervención produjo cambios significativos de magnitud media en las variables de vitalidad ($F = 5,12, p < .05, \eta^2 = 0,128$) y propósito vital ($F = 4,10, p < .05, \eta^2 = 0,105$), incrementándose las medias del grupo experimental tras la intervención. También se produjeron cambios de magnitud media en la variable de atención plena ($F = 6,60, p < .01, \eta^2 = 0,159$), pero en un sentido diferente al esperado ya que lo que se observó fue una disminución significativa en los niveles de *mindfulness* en el grupo de espera, mientras el grupo experimental que estaba asistiendo a las sesiones los mantuvo estables. Como puede apreciarse también en esta

Tabla 3. Medias, desviaciones típicas, *t* de Student y estadísticos ANCOVA.

Variables		Grupo Experimental (n= 19)		Grupo Control (n= 19)		<i>t</i> sobre las medias pre ANCOVA sobre las medias post			
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>F</i> ratio	<i>df</i>	η^2
Vitalidad	T1	4,62	0,93	3,34	1,28	-.650	5.12*	1	.128
	T2	4,81	0,79	4,33	1,28				
Agotamiento emocional	T1	2,68	0,58	2,88	0,77	.883	2.69	1	.071
	T2	2,67	0,80	2,95	0,76				
Propósito vital	T1	4,58	0,88	4,55	0,90	-.112	4.10*	1	.105
	T2	4,93	0,83	4,54	0,97				
Mindfulness	T1	4,19	0,76	4,12	0,65	-.113	6.60**	1	.159
	T2	4,17	0,78	3,62	0,86				
Flexibilidad Psicológica	T1	5,24	1,12	4,93	1,11	-.844	.022	1	.001
	T2	5,53	1,24	5,49	1,28				
Afecto Positivo	T1	3,67	0,37	3,57	0,59	-.492	2.29	1	.063
	T2	3,76	0,66	3,72	0,83				
Afecto Negativo	T1	2,22	0,69	2,22	0,69	.000	.000	1	.988
	T2	1,86	0,75	1,86	0,57				

Notas: η^2 = eta cuadrado parcial; * $p < .05$; ** $p < .01$; ANCOVA evalúa si las medias de ambos grupos en T2 en las diferentes variables son estadísticamente diferentes, controlando las medias de T1.

tabla 3, la prueba *t* reveló que los dos grupos no mostraron diferencias significativas en las variables criterio antes de comenzar la intervención.

En cuanto a los cambios dentro de ambos grupos, la prueba *t* de student para muestras dependientes (ver tabla 4) reveló que el grupo experimental incrementó de forma significativa y con una magnitud media sus niveles de flexibilidad psicológica ($t = -2,14$, $p < .05$, $d = 0,34$), propósito vital ($t = -2,80$, $p < .01$, $d = 0,41$) y disminuyó sus niveles de afecto negativo ($t = 2,73$, $p < .01$, $d = 0,48$). Por otro lado, cuando el grupo

Tabla 4. Comparación de medias pre-post dentro de cada grupo y en el seguimiento.

		GE	GC	GE (T1)	GC (S)
		(n= 19)	(n= 19)	(n= 14)	(Pre n=38; Segum. n=15)
Flexibilidad Psicológica	<i>M</i> Pre	5.24	4.93	4.89	<i>M</i> Pre 5.27
	<i>M</i> Post	5.65	5.36	5.54	<i>M</i> Segum. 5.69
	<i>t</i>	-2.14*	-2.04	-3.03**	<i>t</i> -1.76
	<i>d</i>	.34	.35	.61	<i>d</i> .61
Mindfulness	<i>M</i> Pre	4.19	4.12	4.08	<i>M</i> Pre 4.22
	<i>M</i> Post	4.20	3.60	3.75	<i>M</i> Segum. 4.00
	<i>t</i>	-.053	3.18**	1.88	<i>t</i> 1.22
	<i>d</i>	.01	-.68	-.44	<i>d</i> -.29
Vitalidad	<i>M</i> Pre	4.62	3.34	4.28	<i>M</i> Pre 4.19
	<i>M</i> Post	4.90	3.24	4.53	<i>M</i> Segum. 4.80
	<i>t</i>	-1.54	.653	-1.00	<i>t</i> -2.91**
	<i>d</i>	.32	-.08	.21	<i>d</i> .96
Agotamiento emocional	<i>M</i> Pre	2.68	2.88	3.19	<i>M</i> Pre 2.75
	<i>M</i> Post	2.59	3.03	3.19	<i>M</i> Segum. 2.96
	<i>t</i>	.701	-.150	.000	<i>t</i> -1.55
	<i>d</i>	-.12	.19	.00	<i>d</i> .44
Afecto positivo	<i>M</i> Pre	3.67	3.57	3.57	<i>M</i> Pre 3.45
	<i>M</i> Post	3.80	3.38	3.82	<i>M</i> Segum. 3.60
	<i>t</i>	-.981	1.03	-1.88	<i>t</i> -1.06
	<i>d</i>	.25	-.26	.46	<i>d</i> .38
Afecto negativo	<i>M</i> Pre	2.22	2.22	2.30	<i>M</i> Pre 2.06
	<i>M</i> Post	1.84	1.86	1.64	<i>M</i> Segum. 1.76
	<i>t</i>	2.73**	1.80	3.43**	<i>t</i> 1.67
	<i>d</i>	-.48	-.57	-1.22	<i>d</i> -.54
Propósito vital	<i>M</i> Pre	4.58	4.55	3.65	<i>M</i> Pre 4.50
	<i>M</i> Post	4.94	4.53	3.72	<i>M</i> Segum. 4.80
	<i>t</i>	-2.80**	.138	-.453	<i>t</i> -1.18
	<i>d</i>	.41	-.02	.08	<i>d</i> .41

Notas: GE= Grupo Experimental; GC= Grupo Control; GE (T1)= Grupo espera (tras intervención); GC(S)= Grupo combinado (seguimiento); * $p < .05$; ** $p < .01$; *d* indica el tamaño del efecto (Cohen).

de espera recibió la intervención, se observaron cambios en sus niveles de flexibilidad psicológica ($t = -3,03$, $p < .01$, $d = 0,61$) y afecto negativo ($t = 3,43$, $p < .01$, $d = -1,22$), siendo la magnitud del cambio de valores medio y grande, respectivamente. Finalmente, trascurridos tres meses y de acuerdo con la prueba t, los participantes que acudieron a la tercera sesión mostraron cambios significativos de magnitud grande en la variable de vitalidad ($t = -2,91$, $p < .01$, $d = 0,96$).

Los participantes de ambos grupos llevaron a cabo la práctica de *mindfulness* fuera de casa. Los datos revelaron que el grupo experimental practicó una media de 3,24 días entre la sesión 1 y 2 ($SD = 1,20$) con 35 minutos de práctica por día ($SD = 19,52$), mientras que el grupo de espera practicó una media de 3,46 días ($SD = 1,50$), con 31,69 minutos por día ($SD = 16,54$). Durante el seguimiento, los participantes que acudieron a la tercera sesión, manifestaron haber practicado una media de 11,21 días en total durante los 3 meses ($SD = 10,80$), durante una media de 10,27 minutos por día ($SD = 5,60$).

Por último, como se aprecia en la tabla 5, los participantes encontraron la intervención notablemente útil y mostraron unos índices de satisfacción global satisfactorios. Hubo una notable comprensión de los contenidos y la intervención cumplió en buena medida con las expectativas de los asistentes. Como aspectos a mejorar destacaron la duración de la intervención (la consideraron insuficiente) y la generalización de algunos contenidos a otros aspectos de la vida cotidiana.

Tabla 5. Evaluación de la intervención por los participantes (rango de respuesta 1-10; $n = 15$).

	M	SD
Utilidad de la intervención	7.69	1.30
Claridad de los contenidos teóricos	8.19	1.27
Claridad de los ejercicios propuestos	8.69	1.01
Satisfacción global	8	2
Satisfacción con los terapeutas	9.44	0.62
Satisfacción con la duración	6.69	1.92
Comprensión del contenido	7.87	1.08
Cumplimiento de expectativas	7.31	2.08
Generalización a otros dominios de la vida	5.94	2.48

DISCUSIÓN

El objetivo del estudio era mostrar la eficacia de una intervención breve basada en ACT y *mindfulness* bajo el formato grupal conocido como 2+1, dirigida a mejorar los niveles de bienestar de un grupo de profesionales de enfermería que trabajan en UCI y Urgencias. Los resultados revelaron que la intervención tuvo buena acogida entre los profesionales y potencial para modificar ciertos aspectos relacionados con su bienestar y fortalezas personales. No obstante, su implementación contó con algunas dificultades intrínsecas al contexto organizativo que hacen frágil la potencia y generalización de los resultados.

Los resultados revelaron que hubo diferencias entre el grupo experimental y el grupo de espera en niveles de vitalidad y propósito vital, mientras se mantenía la condición experimental del estudio. Específicamente, el grupo que había recibido la intervención los incrementó de forma significativa. Durante la intervención se trabajaron muchos

aspectos relacionados con el afrontamiento del estrés, y se abordaron los efectos de la falta de aceptación emocional y la lucha por controlar los eventos internos negativos, la toma de consciencia plena de esos eventos con una actitud de aceptación, curiosidad, no juicio, no reactiva, y la clarificación de valores y metas personales. El contacto y práctica con este tipo de contenidos y ejercicios, se podría relacionar con un aumento de la vitalidad y del propósito vital entre los asistentes por varias razones. En primer lugar, el afrontamiento basado en la aceptación psicológica y la atención plena no consume tantos recursos energéticos como otro tipo de regulación emocional basada en el control de lo negativo (Allen y Kiburz, 2012; Brown y Ryan, 2003). Abandonar la lucha por controlar esos eventos psicológicos y ampliar la consciencia a más elementos que pueden incluir las necesidades y valores de los profesionales, pudo promover en ellos un sentimiento de autodeterminación que se viese reflejado en mayores niveles de vitalidad (Brown y Ryan, 2003), pues ésta suele asociarse con el desarrollo de actividades motivadas intrínsecamente, en las que el individuo tiene un sentido de agencia personal (Ryan y Frederick, 1997).

En el caso del propósito vital, los contenidos y actividades desarrolladas podrían haber favorecido su incremento debido a que fomentan el desarrollo de una actitud más flexible ante las barreras y dificultades emocionales a la hora de perseguir metas y valores deseados (Greenberg, Reiner y Meiran, 2012; Young, 2014). En este tipo de intervenciones se fomenta además la habilidad de actuar con consciencia y de forma congruente con los valores personales, lo que podría implicar el compromiso con actividades diarias relacionadas con las metas como trabajador (Brown y Ryan, 2003). Al aumentar la conciencia, se pueden percibir los valores y necesidades y por lo tanto, si se desea, encaminarse hacia su consecución o satisfacción (Shapiro, Carlson, Astin y Freedman, 2006). Además, cuando se desarrolla una forma menos reactiva y fusionada de relacionarse con los eventos internos negativos, es más sencillo enfocar la atención y acción hacia las metas y valores, y no hacía la lucha con el contenido mental (Glomb *et al.*, 2011).

Por otro lado, los resultados procedentes del análisis intra-grupos revelaron que ambos grupos incrementaron sus niveles de flexibilidad psicológica, así como una disminución de sus niveles de afecto negativo, tras recibir la intervención. Ello puede explicarse por diversas razones. En primer lugar, el incremento de la flexibilidad psicológica es uno de los objetivos principales de este tipo de programas. Una vez que los dos grupos terminaron la intervención, eran capaces de aceptar en mayor medida sus eventos internos negativos como parte de una vida plena y completa, donde los eventos no son los que controlarían su conducta, sino sus valores y metas. La mayoría de contenidos, ejercicios y prácticas iban encaminados al aumento de dicha fortaleza y de ahí su posible incremento. En cuanto a la reducción del afecto negativo, durante la intervención se estuvo trabajando con la observación de las sensaciones y emociones negativas, explorando como se reaccionaba ante ellas, e intentado transmitir una forma alternativa de responder que no estuviera basada en el impulso de evitarla, o en la crítica e intolerancia ante su presencia, es decir, favoreciendo su aceptación. Esto pudo favorecer una reducción de la activación y reactividad que se viera reflejado en menores niveles de emociones negativas (Glomb *et al.*, 2011, Martín Asuero y García Banda, 2010).

Un resultado no esperado, y que merece la pena ser discutido, fue el hecho de que cuando el grupo control estaba en la condición de espera, redujo sus niveles de atención plena de forma estadísticamente significativa, mientras que el grupo experimental que recibía la intervención en ese momento los mantuvo. A pesar de que no hubiera un

incremento de *mindfulness* en el grupo experimental, este dato lo consideramos relevante. El estrés y las demandas laborales elevadas, a las que se someten diariamente los profesionales de enfermería de unidades de cuidados intensivos y urgencias, consumen recursos energéticos y atencionales constantemente, y la intervención podría haber ayudado a mantener un nivel adecuado de atención plena mientras se afrontaban esas demandas y sus consecuencias (Glomb *et al.*, 2011). No es la primera vez que se detecta este efecto protector del *mindfulness* frente al estrés intenso (Smith, 2014). Por ejemplo, Jha, Stanley, Kiyonaga, Wong y Gelfand (2010), en un estudio llevado a cabo con militares, encontraron que el grupo que estaba siendo entrenado en las técnicas de *mindfulness*, logró mantener (y no incrementar) sus niveles de memoria de trabajo en el transcurso de la intervención, mientras que aquellos que formaban parte del grupo control los redujeron de forma significativa. No obstante, la ausencia de incrementos en la variable *mindfulness* pudo explicarse también por el hecho de haber usado la escala MAAS, que no mide todas las facetas del *mindfulness* trabajadas durante la intervención. Esta escala principalmente mide atención, pero no la intención ni la actitud con la que se realiza. La ausencia de cambios en esta variable, así como en la flexibilidad psicológica durante la condición experimental, nos impidió comprobar si los cambios en vitalidad y propósito vital que sí se encontraron, estuvieron mediados por incrementos en estas dos variables.

La intervención no produjo cambios en los niveles de afecto positivo, ni en agotamiento emocional. En el caso del afecto positivo, pudo ser debido a que las emociones que aparecen en la escala PANAS tienen un componente elevado de activación (por ejemplo, decidido, activado), y los componentes de la intervención *mindfulness* principalmente fueron dirigidos a la regulación y balance de la intensidad emocional, de ahí que se viera su mayor efecto en la reducción de los afectos negativos (por ejemplo, tensión, nerviosismo). En el caso del agotamiento emocional, la ausencia de cambio pudo deberse a varios motivos. En primer lugar, esta variable puede que se vea más afectada por las condiciones y factores laborales (Maslach, 2003), y nuestra intervención no implementó ninguna acción en esta dirección. Otros estudios de similares características, también encontraron ausencia de cambios en variables como la motivación o satisfacción laboral (por ejemplo, Bond y Bunce, 2000; Bond, Flaxman y Bunce, 2008; MacKenzie *et al.*, 2006). Además, el agotamiento emocional a veces implica la exposición gradual y repetida a estresores laborales durante un período largo de tiempo (Maslach, 2003), y pudiera ser que intervenciones tan breves no logren modificar los componentes cognitivos, emocionales y físicos constituyentes de este fenómeno.

En la literatura se encuentra la limitación de este tipo de intervenciones breves a la hora de modificar variables como el distanciamiento psicológico o la propia atención plena (Gauthier *et al.*, 2015; Hülshager *et al.*, 2015). Por último, la falta de suficiente práctica de los profesionales podría haber hecho que ante variables de bienestar de índole más organizacional, no se hubieran producido los cambios esperados (Vettese, Toneatto, Stea, Nguyen y Wang, 2009). Algo que podría haber contribuido también a que los efectos de la intervención, salvo en vitalidad, no se mantuvieran a largo plazo en el resto de variables.

No obstante, a pesar de que la intervención no produjo los incrementos esperados en el bienestar de los profesionales a largo plazo, cabe destacar los elevados índices de satisfacción que tuvo el programa entre los profesionales de enfermería, quienes consideraron la intervención notablemente útil, cumpliendo con sus expectativas. En general, este tipo de intervenciones son muy bien acogidas y valoradas por los trabajadores (Van Berkel, Boot, Proper, Bongers y van der Beek, 2013). Este contraste

entre los elevados índices de satisfacción y utilidad de la intervención, y los resultados de cambio alcanzados, hace reflexionar sobre si sería necesaria la evaluación de este tipo intervenciones utilizando un método mixto cuantitativo y cualitativo, entrevistando a los profesionales y preguntándoles cómo ha impactado la intervención en su día a día.

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que los cambios en salud y bienestar laboral deben implicar cambios organizacionales, pues un nivel de intervención a nivel solo individual no consigue los resultados esperados. Además como limitaciones del estudio cabe señalar el bajo número de participantes, el elevado abandono que hubo en el seguimiento y la predominancia del sexo femenino, lo que nos obliga a ser cautelosos en la generalización de los resultados obtenidos. No obstante, a pesar de estas limitaciones, éste es uno de los primeros estudios dirigidos a evaluar la eficacia de una intervención breve basada en ACT empleando el formato 2+1 en el ámbito sanitario español, empleando una muestra de difícil acceso, como son los trabajadores pertenecientes a unidades de cuidados intensivos y urgencias, donde las demandas laborales y el ambiente organizativo dificultan la participación en este tipo de actividades. Al tratarse de un estudio piloto, se hace necesario mejorar los aspectos comentados y replicar los resultados alcanzados.

REFERENCIAS

- Adriaenssens J, De Gucht V y Maes S (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 649-661. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004
- Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J y Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *The Journal of the American Medical Association*, 288, 1987-1993. Doi: 10.1001/jama.288.16.1987
- Alberts HJ, Schneider F y Martijn C (2012). Dealing efficiently with emotions: Acceptance-based coping with negative emotions requires fewer resources than suppression. *Cognition & Emotion*, 26, 863-870. Doi: 10.1080/02699931.2011.625402
- Allen TD y Kiburz KM (2012). Trait mindfulness and work-family balance among working parents: The mediating effects of vitality and sleep quality. *Journal of Vocational Behavior*, 80, 372-379. Doi: 10.1016/j.jvb.2011.09.002
- Amutio A, Martínez Taboada C, Hermosilla D y Delgado LC (2015). Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychology, Health & Medicine*, 20, 720-731. Doi: 10.1080/13548506.2014.986143
- Ando M, Natsume T, Kukiara H, Shibata H e Ito S (2011). Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health*, 3, 108-122. Doi: 10.4236/health.2011.32022
- Bakker AB y Demerouti E (2013). La teoría de las demandas y los recursos laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 29, 107-115. Doi: 10.5093/tr2013a16
- Barkham M y Shapiro DA (1990). Brief psychotherapeutic interventions for job related distress: A pilot study of prescriptive and exploratory therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 3, 133-147. Doi: 10.1080/09515079008254242.
- Bazarko D, Cate RA, Azocar F y Kreitzer MJ (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28, 107-133. Doi: 10.1080/15555240.2013.779518
- Bond FW (2004). ACT for stress. En SC Hayes y KD Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 275-293). New York: Springer-Verlag.
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T y Zettle RD (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688. Doi: 10.1016/j.beth.2011.03.007

- Bond FW y Bunce D (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 156-163. Doi: 10.1037//1076-8998.5.1.156
- Bond FW, Flaxman PE y Bunce D (2008). The influence of psychological flexibility on work redesign: Mediated moderation of a work reorganization intervention. *Journal of Applied Psychology*, 93, 645-654. Doi: 10.1037/0021-9010.93.3.645
- Bond FW y Hayes SC (2002). ACT at work. En FW Bond y W Dryden (Eds.), *Handbook of brief cognitive behaviour therapy* (pp. 117-140). Chichester: John Wiley & Sons.
- Brinkborg H, Michanek J, Hesser H y Berglund G (2011). Acceptance and commitment therapy for the treatment of stress among social workers: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 389-398. Doi: 10.1016/j.brat.2011.03.009
- Brown KW y Ryan RM (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848. Doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822
- Cohen J (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Ed). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM y Shapiro S (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19, 26-35. Doi: 10.1097/00004650-200501000-00008
- Delgado LC, Guerra P, Perakakis P, Vera, MN, Reyes del Paso G y Vila J. (2010). Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 873-882. Doi: 10.1016/j.brat.2010.05.012
- Díaz D, Rodríguez Carvajal R, Blanco A, Moreno Jiménez B, Gallardo I, Valle C y Van Dierendonck D (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.
- Flaxman PEL y Bond FW (2006). Acceptance and Commitment Therapy in the workplace. En R Baer (Ed), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 377-402). San Diego, CA: Elsevier.
- Flaxman PEL y Bond FW (2010a). Worksite stress management training: Moderated effects and clinical significance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 347-358. Doi: 10.1037/a0020522
- Flaxman PEL y Bond FW (2010b). A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 816-820. Doi: 10.1016/j.brat.2010.05.004
- Flores LMS y Pascual CFS (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 289-305.
- Foureur, M, Besley K, Burton G, Yu N y Crisp J (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulness based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary Nurse*, 45, 114-125. Doi: 10.5172/conu.2013.45.1.114
- Franco JC (2010). Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique. *Atención Primaria*, 42, 564-570. Doi: 10.1016/j.aprim.2009.10.020
- Frisvold MH, Lindquist R y McAlpine CP (2012). Living Life in the Balance at Midlife Lessons Learned From Mindfulness. *Western Journal of Nursing Research*, 34, 265-278. Doi: 10.1177/0193945911424171
- Gauthier T, Meyer RM, Greife D y Gold JI (2015). An on-the-job mindfulness-based intervention for pediatric ICU nurses: A pilot study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 402-409. Doi: 10.1016/j.pedn.2014.10.005
- Glomb TM, Duffy MK, Bono JE y Yang T (2011). Mindfulness at work. En J Martocchio, H Liao y A Joshi (Eds.), *Research in personnel and human resource management* (pp. 115-157). Bingley: Emerald.
- Good DJ, Lyddy CJ, Glomb TM, Bono JE, Brown KW, Duffy MK, Baer RA, Brewer JA y Lazar SW (2015). Contemplating Mindfulness at Work An Integrative Review. *Journal of Management*, XX, 1-29. Doi: 10.1177/0149206315617003
- Greenberg J, Reiner K y Meiran N (2012). "Mind the trap": Mindfulness practice reduces cognitive rigidity. *PLoS One*, 7, e36206. Doi: 10.1371/journal.pone.0036206
- Hayes SC, Strosahl KD y Wilson KG (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hülshager UR, Alberts HJ, Feinholdt A y Lang JW (2013). Benefits of mindfulness at work: The role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 98, 310-325. Doi: 10.1037/a0031313
- Hülshager UR, Feinholdt A y Nübold A (2015). A low-dose mindfulness intervention and recovery from work: Effects

- on psychological detachment, sleep quality, and sleep duration. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88, 464-489. Doi: 10.1111/joop.12115
- Irving JA, Dobkin PL y Park J (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15, 61-66. Doi: 10.1016/j.ctcp.2009.01.002
- Jha AP, Stanley EA, Kiyonaga A, Wong L y Gelfand L (2010). Examining the protective effects of mindfulness training on working memory capacity and affective experience. *Emotion*, 10, 54-64. Doi: 10.1037/a0018438
- Jones MC y Johnson DW (2000). Reducing stress in first level and student nurses: A review of the applied stress management literature. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 66-74. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01421.x
- Kabat-Zinn J (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156. Doi: 10.1093/clipsy.bpg016
- Kabat-Zinn J (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kravits K, McAllister-Black R, Grant M y Kirk C (2010). Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Applied Nursing Research*, 23, 130-138. Doi: 10.1016/j.apnr.2008.08.002
- Leroy H, Anseel F, Dimitrova NG y Sels L (2013). Mindfulness, authentic functioning, and work engagement: A growth modeling approach. *Journal of Vocational Behavior*, 82, 238-247. Doi: 10.1016/j.jvb.2013.01.012
- Lloyd J, Bond FW y Flaxman PE (2013). The value of psychological flexibility: Examining psychological mechanisms underpinning a cognitive behavioural therapy intervention for burnout. *Work & Stress*, 27, 181-199. Doi: 10.1080/02678373.2013.782157
- Lan HK, Subramanian P, Rahmat N y Kar PC (2014). The effects of mindfulness training program on reducing stress and promoting well-being among nurses in critical care units. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31, 22-31.
- Losa Iglesias L, Vallejo RB y Fuentes PS (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 30-37. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.06.014
- Maclean K (2013). *ACT at Work: Feasibility study of an acceptance based intervention to promote mental health well-being and work engagement in mental health service staff*. Unpublished Doctoral dissertation, University of Glasgow.
- Mackenzie CS, Poulin PA y Seidman-Carlson R (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19, 105-109. Doi: 10.1016/j.apnr.2005.08.002
- Mark G y Smith AP (2012). Occupational stress, job characteristics, coping, and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17, 505-521. Doi: 10.1111/j.2044-8287.2011.02051.x
- Maslach C (2003). Job burnout new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192. Doi: 10.1111/1467-8721.01258
- Martín Asuero A y García Banda G (2010). The mindfulness-based stress reduction program (MBSR) reduces stress-related psychological distress in healthcare professionals. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 897-905. Doi: 10.1017/s1138741600002547
- Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol Ribera E, Berenguera A y Moix Queraltó J (2013). Effectiveness of a mindfulness program in primary care professionals. *Gaceta Sanitaria*, 27, 521-528. Doi: 10.1016/j.gaceta.2013.04.007
- Mimura C y Griffiths P (2003). The effectiveness of current approaches to workplace stress management in the nursing profession: An evidence based literature review. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 10-15. Doi: 10.1136/oem.60.1.10
- Moreno Jiménez B, Garrosa E y Gutiérrez JLG (2000). The nursing burnout: Development and factorial validation of the CDPE. *Archivos Prevención de Riesgos Laborales* 3, 18-28.
- Olejnik S y Algina J (2003). Generalized eta and omega squared statistics: Measures of effect size for some common research designs. *Psychological Methods*, 8, 434-447. Doi: 10.1037/1082-989x.8.4.434
- Richardson KM y Rothstein HR (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13, 69-93. Doi: 10.1037/1076-8998.13.1.69
- Rodríguez Carvajal R, Méndez DD, Moreno Jiménez B, Abarca AB y Van Dierendonck D (2010). Vitality and inner resources as relevant components of psychological well-being. *Psicothema*, 22, 63-70. Doi: 10.1037/e572992012-471

- Ruiz FJ, Herrera, AIL, Luciano C, Cangas AJ y Beltrán I (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema*, 25, 123-129. Doi: 10.7334/psicothema2011.239
- Ruiz CO, Ríos FL, Martín SG (2008). Psychological intervention for professional burnout in the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15, 93-97.
- Ryan RM y Frederick C (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65, 529-565. Doi: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x
- Ryff CD (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081. Doi: 10.1037//0022-3514.57.6.1069
- Sandín B, Chorot P, Lostao L, Joiner TE, Santed MA y Valiente RM (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51.
- Shapiro SL, Carlson LE, Astin, JA y Freedman B (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373-386. Doi: 10.1002/jclp.20237
- Smith SA (2014). Mindfulness-Based Stress Reduction: An Intervention to Enhance the Effectiveness of Nurses' Coping With Work-Related Stress. *International Journal of Nursing Knowledge*. 25, 119-130. Doi: 10.1111/2047-3095.12025
- Soler Ribaudí J, Tejedor R, Feliu Sol A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, Álvarez E y Pérez V (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40, 19-26.
- Van Berkel J, Boot CR, Proper KI, Bongers PM y van der Beek AJ (2013). Process evaluation of a workplace health promotion intervention aimed at improving work engagement and energy balance. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 55, 19-26. Doi: 10.1097/jom.0b013e318269e5a6
- Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH y Van Dijk FJ (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Public Health*, 91, 270-276. Doi: 10.2105/ajph.91.2.270
- Vettese LC, Toneatto T, Stea JN, Nguyen L y Wang JJ (2009). Do mindfulness meditation participants do their homework? And does it make a difference? A review of the empirical evidence. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 198-225. Doi: 10.1891/0889-8391.23.3.198
- Vilardaga R, Luoma JB, Hayes SC, Pistorello J, Levin ME, Hildebrandt MJ, Kohlenberg B, Robert N y Bond FW (2011). Burnout among the addiction counseling workforce: The differential roles of mindfulness and values-based processes and work-site factors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 323-335. Doi: 10.1016/j.jsat.2010.11.015
- Wardley MN, Flaxman PE, Willig C y Gillanders D (2014). 'Feel the Feeling': Psychological practitioners' experience of acceptance and commitment therapy well-being training in the workplace. *Journal of Health Psychology*, 21, 1536-1547. Doi: 10.1177/1359105314557977
- Watson D, Clark, LA y Tellegen A (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070. Doi: 10.1037//0022-3514.54.6.1063
- White L (2014). Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70, 282-294. Doi: 10.1111/jan.12182
- Young R (2014). *Mind Your Purpose: Intervening on Mindfulness to Promote Daily Levels of Purpose*. Unpublished Master Thesis, Carleton University.
- Zeller JM y Levin PF (2013). Mindfulness interventions to reduce stress among nursing personnel: An occupational health perspective. *Workplace Health & Safety*, 61, 85-89. Doi: 10.1177/216507991306100207.

Recibido, 8 Septiembre, 2016
 Aceptación final, 29 Diciembre, 2016