Aceptabilidad y factibilidad de una herramienta de atención plena (mindfulness) (PIT STOP) para profesionales de la salud en formación en el Hospital Universitario San Ignacio

Autores:

Sebastián Mariño Tibocha

Maria Andrea Sanchez Cala

Tutor:

Gabriel Fernando Oviedo Lugo

Co-tutores:

José Miguel Ignacio Uribe Restrepo

Laura Ospina Pinillos

Trabajo de grado presentado como requisito parcial para obtener el título de especialista en

Psiquiatría

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Medicina

Noviembre de 2025

Introducción

El personal de la salud presenta una elevada carda de estrés, derivada de trabajar en condiciones de alta exigencia, presión de tiempo y la necesidad de realizar intervenciones de precisión. El concepto de "burnout" surgió en 1960 para describir el estrés emocional experimentado por este personal (1). El síndrome de Burnout se caracteriza por una combinación de agotamiento emocional, despersonalización (una sensación de inestabilidad hacia pacientes o compañeros) y una baja eficacia profesional o un sentido reducido de logro en el trabajo (2).

Los médicos, em particular, reportan tasas más altas de agotamiento y menor satisfacción con la integración de su vida laboral y personal en comparación con la población general (2). Este agotamiento no es estático; estudios longitudinales muestran que los síntomas de estrés y agotamiento emocional se incrementan a lo largo de la carrera de medicina (3). La magnitud del problema es considerable; un reporte de Medscape del 2022 informó hasta un 47% de los médicos experimentaron burnout (4), y la prevalencia reportada en medicos en formación puede variar ampliamente, reflejando la heterogeneidad de la medición (1). Las implicaciones de este desgaste van más allá del bienestar del profesional, asociándose con un aumento de errores médicos, mayor riesgo de ansiedad y depresión en el personal, y una menor satisfacción del paciente (1). En el contexto colombiano, aunque la literatura es limitada, algunos estudios transversales han reportado una prevalencia de burnout en personal médico que varía entre el 9% y 10% (5,6).

Como estrategia para manejar esta problemática, se han recomendado técnicas basadas en la meditación, como la atención plena (mindfulness). La atención plena se refiere a una práctica que cultiva la conciencia del momento presente sin reactividad ni juicio (7), y ha demostrado beneficios en la promoción de la salud mental y en el manejo de la ansiedad. En los últimos años, ha crecido el interés por sus usos terapéuticos, especialmente en intervenciones destinadas a la reducción del estrés (8). Revisiones sistemáticas han mostrado una mejoría en el burnout del personal médico tras intervenciones basadas en mindfulness, sugiriendo también una reducción del estrés y de síntomas depresivos en estudiantes de medicina (9,10). El entrenamiento en atención plena puede ser efectivo al mejorar la autorregulación cognitiva y emocional (11,12), ayudando a disminuir el agotamiento y los errores médicos (13,14).

A pesar de estos beneficios, una de las principales barreras para la implementación a escala de la atención plena (mindfulness) en los equipos de salud es el tiempo necesario tanto para el entrenamiento como para la práctica. Los programas de entrenamiento tradicionales suelen durar al menos 8 semanas. Esta barrera genera la necesidad de desarrollar intervenciones breves que requieran menor tiempo y se adapten mejor a las condiciones de trabajo de los médicos en formación, especialmente en entornos de atención medica "agitados y caóticos" (15). Adicionalmente, en Colombia no se conocen estudios previos sobre la aplicación específica de la atención plena en la práctica clínica de profesionales de la salud en formación.

Para abordar esta brecha, se desarrolló la herramienta "PIT STOP (Pausa; Inhale; Tome nota de Sí mismo; y de sus Tareas; Observe sin juicio y Proceda) (16), una intervención breve de atención plena diseñada para mejorar la autorregulación y el autocuidado en trabajadores de la salud. El presente estudio piloto de métodos mixtos tuvo como objetivo principal determinar

la aceptabilidad y factibilidad de la herramienta PIT STOP como modalidad de atención plena en el ejercicio clínico de médicos en formación. Los objetivos secundarios incluyeron describir la experiencia de los participantes al emplear la técnica y explorar comparaciones en los niveles de estrés antes y después de su uso en una intervención clínica.

Metodología

Diseño del Estudio

Este estudio empleó un diseño mixto, cualitativo y cuantitativo de implementación, orientado a evaluar el objetivo primario: la factibilidad y aceptabilidad de una intervención breve de atención plena (mindfulness) denominada PIT-STOP. La intervención se aplicó en el contexto de actividades clínicas rutinarias de médicos y especialistas en formación. Como objetivos secundarios, se buscó describir la experiencia de los participantes y explorar comparativamente los cambios en los niveles de estrés antes y después de su uso. El proyecto fue aprobado por el Comité de ética e Investigación institucional y todos los participantes firmaron un consentimiento informado, gestionado electrónicamente mediante la plataforma REDCap.

Participantes y Reclutamiento

Se invitó a participar a médicos internos y médicos residentes que rotaban por los servicios de Pediatría, Medicina Interna y Medicina de Urgencias en el Hospital Universitario San Ignacio (HUSI). La invitación se realizó mediante correo electrónico y "voz a voz". Un investigador contactó a los interesados para brindar información detallada, corroborar los criterios de elegibilidad y gestionar la firma del consentimiento.

Los criterios de inclusión fueron: 1) ser médico interno o residente en los servicios previamente mencionados, 2) ser mayor de 18 años, 3) tener disposición para participar en el entrenamiento de PIT STOP, y 4) completar las evaluaciones del estudio. El único criterio de exclusión fue la práctica regular de meditación (definida como 2 o más veces por semana) durante los 6 meses anteriores.

Intervención y Procedimiento

La intervención, denominada PIT STOP, es una técnica breve de atención plena desarrollada por el Dr. David Victorson. El acrónimo corresponde a: Pausa, Inhale, Tome nota; de Sí mismo (pensamientos, sentimientos, reacciones fisiológicas) y de sus Tareas (objetivos, resultados deseados); Observe sin juicio; y Proceda con la tarea.

Tras firmar el consentimiento, los participantes complementaron las mediciones basales y se les presentó un video instructivo de la técnica PIT STOP. Se seleccionó con anticipación una actividad clínica específica para cada participante. El día de la intervención, los participantes recibieron un recordatorio mediante la observación del video y practicaron PIT STOP justo antes o durante el inicio de su actividad clínica seleccionada.

Medición, Factibilidad y Aceptabilidad

La recolección de datos se realizó en tres momentos. En la evaluación basal (T1), se recogieron datos sociodemográficos, se aplicó la Escala de Medición de Ansiedad, Depresión y Estrés

(DASS 21), se registraron signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial) y se midió el nivel de estrés percibido mediante una escala análoga visual ("termómetro de estrés"). Inmediatamente después de finalizar la actividad clínica (T2), se repitieron las mediciones de signos vitales y la escala visual de estrés, y se realizó una breve retroalimentación cualitativa sobre la experiencia. Finalmente, durante el seguimiento (T3), realizando entre dos y seis semanas después, los participantes completaron la escala DASS-21 y un cuestionario de aceptabilidad y factibilidad. Este cuestionario midió los desenlaces primarios, incluyendo indicadores de satisfacción, utilidad percibida, nivel de distracción, cansancio, horas previas de trabajo continuo y la probabilidad de recomendar la herramienta.

El plan de análisis incluyó estadísticas descriptivas para las características basales y las mediciones fisiológicas y psicológicas. Se evaluó la normalidad de las variables continuas; aquellas con distribución normal se resumieron con medias y desviaciones estándar, y las anormales con medianas y rangos intercuartílicos. Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas. El análisis de la información cualitativa se realizó mediante análisis temático para identificar patrones comunes relacionados con la experiencia de uso, la utilidad percibida y las barreras de implementación.

Resultados

Se reclutó un total de 21 participantes (n=21) para la sesión inicial. La muestra estuvo compuesta predominantemente por mujeres (n=17, 80.95%) y médicos residentes (n=20, 95.2%), con un rango de edad de 23 a 43 años. De la cohorte inicial, 12 participantes (n=12, 60%) completaron todas las fases del estudio, incluyendo la intervención clínica y el seguimiento. La mayoría de los participantes no tenía una práctica de meditación establecida; solo 3 reportaron meditar una vez al mes (n=3) y dos de forma ocasional (n=2). Las estrategias de afrontamiento del estrés más reportadas al inicio del estudio fueron la actividad física (n=21, 100%) y la actividad social (n=18, 85.7%).

Tabla 1. Datos sociodemográficos

Categorías	Número de participantes	Porcentaje
Edad (años)		
21-25	1	4.8%
26-30	17	80.95%
>30	3	14.3%
Especialidad		
Medicina Interna	7	33.3%
Pediatría	4	19%
Geriatría	10	47.6%
Sexo		
Masculino	4	19%
Femenino	17	81%
Nivel Educativo		
Internos	1	4.7%
Residentes	20	95.2%

Tabla 2. Estrategias para lidiar con el estrés	
Categorías	Número de participantes
Actividad social	10
Actividad física	11
Hobbies	8
Arte/Música	9
Actividad al aire libre	9
Tiempo en familia/amigos	15
Yoga/pilates	4

Resultados cualitativos

El análisis cualitativo se realizó desde una perspectiva temática, a partir de las entrevistas de retroalimentación realizadas posterior a la actividad clínica acompañada de la implementación de la herramienta PIT-STOP. Se identificaron 7 categorías emergentes listadas a continuación y en la tabla 3:

- Mayor tranquilidad
- Mayor concentración
- Menor ansiedad
- Menos síntomas somáticos
- Mayor conexión
- Dificultades en logística y tiempo para la realización
- Otros

La categoría más frecuente fue “menor ansiedad”, abordada por el 67% de los encuestados. Al profundizar acerca de esta categoría, los participantes la describieron como “no estar pensando en nada más que en el paciente”, “no preocuparme porque algo vaya a salir mal o que me regañen” y “no estar pensando en qué tengo que hacer después”. En este grupo, se detectó que dos participantes hablaron acerca de unas circunstancias particulares de su práctica clínica en las cuales se vieron afectados por un mayor estrés. Una de las participantes mencionó estar bajo la evaluación directa de un superior mientras realizaba un procedimiento invasivo en una paciente con inestabilidad hemodinámica y en sala de reanimación, mientras que otra participante refirió haber tenido que entrevistar a una paciente en la misma sala de reanimación mientras habían situaciones de emergencia que requerían de un gran número de personal. A estas situaciones se les dio el especificador de “menor ansiedad ante circunstancias adversas”, ya que las participantes percibieron un cambio significativo en su estado emocional al haber realizado la intervención de atención plena previo a este ejercicio clínico. Estas mismas encuestadas hicieron parte del 50% de participantes que hablaron de “mayor tranquilidad” como otra categoría tipificada. La diferencia entre este último y “menor ansiedad” fue descrita por los participantes refiriéndose a una mayor tranquilidad como un estado de calma y sin afanes, pudiendo encontrar grato su ejercicio clínico.

Las dos categorías previas están ampliamente relacionadas con la tercera, siendo "mayor concentración". Los participantes describieron una mayor capacidad de planificación de las entrevistas a los pacientes, sin dudas con respecto a los pasos a seguir con respecto a algún procedimiento o tratamiento, y más asertivos en su comunicación. Una de las participantes comentó: "tuve un enfoque claro, decisiones e indicaciones precisas a mis compañeros y asistentes, me sentí menos predispuesta a cometer errores".

El 25% de los participantes percibió una mejoría de algunos síntomas somáticos, posiblemente relacionados al estado de ánimo ansioso y al agotamiento físico, con una percepción de disminución de palpitaciones, diaforesis y tensión muscular cervical. También, el 25% percibió una mayor conexión con el paciente, de la mano con una mayor concentración en la entrevista clínica. Una de las encuestadas mencionó: "noté una diferencia clara, pude dejar ese afán constante de lado y parar todos mis pensamientos ajenos a mi actividad clínica, conectando más con mi paciente". 2 participantes hicieron un marcado énfasis en las dificultades para la realización de la técnica de atención plena por su carga académica y asistencial; se identificaron 4 categorías mencionadas por una persona, entre ellas la facilidad que dio la herramienta para sentirse más calmada y cómoda al comunicar unas malas noticias a familiares de un paciente, la práctica de la herramienta PIT-STOP en espacios no clínicos, la limitación por idioma de la intervención y la preocupación de que la actividad física realizada en el hospital pudiese alterar las mediciones de signos vitales.

Tabla 3. Categorías emergentes del análisis cualitativo temático

Categorías	**Número de participantes**	**Porcentaje**
Menor ansiedad	8	67%
(con especificador "ante circunstancias adversas")	2	16.6%
Mayor tranquilidad	6	50%
Mayor concentración	4	33%
Menos síntomas somáticos	3	25%
Mayor conexión	3	25%
Dificultades en logística y tiempo para la realización	2	16.6%
Otros	4	33%
Facilidad para decir malas noticias	1	8.3%
Práctica en otros espacios	1	8.3%
Limitación por idioma	1	8.3%
Factores de confusión en actividad física	1	8.3%

Aceptabilidad y factibilidad

En cuanto a la factibilidad, 67% (n=8, 67%) de los participantes que completaron el seguimiento reportaron haber realizado la práctica autónoma de PIT STOP entre la sesión inicial y la intervención. La frecuencia de esta práctica autónoma fue variable: 37% la practicó una vez por semana, 38% dos veces por semana y 25% tres veces por semana.

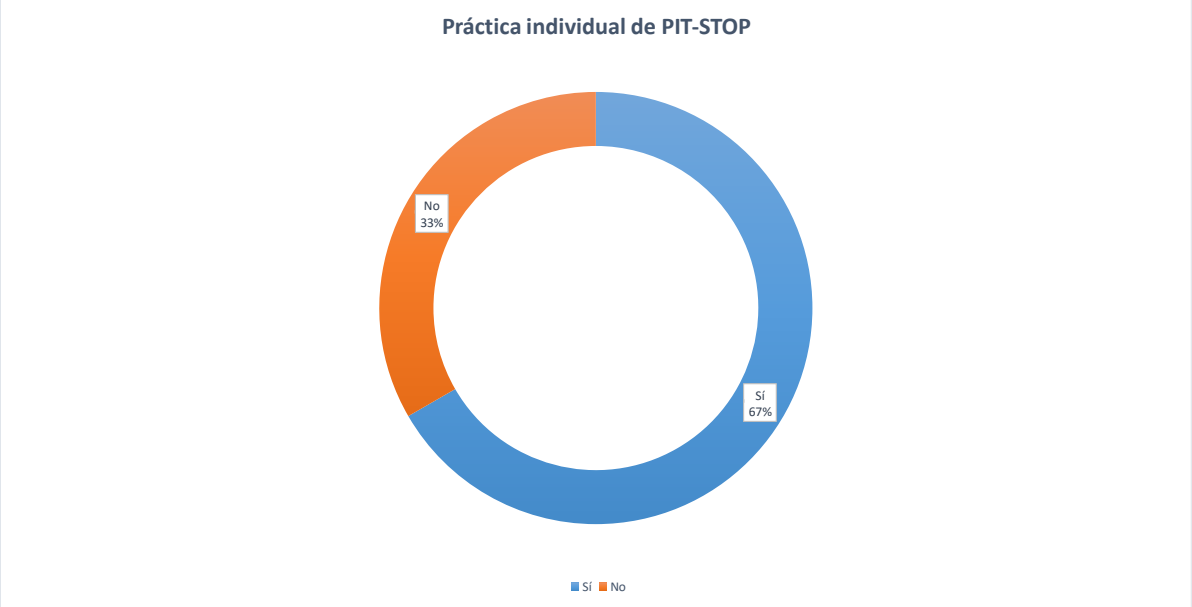


Imagen 1. Realización libre de la herramienta PIT-STOP

La aceptabilidad de la herramienta fue alta. El 100% de los participantes que completaron el seguimiento (n=12) afirmaron que recomendarían la herramienta a un amigo. La utilidad percibida fue mayoritaria: 50% la calificó como "útil", 34% como "muy útil", y 8% como "totalmente útil"; ningún participante la consideró "nada útil". En la calificación general (escala de 0 a 5), el 50% otorgó 4 estrellas y el 34% otorgó 5 estrellas. Esto se observó en un contexto de alta carga laboral, ya que el 59% de los participantes llevaba entre 8 y 12 horas de trabajo continuo al momento de la intervención, y un 33% llevaba entre 12 a 16 horas. A pesar del cansancio reportado, 33% "cansado" y 25% "muy cansado", el 100% de los participantes reportó satisfacción con el ejercicio clínico realizado.

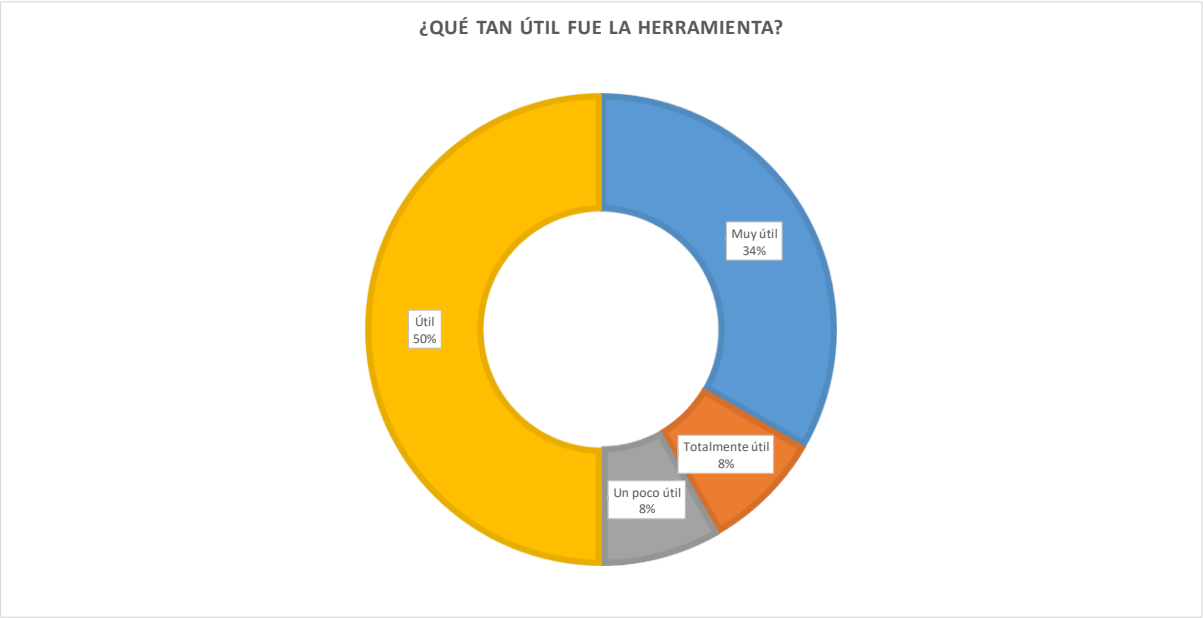


Imagen 2. Respuestas a la pregunta 6 del cuestionario de aceptabilidad y factibilidad

Resultados cuantitativos

En los resultados secundarios, las mediciones psicológicas mostraron cambios positivos. El "termómetro de estrés" (escala análoga visual 0-10) evidenció una reducción en la puntuación de estrés post-intervención en 9 de los 12 participantes configurando el 75%. Al comparar la escala DASS-21 basal con la del seguimiento, 7 de los 12 participantes, configurando el 58%, presentaron una reducción en el puntaje total, 4 participantes configurando el 33% mostraron un incremento y 1 participante configurando el 8% se mantuvo igual.

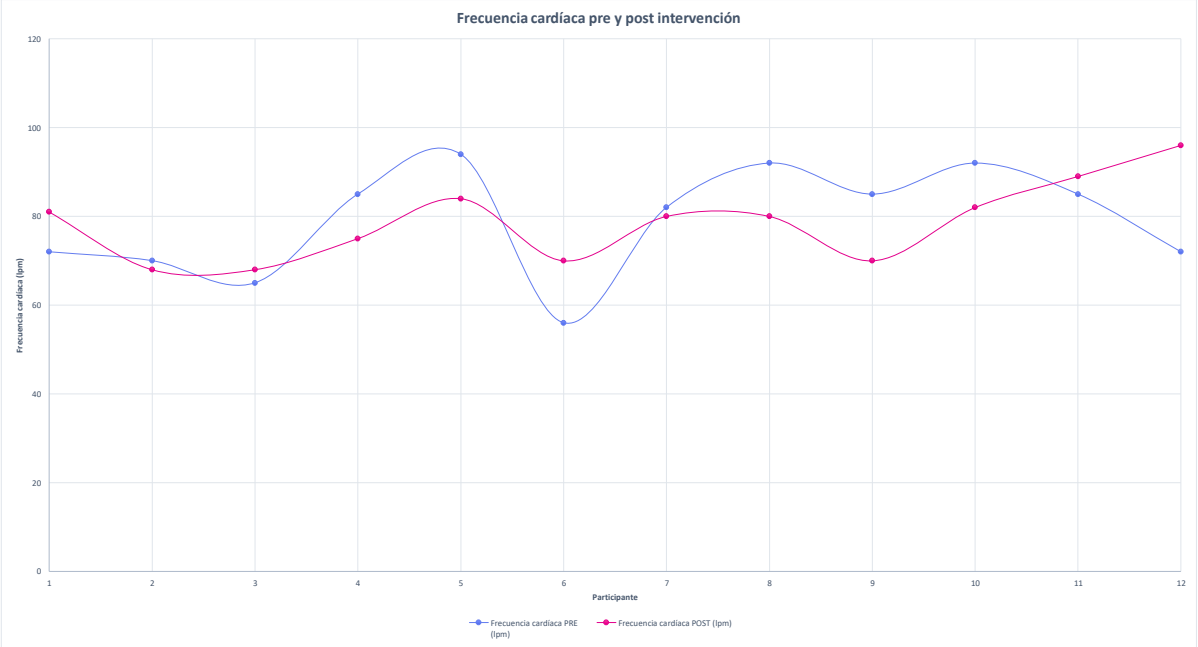


Imagen 3. Medición de frecuencia cardíaca pre y post-intervención

Adicionalmente, se observaron cambios en las variables hemodinámicas post-intervención. De los 12 participantes, 7 mostraron una reducción en la frecuencia y reducción en la tensión arterial sistólica, 8 participantes presentaron una disminución en la frecuencia respiratoria. Los participantes que mostraron mejoría en los valores hemodinámicos tendieron a reportar cualitativamente una mejor experiencia tras el uso de la herramienta.

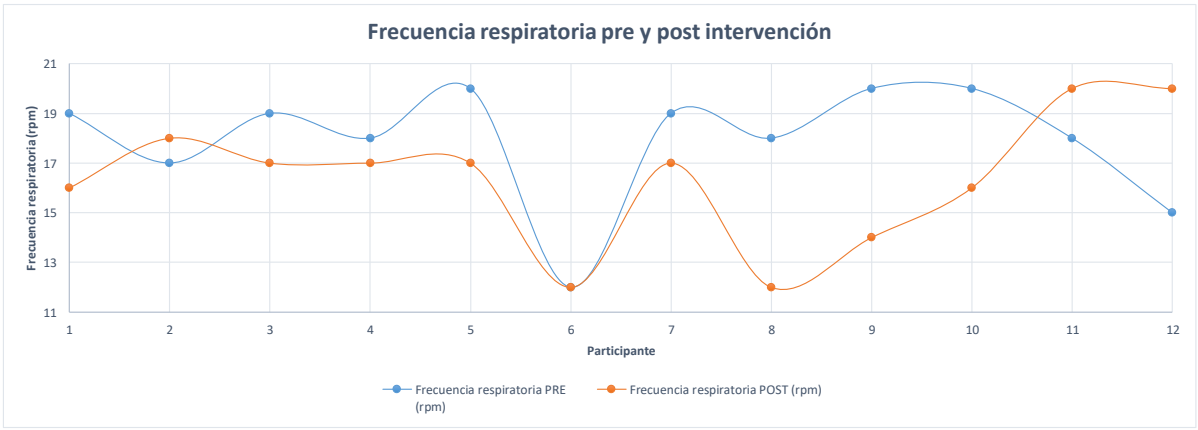


Imagen 4. Medición de frecuencia respiratoria pre y post-intervención

Finalmente, 8 de los 12 participantes observados mostraron un descenso en el termómetro análogo de estrés, mientras que 3 participantes mantuvieron el mismo nivel de estrés y

solamente un participante mostró un aumento en la percepción subjetiva de estrés. La mayoría de estos participantes que mantuvieron la misma puntuación en el termómetro análogo, fueron quienes calificaron inicialmente una puntuación baja su nivel de tensión. Como puede observar en la imagen 5, la mayor disminución se presentó de un puntaje máximo de 10 a un puntaje de 4, lo cual fue reportado por una residente que estaba en el área de reanimación.

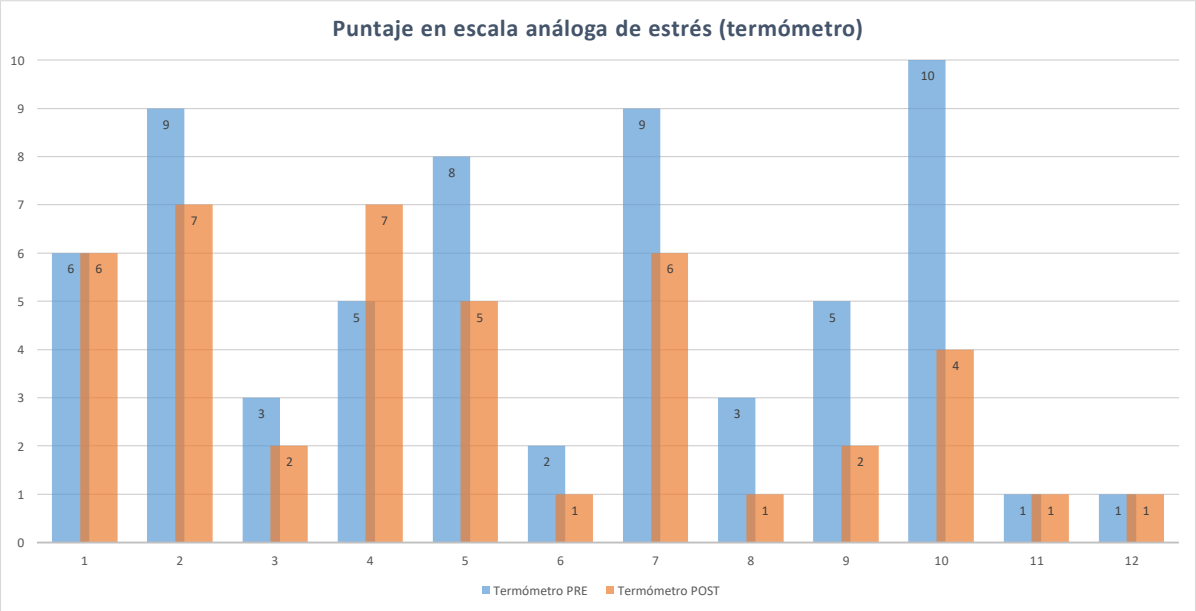


Imagen 5. Comparativa de la escala análoga de estrés pre y post-intervención

Discusión

Aspectos cualitativos

La realización de la entrevista semiestructurada al finalizar la intervención clínica hizo que los participantes expresaran, casi de manera unánime, una satisfacción con la herramienta PIT-STOP. Sin embargo, hubo consideraciones llamativas de los participantes.

Aunque se trata de una estrategia de atención plena de corta duración y con un entrenamiento rápido, la mayoría de los participantes reportaron dificultades para practicar la herramienta en el día a día, ya que las múltiples tareas que tenían que cumplir en su práctica clínica y ámbito académico les daba la percepción de no poder detenerse ni un instante. Una participante respondió: “no me siento con tiempo para hacer una terapia de relajación por todas las cosas que tengo que hacer: clases, investigación, rotaciones, exámenes”, mientras que otra participante añadió: “el espacio en el turno no es lineal, especialmente en las noches, y hay ocasiones en las cuales requieren de la asistencia inmediata, por lo que muchas veces no queda tiempo de practicar el PIT-STOP". Esta dificultad se extendió a la logística del estudio, ya que hubo problemas significativos a la hora de poder coordinar un momento durante el turno para poder realizar la intervención clínica, teniendo que buscar a los participantes en horarios nocturnos o en fines de semana, en los cuales el volumen de tareas asistenciales y académicas fuese menor. E incluso cuando se encontraba el tiempo para poder realizar la actividad clínica, muchas veces la práctica de la estrategia era interrumpida por el personal asistencial del

hospital que requería movilizarse en los diferentes espacios físicos que se tenían disponibles para la intervención. Este aspecto también fue reportado por los sujetos que interrumpieron el seguimiento del estudio como el motivo principal para desistir de su participación, con constantes reprogramaciones para realizar la actividad clínica. Se intentó realizar un seguimiento longitudinal a los participantes retirados, y aunque no se logró un seguimiento estructurado, manifestaron a los investigadores sus motivos para desistir, como el alto volumen de pacientes en sus servicios, los horarios cambiantes y la alta demanda de actividades académicas, las cuales son diferentes y específicas de cada servicio y año de residencia. Esto generó la percepción en los participantes de "no poder parar" en sus actividades académicas o asistenciales, considerando perentorias todas las actividades que tienen que realizar a través del día y percibiendo que el hecho de detenerse, así fuera por un momento, podría tener consecuencias negativas en los pacientes y su desempeño académico.

Llamó la atención que varios participantes lograron encontrarle una solución a la problemática de la falta de tiempo y espacios para la práctica de la herramienta PIT-STOP, sugiriendo que habían realizado la estrategia de atención plena durante actividades simples de la rutina hospitalaria, como sentarse a realizar notas clínicas en la oficina del servicio, lavarse las manos antes de entrar a la Unidad de Cuidados Intensivos o antes y después de algún procedimiento, como también durante actividades de cuidado personal, como almorzar, comprarse un café o entrar al baño. Los participantes que sugirieron esta solución fueron los más adherentes a practicar la herramienta 2 a 3 veces por semana.

Si bien los participantes consideraron que la herramienta no ningún efecto en su actitud empática y no afectó la capacidad de escucha, sí reportaron una mejoría en la estructuración de su entrevista. Un residente describió: "estuve más centrado en lo que tenía que hacer y menos preocupado por el afán, no tuve que ponerme a pensar qué más preguntarle al paciente o qué me había faltado, porque lo tenía todo más claro y organizado en mi cabeza", y en la misma línea otra participante comentó: "fui más consciente de preguntarle cosas a mi paciente que usualmente no le preguntaría, obteniendo datos más completos del cuadro clínico".

La mayoría de los participantes sí reportaron un impacto positivo tanto en la tranquilidad como en la concentración a la hora de hablar con sus pacientes, incluso en entornos ruidosos o situaciones apremiantes que usualmente hubiesen afectado su capacidad de enfocarse en la entrevista al paciente o en el procedimiento a realizar, siendo las categorías más comunes en las entrevistas. Una de las participantes practicó la herramienta PIT-STOP previo a la inserción de un catéter venoso central en la sala de reanimación del servicio de urgencias, y expresó una diferencia importante en su estado emocional, su capacidad para tomar decisiones claras y de dar indicaciones precisas y completas al personal de enfermería que la asistió en el procedimiento, resaltando que estaba siendo evaluada por uno de sus profesores en ese momento. Si bien los demás participantes no describieron la presencia de profesores entre los factores que precipitaron una mayor tensión emocional, la presión por un buen desempeño académico tanto en la evaluación asistencial como teórica fue un elemento mencionado en la mayoría de los participantes, lo cual hizo notar el efecto de la herramienta sobre la concentración. Otra participante entrevistó a una paciente en la sala de reanimación, y refirió: "la paciente probablemente sintió mi tranquilidad, porque estuve en un servicio muy ruidoso,

movido y frenético y aun así pudimos mantener una conversación que calmó a mi paciente y me permitió centrarme en ella y poder obtener toda la información (...) En general soy dispersa, pero me logré concentrar más en el objetivo de mi entrevista".

Aceptabilidad y factibilidad

En el cuestionario de aceptabilidad y factibilidad mostró una calificación global favorable, con un promedio de 4.08/5 en la evaluación de la herramienta. La única calificación desfavorable, que consideró poco útil la estrategia, fue dada por una participante quien manifestó hacer uso de la actividad física y del tiempo con amigos y familiares como estrategias para lidiar con el estrés, llevaba menos de 8 horas en el hospital y comentó no haber percibido un beneficio claro de la herramienta al sentirse calmada en su estado basal. Sin embargo, en la escala DASS 21 de esta participante, hubo un descenso de 10 puntos en comparación del inicio al final del estudio.

En el seguimiento longitudinal los participantes todavía reportaban sentirse distraídos en cierto grado durante su ejercicio clínico, lo que se correlacionó directamente con su grado de cansancio y sus horas de trabajo en el hospital. Los participantes que reportaron un mayor grado de cansancio durante su práctica clínica fueron los que más útil consideraron la herramienta.

Independiente al impacto subjetivo u objetivo de la herramienta PIT-STOP, los participantes percibieron un mayor bienestar, lo que se refleja en que el 100% de los encuestados manifestó recomendar la estrategia a algún amigo o familiar. Es importante resaltar que el 23% de los participantes se retiraron del estudio, la mayoría por la dificultad en la logística de la realización de las intervenciones, como también por su carga académica y asistencial. Lo anterior sugiere que las dificultades en la implementación de la estrategia PIT-STOP pueden estar más relacionadas con las condiciones laborales, asistenciales y académicas que con la estrategia en sí.

Aspectos cuantitativos

A partir de los resultados es posible concluir que el uso de la herramienta PIT STOP antes de la realización de un ejercicio clínico tiene incidencia en las variables vitales y en la experiencia subjetiva de los participantes con el paciente. Aunque el impacto cuantitativo no sea tan evidente, el efecto cualitativo es el que más refuerza la utilidad de la intervención.

En el 58% de los participantes se evidenció un efecto sobre los signos vitales, específicamente en la frecuencia cardiaca y respiratoria. Estas son también las variables sobre las que los participantes tienen mayor control, lo cual se refuerza por la aplicación de una técnica de meditación basada en la conciencia corporal y la regulación de la respiración. Cabe destacar una de las respuestas a la retroalimentación que enfatizaba en las diferencias entre el esfuerzo físico requerido para llevar a cabo el ejercicio clínico, que puede variar entre participantes y podría comprometer la confiabilidad de la comparación de signos vitales.

En 7 de los participantes el cambio en los signos vitales fue concordante con la hipótesis planteada, la intervención incide en los signos vitales debido a su efecto en la regulación de la respuesta simpática. Sin embargo, en el caso de la escala DASS 21 llama la atención que en

los participantes que mostraron una disminución del puntaje, no se dio necesariamente un cambio en los signos vitales o una disminución de estos valores. Específicamente en los 2 participantes que refirieron mayor satisfacción con la intervención y tuvieron mayor efecto en términos de efecto en las variables medidas (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y tensiones sistólica y diastólica), el puntaje de la escala DASS 21 aumentó. Cabe tener en cuenta los momentos en los cuales se llevó a cabo la medición de la escala. Debido a que la primera medición se dio en la sesión introductoria y la segunda después del ejercicio clínico, el contexto al cual estaban expuestos los participantes era diferente. Es importante recalcar que no todos los participantes pertenecen al mismo servicio, es decir, la carga laboral y asistencial a la cual están expuestos es diferente y por lo tanto al momento de realizar la intervención la sensación de cansancio percibida podía influenciar en los resultados. Adicionalmente el 66% de los participantes llevaba más de 8 horas en el hospital cuando se llevó a cabo el ejercicio clínico.

Por último, en cuanto al termómetro usado como escala visual análoga del estrés en el 66% de los participantes hubo una reducción del estrés autopercibido. Esto se evidenció tanto en participantes que mostraron un cambio en signos vitales como en aquellos donde esto no se hizo evidente. Este hallazgo refuerza que la herramienta, incluso en los participantes en quienes no tiene un efecto en signos vitales, si impacta en la vivencia de la experiencia, disminuyendo el malestar emocional y aumentando el bienestar percibido por los participantes.

Conclusiones

El personal de salud se enfrenta a condiciones que impactan su salud mental y repercuten especialmente en el estrés percibido. El auge en la preocupación por el bienestar y la investigación en estrategias para intervenir en los desenlaces negativos que esto puede llegar a generar, permiten identificar nuevas herramientas que tienen como finalidad mejorar la calidad de vida y aumentar el bienestar. El PIT-STOP es una herramienta que en la población especifica de médicos internos y médicos residentes del Hospital Universitario San Ignacio mostró ser una opción factible, aceptada y con un impacto en la conexión, calma y tranquilidad al momento de abordar al paciente en un ejercicio clínico.

A pesar de que hubo relación con una mejoría en los signos vitales en algunos de los participantes, el mayor efecto fue la utilidad percibida y la reducción de la sensación subjetiva de estrés de los participantes. El hecho de que los participantes hayan estructurado estrategias que facilitaran la implementación de la herramienta sugiere un impacto relevante que puede servir de base para optimizar la herramienta y realizar más estudios a futuro. Los resultados y la retroalimentación brindada por los participantes permiten identificar barreras como el idioma y el tiempo con el que cuentan los médicos en estos niveles de formación, como también el rol importante de la presión académica y asistencial, que puede generar una percepción de ser incapaces de frenar o detenerse en sus tareas. Asimismo, la recolección de datos y la práctica se ven influenciados por la disponibilidad, lo que refuerza la premisa de los retos a los que se enfrenta el personal de salud al momento de abogar por su autocuidado, específicamente cuando se trata de salud mental. Aún existen múltiples barreras en el estudio de la salud mental de trabajadores de la salud. Por lo tanto, es necesario seguir investigando y proponiendo

herramientas que busquen el bienestar y fortalecimiento de la salud mental del personal en formación.

Bibliografía

1. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: A systematic review: A systematic review. JAMA [Internet]. 2018;320(11):1131-50. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.12777

2. Trockel M, Bohman B, Lesure E, Hamidi MS, Welle D, Roberts L, et al. A brief instrument to assess both burnout and professional fulfillment in physicians: Reliability and validity, including correlation with self-reported medical errors, in a sample of resident and practicing physicians. Acad Psychiatry [Internet]. 2018;42(1):11-24. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1007/s40596-017-0849-3

3. Ranasinghe PD, Owusu JT, Bertram A, Michtalik H, Yeh H-C, Cofrancesco J Jr, et al. Depressive symptoms and burnout among medical students: A prospective study. J Gen Intern Med [Internet]. 2022;37(1):64-9.Disponible en: https://www.google.com/search q=http://dx.doi.org/10.1007/s11606-021-06765-x

4. Physician Burnout & Depression Report 2022: Stress, Anxiety, and Anger. Disponible en: https://www.medscape.com/slideshow/2022-lifestyle-burnout-6014664#24

5. Garzó-Orjuela, N., Eslava-Schmalbach, J., Martínez, N., Gonzalez-Gordon, L., Rosero, E., & Gómez-Restrepo, C. (2020). Prevalence and factors associated with burnout syndrome in Colombian anesthesiologists. International Journal of Preventive Medicine, 11(1), 5. https://doi.org/10.4103/ijpvm.ijpvm_150_18

6. Tejada, P., & Gomez, V. (2011, 12 diciembre). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. Universitas Psychologica, 11(3), 874. https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy11-3.pfdl

7. Glomb TM, Duffy MK, Bono JE, Yang T. Mindfulness at Work. En: Research in Personnel and Human Resources Management. Emerald Group Publishing Limited; 2011. p. https://doi.org/10.1108/S0742-7301(2011)0000030005

8. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA [Internet]. 2008;300(11):1350-2. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.300.11.1350

9. Klein A, Taieb O, Xavier S, Baubet T, Reyre A. The benefits of mindfulness based interventions on burnout among health professionals: A systematic review. Explore (NY) [Internet]. 2020;16(1):35-43. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2019.09.002

10. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. Med Teach

[Internet]. 2018;40(2):146-53. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1080/0142159X.2017.1394999

11. Bishop SR. Mindfulness: A proposed operational definition. Clin Psychol (New York) [Internet]. 2004;11(3):230-41. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/bph077

12. Hülsheger UR, Alberts HJEM, Feinholdt A, Lang JWB. Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. J Appl Psychol [Internet]. 2013;98(2):310-25. Disponible en:http://dx.doi.org/10.1037/a0031313

13. Sibinga EMS, Wu AW. Clinician mindfulness and patient safety. JAMA [Internet]. 2010;304(22):2532-3. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.1817

14. Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. JAMA [Internet]. 2009;302(12):1284-93.Disponible en: http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.1384

15. Botha E, Gwin T, Purpora C. The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. JBI Database System Rev Implement Rep [Internet]. 2015;13(10):21-9.Disponible en: http://dx.doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2380

16. Victorson A. 12-Minute General PIT STOP Training Video.Disponible en: https://www.consciousnessinhealth.org/resources.html