



ORIGINAL

Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria



Gloria Aranda Auserón^{a,*}, M. Rosario Elcuaz Viscarret^b, Carmen Fuertes Goñi^c, Victoria Güeto Rubio^d, Pablo Pascual Pascual^e y Enrique Sainz de Murieta García de Galdeano^f

^a Subdirección de Farmacia, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O), Pamplona, España

^b Servicio de Urgencias Extrahospitalarias SNS-O, Pamplona, España

^c Sección de Planificación, Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, Pamplona, España

^d Centro de Salud de Mendillorri SNS-O, Pamplona, España

^e Centro de Salud de Azpilagaña SNS-O, Pamplona, España

^f Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 26 de octubre de 2016; aceptado el 13 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 16 de junio de 2017

KEYWORDS

Mindfulness;
Self-compassion;
Burnout;
Stress;
Health professionals;
Primary care

Resumen

Objetivo: Evaluar la efectividad de un programa de *mindfulness* y autocompasión sobre los niveles de estrés y *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria.

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado.

Participantes y emplazamiento: Se ofertó entrenamiento en *mindfulness* a los 1.281 profesionales sanitarios de atención primaria de Navarra y aceptaron 48. Se asignaron por sorteo 25 participantes al grupo intervención, quedando los 23 restantes en el grupo control.

Intervención: El programa de entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión consistía en sesiones de 2,5 h/semana durante 8 semanas, a las que había que asistir al menos al 75% de las sesiones y realizar una práctica diaria de 45 min.

Mediciones principales: Antes-después de la intervención se midieron mediante cuatro cuestionarios los niveles de *mindfulness*, autocompasión, estrés percibido y *burnout*.

Resultados: Tras la intervención, las puntuaciones del grupo intervención mejoran significativamente en *mindfulness* ($p < 0,001$); estrés percibido ($p < 0,001$); autocompasión: auto-amabilidad

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: garandaa@navarra.es (G. Aranda Auserón).

PALABRAS CLAVE

Mindfulness;
Autocompasión;
Burnout;
Estrés;
Profesionales
sanitarios;
Atención primaria

$p < 0,001$, humanidad compartida $p = 0,004$, *mindfulness* $p = 0,001$; y *burnout*: cansancio emocional ($p = 0,046$). La comparación respecto al grupo control muestra diferencias significativas en *mindfulness* ($p < 0,001$), estrés percibido ($p < 0,001$), auto-amabilidad ($p < 0,001$) y cansancio emocional ($p < 0,032$).

Conclusiones: Este trabajo sugiere que puede ser beneficioso impulsar las prácticas de *mindfulness* y autocompasión en el ámbito sanitario.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Evaluation of the effectiveness of a Mindfulness and Self-Compassion program to reduce stress and prevent burnout in Primary Care health professionals

Abstract

Objective: To evaluate the effectiveness of a Mindfulness and Self-Compassion Program on the levels of stress and burnout in Primary Care health professionals.

Design: Randomised, controlled clinical trial.

Participants and setting: Training in Mindfulness was offered to 1,281 health professionals in Navarra (Spain) Primary Care, and 48 of them accepted. The participants were randomly assigned to groups: 25 to the intervention group, and the remaining 23 to the control group.

Intervention: The Mindfulness and Self-Compassion training program consisted of sessions of 2.5 hours/week for 8 weeks. The participants had to attend at least 75% of the sessions and perform a daily practical of 45 minutes.

Main measurements: The levels of mindfulness, self-compassion, perceived stress, and burnout were measured using four questionnaires before and after the intervention.

Results: After the intervention, the scores of the intervention group improved significantly in mindfulness ($P < .001$); perceived stress ($P < .001$); self-compassion: self-kindness $P < .001$, shared humanity $P = .004$, mindfulness $P = .001$; and burnout: emotional fatigue ($P = .046$). The comparison with the control group showed significant differences in mindfulness ($P < .001$), perceived stress ($P < .001$), self-kindness ($P < .001$) and emotional fatigue ($P = .032$).

Conclusions: This work suggests that it may be beneficial to encourage mindfulness and self-compassion practices in the health environment.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La prevalencia del *burnout* es muy variable en el ámbito sanitario, situándose por encima del 40% en la mayoría de estudios sobre profesionales de atención primaria¹⁻³.

Maslach y Jackson⁴ describieron las tres dimensiones del síndrome de *burnout*: «cansancio emocional», «despersonalización» y «falta de realización personal». El *burnout* ha sido ampliamente estudiado, desarrollándose un nuevo modelo de clasificación en tres subtipos clínicos⁵ («frenético», «sin desafíos» y «desgastado») basado en el grado de compromiso y las estrategias de afrontamiento utilizadas para combatir las dificultades. Estos autores, en un trabajo posterior, aplican dicha clasificación a profesionales sanitarios de atención primaria⁶, relacionando los tres subtipos con las tres dimensiones negativas del constructo autocompasión «auto-juicio», «aislamiento» y «sobre-identificación», señalando la importancia de instaurar tratamientos diferenciados y ajustados a cada subtipo y recomendando facilitar a los profesionales prácticas de *mindfulness* y autocompasión para afrontar los estresores y aliviar la culpa y otros sentimientos negativos.

Las prácticas para cultivar *mindfulness* y compasión son eficaces para aumentar la resiliencia y el bienestar psicológico de los profesionales, mejorando la relación médico-paciente y la práctica clínica⁷⁻¹⁰.

Mindfulness es el término con el que se ha traducido de la lengua pali la palabra *sati*, que significa «atención plena». Por otra parte, *mindfulness* se define como un estado o rasgo de la personalidad relacionado con la capacidad de prestar atención a la experiencia del momento presente con una actitud de aceptación y no juicio, capacidad que puede medirse con cuestionarios diseñados para ello. Asimismo, *mindfulness* comprende el conjunto de prácticas, técnicas y programas para cultivar y mejorar la habilidad de prestar atención y, basadas en estos programas, se desarrollan diferentes intervenciones y terapias para trastornos y contextos específicos.

En 1979, Kabat-Zinn¹¹ diseñó el programa *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)*, inspirado en prácticas de meditación budista, que ofrece herramientas para afrontar las circunstancias vitales de una manera más adaptativa, reduciendo el malestar psicológico asociado al estrés.

Posteriormente, surge un movimiento que defiende el valor de la compasión para el alivio del sufrimiento,

recomendando las terapias basadas en compasión en diferentes campos, entre ellos el sanitario. La compasión es la capacidad del ser humano de estar abierto al propio sufrimiento y al de los demás, sin juzgar ni rechazar la experiencia dolorosa. Es una cualidad multidimensional que incluye un factor cognitivo (comprensión del sufrimiento), un factor emocional (sentir el sufrimiento ajeno como propio) y un factor conductual (tener motivación e intención para aliviar el sufrimiento)^{12,13}.

La compasión es una habilidad central en la práctica de *mindfulness*¹⁴. Su cultivo proporciona equilibrio emocional y ayuda al sujeto a afrontar las dificultades con amabilidad y respeto hacia sí mismo y hacia los demás.

Actualmente existe una importante corriente de estudio sobre los efectos del cultivo de la compasión en la relación médico-paciente, el estrés y la fatiga compasiva, frecuente en las profesiones de ayuda por exceso de empatía hacia el sufrimiento. La fatiga compasiva produce síntomas de agotamiento físico y emocional y una actitud defensiva y de distanciamiento del profesional ante sus pacientes similares al cansancio emocional y la despersonalización presentes en el síndrome de *burnout*¹⁵⁻¹⁸.

Este estudio pretende evaluar los efectos de un programa de *mindfulness* y autocompasión sobre los niveles de estrés y *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria.

Material y métodos

Diseño

Ensayo clínico controlado aleatorizado mediante una intervención basada en *mindfulness* y autocompasión.

Participantes

Por correo electrónico se informó y se ofertó la formación gratuita, fuera del horario laboral, a los 1.281 profesionales de enfermería y medicina de atención primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. El muestreo fue no probabilístico y de conveniencia. Participaron 48 profesionales que, en la sesión de presentación, cumplieron los cuestionarios de datos sociodemográficos y los de medición del nivel de *mindfulness*, estrés percibido, autocompasión y *burnout*. La aleatorización de los grupos se realizó asignando números correlativos a los 48 participantes y seleccionando de un bombo con 48 bolas numeradas un total de 25; estos números formaron parte del grupo intervención, quedando el resto en el grupo control.

Criterios de inclusión: firmar el consentimiento informado, comprometerse a cumplimentar los cuestionarios pre y postintervención, asistir al menos al 75% de las sesiones y realizar prácticas de *mindfulness* y autocompasión 45 min al día.

Criterios de exclusión: haber realizado en los 6 meses anteriores algún programa de *mindfulness* y/o compasión; padecer enfermedad psiquiátrica que no aconsejara participar en el estudio.

Se perdieron dos participantes del grupo intervención por no completar el programa y uno del control por asistir a un curso de *mindfulness* durante el estudio.

Descripción de la intervención

Consistió en un curso inspirado en el programa MBSR¹¹ al que se incorporaron prácticas para el cultivo de la compasión del programa *Mindful-SelfCompassion* (MSC) de Kristin Neff¹⁹.

El curso se desarrolló durante los meses febrero y marzo de 2016 en un Centro de Salud de Pamplona y constaba de una sesión semanal de 2,5 h durante 8 semanas. Fue impartido por una instructora titulada máster en *Mindfulness* y formada en los programas MBSR y MSC. Cada sesión versó sobre un tema determinado y se realizaron prácticas de *mindfulness* y autocompasión, incluyéndose un tiempo para el diálogo e intercambio de experiencias entre los participantes. Se entregó material para las prácticas en casa (manual de contenidos teóricos, audios y diarios de prácticas).

El programa se describe en el [anexo I](#).

Instrumentos de evaluación

Medición de variables con los siguientes cuestionarios:

1. Datos sociodemográficos y características laborales. Edad; sexo; convivencia; percepción del estado de salud: «muy mala», «mala», «buena» o «excelente»; antecedentes psiquiátricos; media semanal de horas dedicadas a ejercicio físico y media de horas diarias dedicadas a formación profesional. Datos laborales: estamento profesional; años de ejercicio y centro de trabajo (urbano o rural).
2. *Five Facets of Mindfulness Questionnaire* (FFMQ). Nivel de *mindfulness* medido con el FFMQ de Baer et al.²⁰, validado por Cebolla et al.²¹ para población española. Mide la tendencia a actuar con conciencia plena en el día a día a partir de cinco habilidades: observar, describir, actuar conscientemente, no juzgar y no reaccionar. Consta de 39 ítems puntuables mediante una escala Likert (1 a 5). Los valores totales más altos indican más conciencia plena.
3. *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ). Nivel de estrés percibido medido con la versión española del PSQ, validada por Sanz-Carrillo et al.²². Evalúa el grado en que el sujeto percibe las situaciones de la vida como estresantes a partir de seis factores: tensión, irritabilidad, fatiga; aceptación social de conflictos; energía y diversión; sobrecarga; satisfacción por autorrealización; miedo y ansiedad. Se midió el nivel de estrés referido al último mes. Consta de 30 ítems puntuables mediante escala tipo Likert (1 a 4). Los valores totales más altos indican más estrés.
4. *Self-Compassion Scale* (SCS). La SCS fue diseñada por Kristin Neff²³. Se utilizó la escala corta de la versión española, validada por García-Campayo et al.²⁴ con 12 ítems puntuables mediante escala tipo Likert (1 a 5) que mide cómo actúa el sujeto habitualmente hacia sí mismo en momentos difíciles. Consta de seis subescalas: auto-amabilidad, humanidad común, *mindfulness*, y sus opuestos: auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación. Los valores totales más altos indican más autocompasión.
5. *Maslach Burnout Inventory* (MBI). El *burnout* se midió con la versión española del MBI-HSS²⁵. Consta de 22

ítems puntuables de 0 a 6 que miden las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional (CE), 9 ítems y puntuación máxima de 54 puntos; despersonalización (DP), 5 ítems y puntuación máxima de 30 puntos; realización personal (RP), 8 ítems y puntuación máxima de 48 puntos. Los puntos de corte utilizados fueron: cansancio emocional bajo < 19, moderado 19-26, alto > 26. Despersonalización bajo < 6, moderado 6-9, alto > 9. Realización personal bajo > 39, moderado 39-34, alto < 34.

Análisis estadístico

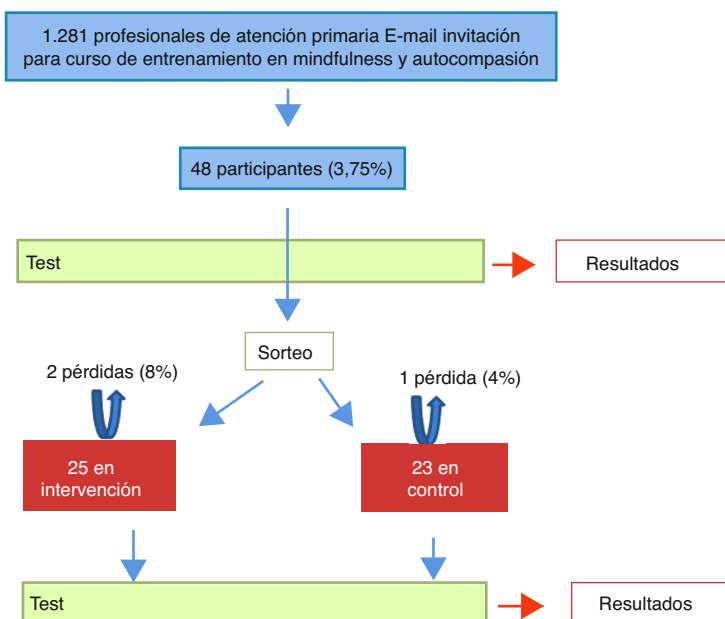
Se estimó un tamaño muestral de 50 sujetos, necesario para tener una potencia del 80% en detectar como significativas diferencias entre la situación pre y postintervención de 0,6 desviaciones típicas en los scores de las escalas consideradas. Las características demográficas y laborales de los participantes y sus puntuaciones en los cuestionarios se resumieron mediante frecuencias y porcentajes para variables categóricas y con medias y desviaciones estándar para variables continuas. Las comparaciones de las características demográficas y laborales entre los grupos se realizaron con el test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables continuas y el test de la chi-cuadrado o el de Fisher para las categóricas. En cada grupo y para cada cuestionario se compararon las puntuaciones pre-postintervención con la prueba de Wilcoxon pareada para las variables continuas y con la de McNemmar para las variables categóricas. Para evaluar las diferencias pre-postintervención entre grupos se utilizó la prueba de Mann-Whitney para las variables continuas y la de comparación de proporciones para las categóricas. Los cambios pre-post por grupo para cada puntuación global se ilustraron con gráficos de barras de error con medias e intervalos de confianza del 95% para las variables continuas. Los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS Statistics 20.

Resultados

La [tabla 1](#) describe las características sociodemográficas y laborales de los participantes. El 84,4% eran mujeres, el 93,2% vivían con familiares y el 80% consideraron su estado de salud como bueno. El 53,3% eran profesionales de medicina y el 46,7% profesionales de enfermería, con una media de 24 años de ejercicio profesional (desviación estándar [DE]: 9,34). El 28,9% declararon que habían practicado meditación. Las diferencias entre los grupos control e intervención no fueron significativas en ninguna de las características consideradas.

La [tabla 2](#) describe los resultados pre-postintervención obtenidos en las diferentes escalas para cada grupo. En el grupo intervención, la puntuación media preintervención en *mindfulness* (FFMQ) fue 120,5 (DE: 19,5), que mejoró significativamente a 140,1 (DE: 14,2) tras la intervención ($p < 0,001$). Los cambios fueron significativos en todas las subescalas: «observar» ($p < 0,001$), «describir» ($p = 0,001$), «actuar conscientemente» ($p = 0,008$), «no juzgar» ($p = 0,001$) y «no reaccionar» ($p = 0,001$). Los resultados para el grupo control no se modificaron ($p = 0,689$). La comparación entre grupos muestra una diferencia significativa ($p < 0,001$).

En la escala de estrés percibido (PSQ), como medida resumen se utilizó la sugerida por Sanz-Carrillo et al.²²: $PSQ = (row\ score - 30) / 90$, por lo que la escala tiene un rango de 0 a 1. En nuestro estudio, las puntuaciones se redujeron significativamente de 0,50 a 0,33 en el grupo intervención ($p < 0,001$). Los cambios en el grupo intervención fueron significativos en todas las sub-escalas: «tensión» ($p < 0,001$), «aceptación» ($p < 0,001$), «energía y diversión» ($p = 0,009$), «sobrecarga» ($p = 0,002$), «satisfacción» ($p < 0,001$) y «miedo y ansiedad» ($p = 0,030$). La comparación entre grupos del resultado global de PSQ presentó una diferencia significativa ($p < 0,001$).



Esquema general del estudio: ECA de intervención de entrenamiento en mindfulness.

Tabla 1 Estadística descriptiva de los participantes de cada grupo

		Total muestra (n = 45)	Grupo control (n = 22)	Grupo intervención (n = 23)	p
<i>Características sociodemográficas y de estilo de vida</i>					
Edad (años)	Media (DE)	49,9 (8,2)	49,9 (8,7)	50,0 (7,9)	0,918
Sexo	H	7 (15,5%)	1 (4,5%)	6 (26,1%)	0,096
	M	38 (84,4%)	21 (95,5%)	17 (73,9%)	
Tipo convivencia	Solo	3 (6,8%)	1 (4,8%)	2 (8,7%)	0,535
	En familia	41 (93,2%)	20 (95,2%)	21 (91,3%)	
Antecedentes psi	No	39 (86,7%)	19 (86,4)	20 (87,0%)	0,646
	Sí	6 (13,3%)	3 (13,6%)	3 (13%)	
E salud	Buena	36 (80%)	17 (77,3%)	19 (2,6%)	0,460
	Excelente	7 (15,6%)	3 (13,6%)	4 (17,4%)	
	Mala	2 (4,4%)	2 (9,1%)	0 (0%)	
Tiempo actividad física ^a	Media (DE)	3,6 (1,9)	3,6 (1,8)	3,6 (2,1)	0,963
Tiempo formación ^b	Media (DE)	1,0 (0,9)	1,1 (0,8)	0,9 (1,0)	0,337
<i>Características laborales</i>					
Profesión	Enfermería	21 (46,7%)	10 (45,5%)	11 (47,8%)	0,889
	Médico/ped	24 (53,3%)	12 (54,5%)	12 (52,2%)	
Años de trabajo	Media (DE)	24,0 (9,34)	24,0 (10,8)	24,0 (8,0)	0,698
Centro	Urbano	21 (46,7%)	10 (45,5%)	11 (47,8%)	0,987
	Rural	20 (44,4%)	10 (45,5%)	10 (43,5%)	
	Otros	4 (8,9%)	2 (9,0%)	2 (8,7%)	
<i>Aspectos relacionados con la intervención</i>					
Meditación	No	32 (71%)	14 (63,6%)	18 (78,3%)	0,279
	Sí	13 (28,9%)	8 (36,4%)	5 (21,7%)	
Taller antes	No	39 (86,7%)	21 (95,5%)	18 (78,3%)	0,187
	Sí	6 (13,3%)	1 (4,5%)	5 (21,7%)	

^a Tiempo en horas semanales dedicadas a la práctica de ejercicio físico.

^b Tiempo en horas diarias dedicadas a actividades relacionadas con la formación.

Los resultados de la escala de autocompasión (SCS) fueron desglosados en tres subescalas: el grupo intervención obtuvo un incremento en «auto-amabilidad» de 0,78 puntos ($p < 0,001$) pre-postintervención, y cambios más moderados, aunque aún significativos, en «humanidad compartida» (0,59 puntos; $p = 0,004$) y en «mindfulness» (0,54 puntos; $p = 0,001$). En la comparación entre grupos la diferencia fue significativa en «auto-amabilidad» ($p < 0,001$).

Los resultados de la escala del *burnout* (MBI) difieren dependiendo de la dimensión. Para «cansancio emocional» el efecto de la intervención fue significativo ($p = 0,046$), mejorando de categoría 8 de los participantes (36%), y no así en el grupo control. La diferencia en el porcentaje de mejora entre grupos fue asimismo significativa ($p = 0,032$). Para las dimensiones de «despersonalización» y «realización personal» los

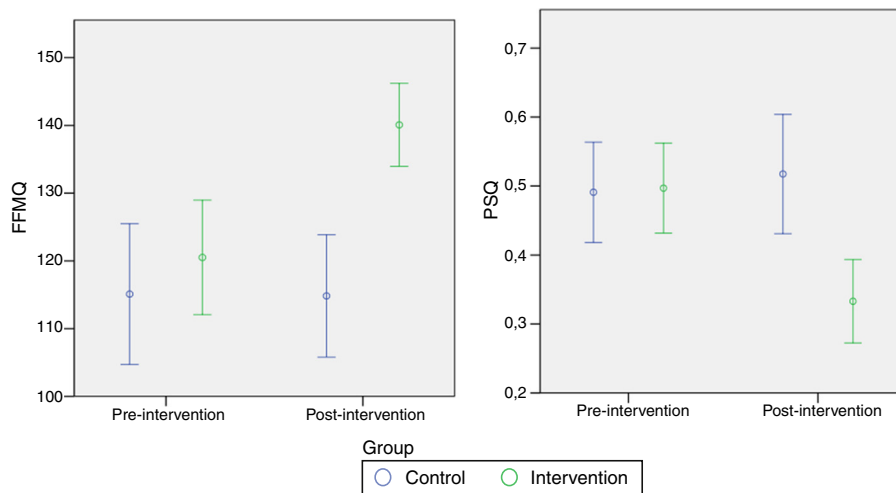


Figura 1 Cambios pre-postintervención FFMQ y PSQ para los grupos control e intervención.

Tabla 2 Resumen de las puntuaciones resultantes antes y después de la intervención y comparación entre grupos

		Preintervención	Postintervención	Incremento	p	Comparación entre grupos
FFMQ						
	Intervención	120,5 (19,5)	140,1 (14,2)	19,6 (11,2)	< 0,001	
	Control	115,1 (23,5)	114,8 (20,4)	-0,27 (14,1)	0,689	< 0,001
SCS						
<i>Auto-amabilidad</i>						
	Intervención	2,96 (0,85)	3,74 (0,62)	0,78 (0,56)	< 0,001	< 0,001
	Control	2,93 (0,72)	3,04 (0,84)	0,11 (0,46)	0,109	
<i>Humanidad compartida</i>						
	Intervención	3,00 (0,96)	3,59 (0,46)	0,59 (0,85)	0,004	0,050
	Control	2,99 (0,85)	3,10 (0,88)	0,11 (0,85)	0,473	
<i>Mindfulness</i>						
	Intervención	3,16 (0,87)	3,71 (0,62)	0,54 (0,62)	0,001	
	Control	2,94 (0,84)	3,07 (0,90)	0,14 (0,72)	0,361	0,054
PSQ						
	Intervención	0,50 (0,15)	0,33 (0,14)	-0,16 (0,11)	<0,001	
	Control	0,49 (0,16)	0,52 (0,19)	0,03 (0,11)	0,273	<0,001
MBI						
<i>Cansancio emocional</i>						
	Intervención	Bajo (< 19)	9 (41%)	13 (59%)		
		Md (19-26)	3 (14%)	4 (18%)	8 (36%) ^a	0,046
		Alto (> 26)	10 (46%)	5 (23%)		0,032
	Control	Bajo (<19)	13 (59%)	11 (50%)		
		Md (19-26)	3 (14%)	4 (18%)	2 (9%) ^a	0,435
		Alto (> 26)	6 (27%)	7 (32%)		
<i>Despersonalización</i>						
	Intervención	Bajo (< 6)	10 (46%)	8 (36%)		
		Md (6-9)	5 (23%)	5 (23%)	3 (14%) ^a	0,435
		Alto (> 9)	7 (32%)	9 (41%)		0,261
	Control	Bajo (< 6)	11 (50%)	9 (41%)		
		Md (6-9)	5 (23%)	7 (32%)	6 (27%) ^a	0,392
		Alto (> 9)	6 (27%)	6 (27%)		
<i>Realización personal</i>						
	Intervención	Bajo (> 39)	8 (35%)	12 (52%)		
		Md (39-34)	11 (48%)	7 (32%)	7 (32%) ^a	0,392
		Alto (< 34)	3 (14%)	3 (14%)		0,332
	Control	Bajo (> 39)	9 (41%)	10 (46%)		
		Md (39-34)	10 (45%)	7 (32%)	3 (14%) ^a	0,392
		Alto (< 34)	3 (14%)	5 (23%)		

FFMQ: Five Facets Mindfulness Questionnaire; MBI: Maslach Burnout Inventory; PSQ: Perceived Stress Questionnaire; SCS: Self Compassion Scale.

^a Número (%) de personas que mejoran de categoría en la dimensión correspondiente.

cambios fueron marginales y no difirieron entre los grupos.

La figura 1 ilustra los resultados de las escalas de *mindfulness* (FFMQ) y estrés (PSQ), y la figura 2, los de las tres subescalas de la autocompasión (SCS) y los de las tres dimensiones del *burnout* (MBI).

Discusión

Nuestros resultados, en línea con otros trabajos que aconsejan la práctica de *mindfulness* para reducir los niveles de

estrés y *burnout* en profesionales sanitarios⁷⁻¹⁰, muestran que un programa basado en *mindfulness* y autocompasión disminuye el estrés y el cansancio emocional en profesionales sanitarios de atención primaria y mejora su capacidad de atención plena y autocompasión.

Al diseñar el estudio se pensó en superar algunos de los problemas metodológicos recurrentes en otros trabajos similares, como los descritos por García-Campayo y Santed²⁶. Las limitaciones más importantes de otros estudios, como ausencia de grupo control y remunerar económicamente a los participantes, no afectan a nuestro estudio controlado y con participantes voluntarios. Podría existir un sesgo de

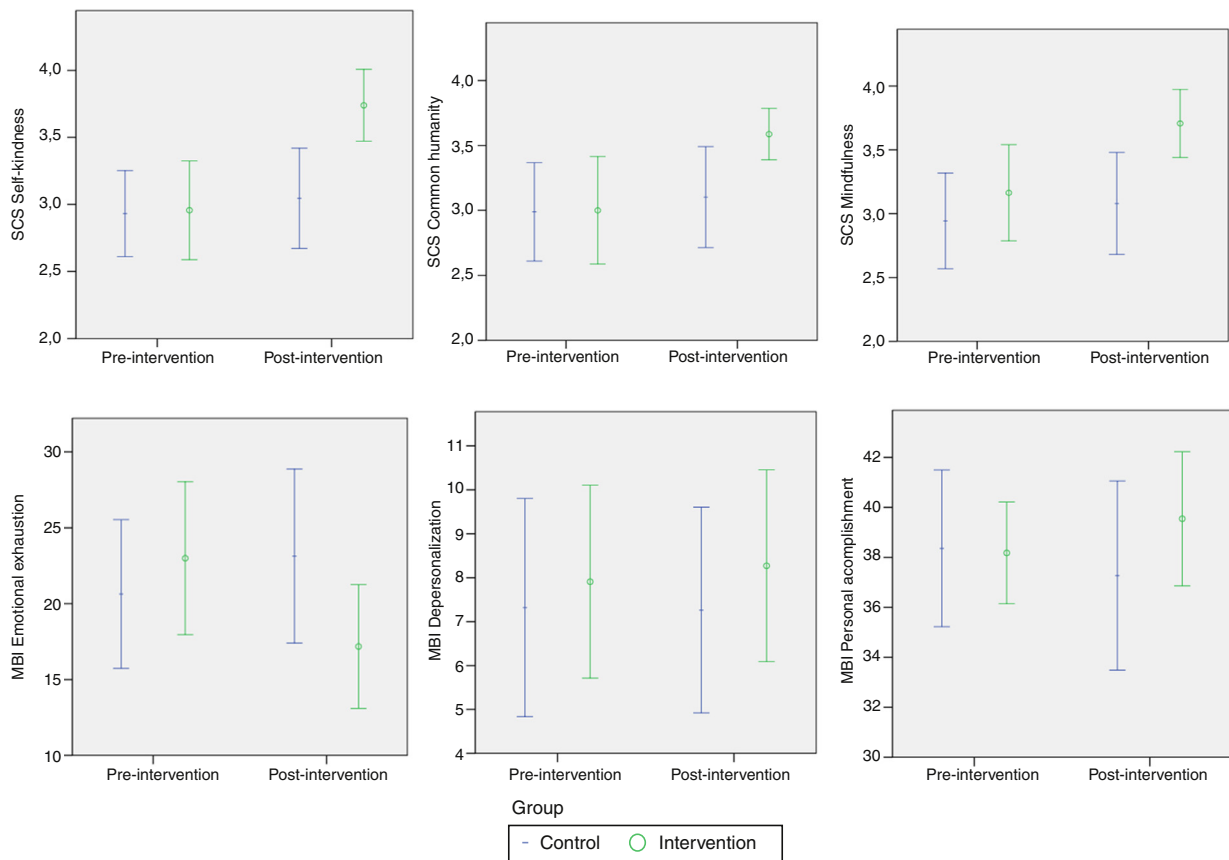


Figura 2 Cambios pre-postintervención para SCS y MBI en sus tres dimensiones para los grupos control e intervención.

selección en la muestra al responder a la oferta personas comprometidas a dedicar parte de su tiempo libre al programa, por lo que la interpretación y la extrapolación de resultados a todos los profesionales de atención primaria deben hacerse con cautela. Sería interesante investigar si la baja tasa de participación en el estudio (48 de 1.281; 3,75%) fue por desconocimiento o escepticismo, por falta de tiempo u por otro tipo de reparos. No obstante, estimando la prevalencia de *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria en un 40%, se acotaría la población potencial a estudio mejorando la tasa de respuesta (9,36%).

Otra limitación es el bajo tamaño muestral, que nos garantizaba poder encontrar como significativas diferencias de magnitud media o alta, como las obtenidas (tamaño del efecto en torno a 0,6 para la mayoría de las escalas), pero no encontrar como significativas diferencias de menor magnitud. Sería conveniente realizar otros estudios que analizaran la efectividad de estas intervenciones en contextos similares con el fin de tener resultados conclusivos.

Antes de la intervención, los participantes mostraban valores medios-bajos en la dimensión de despersonalización y moderados-altos en la de realización personal del *burnout*. Tras la intervención, no se hallaron cambios significativos en estas dos dimensiones, y sí en la de cansancio emocional. Podría deberse a que la intervención no tuvo efectos en estas variables o a que son percepciones que se modifican lentamente, precisando observaciones a más largo plazo.

Nuestro estudio contó con un elevado porcentaje de mujeres en ambos grupos. Un reciente metaanálisis²⁷ señala

diferencias de género en los niveles de autocompasión, con valores menores en las mujeres, lo que podría explicar su mayor interés en participar en estos programas.

Aunque no era el objetivo de este estudio, sería interesante corroborar los resultados analizando otros parámetros, como cambios en neuroimagen^{28,29} o en niveles de cortisol y oxitocina.

El incremento en los niveles de *mindfulness* y en las tres subescalas del constructo autocompasión —«auto-amabilidad», «humanidad compartida» y «*mindfulness*»— observado tras nuestra intervención coincide con lo afirmado por otros autores^{6,16-18} respecto a que cultivar las capacidades de *mindfulness* y compasión mejora las alteraciones del estado de ánimo. Esto ocurre especialmente en aquellas personas con niveles elevados de compromiso, exigencia y autocrítica, perfil que se corresponde con el del profesional sanitario con mayor riesgo de padecer *burnout* y fatiga por compasión. Asimismo, algunos estudios muestran que existe correlación entre las capacidades de *mindfulness* y autocompasión y señalan cómo estas pueden potenciarse con prácticas diseñadas para ello³⁰, lo que podría ser motivo de futuras investigaciones.

Dotar al profesional sanitario de habilidades que le ayuden a conectar con los demás, a ser amable consigo mismo y a observar la realidad de una forma ecuánime y con perspectiva puede protegerle del síndrome de *burnout* y reducir su cansancio emocional. Sería aconsejable realizar estudios de seguimiento para valorar los efectos a largo plazo y la adherencia a las prácticas de este tipo de intervenciones.

En conclusión, este trabajo sugiere que puede ser beneficioso impulsar prácticas de *mindfulness* y autocompasión en el ámbito sanitario.

Lo conocido sobre el tema

- La formación en *mindfulness* es eficaz para evitar el *burnout* en profesionales sanitarios.
- Las recientes investigaciones sobre los beneficios que el cultivo de la compasión produce en la regulación emocional y en la capacidad de conectar con los demás aconsejan seguir estudiando los efectos de estas intervenciones en el ámbito sanitario.

Qué aporta este estudio

- Un programa combinado con prácticas de *mindfulness* y autocompasión ha mostrado eficacia para disminuir el estrés y el cansancio emocional en profesionales sanitarios de atención primaria.
- Facilitar a los profesionales de atención primaria formación en *mindfulness* y autocompasión puede reducir el estrés y prevenir el *burnout*.

Financiación

Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, al obtener el primer premio en el II Concurso de Ideas para la Investigación Sanitaria en Atención Primaria.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de Navarra (CEIC). Los datos fueron anonimizados y se garantizó la confidencialidad de los sujetos conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD 15/1999 de 13 de diciembre).

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen la inestimable colaboración para la realización de este estudio a Berta Ibáñez, de la Sección de Metodología de Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. El apoyo del grupo de Comunicación y Salud de la Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Comunitaria. La orientación de Javier Baquedano y Juan Erviti, del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y de Yolanda López, de la Universidad de Zaragoza. Y la colaboración de la Unidad de Comunicación de Navarrabiomed-Fundación Miguel Servet.

Anexo I. Estructura y contenidos del curso

Jornada de presentación

Presentación y objetivos del curso
Cronograma y estructura de las sesiones presenciales
Cumplimentación de cuestionarios: FFMQ, SCS, PSQ y MBI

Primera semana. Conciencia plena

Conceptos

Mindfulness. Atención Plena versus Piloto automático. Modo Ser/Modo Hacer. Actitudes para la práctica. Presentación de las prácticas formales e informales de *mindfulness*

Prácticas durante la sesión

Ejercicio de la uva pasa. Práctica de los 3 min. Body-scan

Trabajo para casa durante la semana

Body-scan al menos 6 días a la semana

Segunda semana. Las percepciones y la realidad

Conceptos

Cómo percibimos la realidad. Apertura. Mente de principiante. Aceptación. No juicio. Metacognición

Prácticas durante la sesión

Introducción en la postura de meditación. *Mindfulness* en la respiración

Trabajo para casa durante la semana

Body-scan 6 días a la semana. *Mindfulness* en la respiración durante 10 o 15 min al día

Tercera semana. Las emociones

Conceptos

Las emociones básicas. Neurobiología de las emociones. Regulación emocional. Compasión: *mindfulness*, humanidad compartida, auto-amabilidad y sus dimensiones opuestas

Prácticas durante la sesión

La Pausa de la Autocompasión. Práctica de estiramientos y ejercicios con atención plena

Trabajo para casa durante la semana

Alternar el body-scan con ejercicios de yoga y estiramientos con conciencia plena. Practicar la «Pausa de la Autocompasión» cada vez que nos enfrentemos a un momento estresante o doloroso a lo largo de la semana, sobre todo en el trabajo

Cuarta semana. Reactividad al estrés. Estrategias de afrontamiento. *Burnout***Conceptos**

Estrés: factores estresores. Bases fisiológicas y psicológicas de la reactividad al estrés. Reacción automática versus respuesta eficaz en situaciones de estrés. Estrategias de afrontamiento. *Burnout*

Prácticas durante la sesión

Mindfulness caminando. El abrazo compasivo

Trabajo para casa durante la semana

Alternar el body-scan compasivo con los ejercicios de yoga y estiramientos con atención plena

Practicar *mindfulness* en la respiración durante 10 o 15 min al día. Paseo meditativo

Quinta semana. Relaciones interpersonales. Comunicación consciente. Estilos comunicativos**Conceptos**

Estrés y relaciones interpersonales. Comunicación consciente. Estilos comunicativos

Prácticas durante la sesión

Por parejas, se realiza la práctica de la «Escucha Empática»

Trabajo para casa durante la semana

Mindfulness en todo el rango de experiencias o práctica de conciencia sin elección, atendiendo a todos los contenidos mentales (sensaciones, emociones, pensamientos). *Mindfulness* en la respiración

Sexta semana. El sentido en medicina. Valores**Conceptos**

Valores como guías para dirigir nuestros objetivos vitales. Descubriendo nuestros valores y fortalezas

Prácticas durante la sesión

Meditación centrante: observar la posible conexión de esta experiencia con nuestros propios valores
Práctica de tu «Yo futuro». Esta práctica ayuda a descubrir los valores, lo que es importante para uno

Trabajo para casa durante la semana

Práctica formal diaria de al menos 45 min de duración a elección del alumno, eligiendo cada día la práctica más adecuada al momento, estado de ánimo, intención. Puede ser una sola práctica formal body-scan, atención a la respiración, ejercicios corporales y estiramientos con atención plena o una combinación de varias de ellas, bien en la misma sesión o en varias sesiones a lo largo del día

Séptima semana. El profesional sanitario ante el sufrimiento. Gestión del tiempo**Conceptos**

Dolor primario y sufrimiento secundario. Resistencia al dolor. Aceptación Radical. Afrontamiento frente a evitación/negación. Diferencia entre empatía y compasión. Fatiga por empatía versus satisfacción por compasión. Gestión del tiempo

Prácticas durante la sesión

Se introduce la práctica de «Tonglen» (dar y recibir) para manejar la fatiga del cuidador

Trabajo para casa durante la semana

Realizar diariamente cualquiera de las prácticas formales de *mindfulness* y autocompasión aprendidas hasta este momento, a elección del alumno y según necesidad. Puede ser una sola práctica en una sesión o combinando varias en diferentes momentos del día (45 min).

Se pide al alumno que diseñe un «Plan Personal de Autocuidado» pensando en los aspectos de su vida que le gustaría modificar para sentirse mejor y comprometiéndose a incluir en su día a día las técnicas de meditación y ejercicios de autocompasión aprendidos durante el programa

Octava semana. Plan personal de autocuidado. Despedida**Conceptos**

Cuidar al cuidador. Conciencia de nuestras propias necesidades. En grupos pequeños (2 o 3 personas) se comparte el «Plan Personal de Autocuidado» reflexionando acerca de las condiciones que necesitamos para sentirnos bien en nuestro trabajo, factores que influyen en ese bienestar, cómo podemos prevenir el estrés, la ansiedad, la prisa, y qué medidas podemos adoptar para nuestro autocuidado

Cuestionarios y evaluación del curso

Se entregan los cuestionarios de medición post-intervención (FFMQ, PSQ, SCS, MBI) que son recogidos por la instructora una vez cumplimentados. Cada alumno, de forma anónima, evalúa el curso pudiendo señalar lo que ha supuesto la experiencia

Meditación final

El círculo de la compasión: meditación de la bondad amorosa (metta) dirigida a un ser querido, a nosotros mismos, a un ser neutral, a uno conflictivo y finalmente a todos los seres vivientes

Bibliografía

- Vilà M, Cruzate C, Orfila F, Creixell J, González MP, Davins J. Burnout y trabajo en equipo en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2015;47:25–31.
- Prieto Albino L, Robles Agüero E, Salazar Martínez LM, Daniel Vega E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria*. 2002;29:294–302.
- Gómez Urquiza JL, Monsalve Reyes C, Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente G. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria*. 2017;49:77–85.
- Maslach C, Sacufeli W, Leiter M. Job burnout. *Ann Rev Psychology*. 2001;52:397–422.
- Montero-Marín J, Prado-Abril J, Piva-Demarzo MM, Gascón S, García-Campayo J. Coping with stress and types of burnout: Explanatory power of different coping strategies. *PLoS ONE*. 2014;9, e89090.
- Montero-Marín J, Zubiaga F, Cereceda M, Piva Demarzo MM, Trenc P, García-Campayo J. Burnout subtypes and absence of self-compassion in primary healthcare professionals: A cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2016;11, e0157499.
- 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*. 2009;302:1284–93.
- Atanes A, Andreoni S, Hirayama M, Montero-Marín J, Barros V, Ronzani T, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: A correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med*. 2015;15:303.
- Rodríguez Vega B, Melero Lorente J, Bayón Pérez C, Cebolla S, Mira J, Valverde C, et al. Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychother Res*. 2014;24:202–13.
- Boellinghaus I, Jones FW, Hutton J. The role of mindfulness and loving-kindness meditation in cultivating self-compassion and other focused concern in Health Care professionals. *Mindfulness (N Y)*. 2014;5:129–38.
- Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo para enfrentarnos el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós; 2016.
- Brito G. Secular compassion training: An empirical review. *Journal of Transpersonal Research*. 2014;6:61–71.
- Gilbert P. Terapia centrada en la compasión. Características distintivas. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2015.
- Tirch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J Cogn Ther*. 2010;3:113–23.
- Klimecki O, Singer T. Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience. En: Oakley B, Knafo A, Madhavan G, Wilson D, editores. *Pathological Altruism*. New York: Oxford University Press; 2011. p. 368–83.
- Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan W, Carson A, Kazanjian A. Understanding compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout: a survey of the hospice palliative care workforce. *J Palliat Med*. 2013;27:172–8. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0269216311431311> (citado 16 dic 2011).
- Hevezi J. Evaluation of a meditation intervention to reduce the effects of stressors associated with compassion fatigue among nurses. *J Holist Nurs*. 2015;34:343–50, 18.
- Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A systematic review. *PLoS ONE*. 2015;10:e0136955.
- Neff KD. Sé amable contigo mismo. El arte de la compasión hacia uno mismo. Barcelona: Oniro Espasa; 2012.
- Baer R, Hopkins J, Krietemeyer J, Smith GT, Toney L. Using self-report assessments methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*. 2006;13:27–45.
- Cebolla A, García-Palacios A, Soler J, Guillén V, Baños R, Botella C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) *Eur. J Psychiat*. 2012;26:118–26.
- Sanz-Carrillo C, García-Campayo J, Rubio A, Santed M, Montoro M. Validation of the Spanish version of the Perceived Stress Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2002;52:167–72.
- Neff KD. Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self Identity*. 2003;2:223–50.
- García-Campayo J, Navarro-Gil M, Andrés E, Montero-Marín J, López-Artal L, Demarzo M. Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:4.
- Seisdedos N. MBI Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
- García-Campayo J, Santed MA. ¿Cómo cambian los profesionales que practican Mindfulness? En: Cebolla A, García-Campayo J, Demarzo M, editores. *Mindfulness y Ciencia: De la tradición a la modernidad*. Madrid: Alianza; 2014. p. 151–70.
- Yarnell LM, Stafford RE, Neff KD, Reilly ED, Knox MC, Mullarkey M. Meta-analysis of gender differences in self-compassion. *Self Identity*. 2015;14:499–520.
- Cahn BR, Polich J. Meditation states and traits: EEG, ERP and neuroimaging studies. *Psychol Bull*. 2006;132:180–211.
- Lutz A, Brefczynski-Lewis J, Johnstone T, Davidson RJ. Regulation of the neural circuitry of emotion by compassion meditation: Effects of meditative expertise. *PLoS ONE*. 2008;3, e1897.
- Birnie K, Speca M, Carlson LE. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress Health*. 2010;26:359–71.