

# Persistencia a largo plazo de los efectos de un programa de *mindfulness* y autocompasión en profesionales sanitarios de Atención Primaria

## *Long-term effects of a mindfulness and self-compassion program with Primary Healthcare professionals*

<https://doi.org/10.23938/ASSN.0718>

C. Fuertes<sup>1</sup>, G. Aranda<sup>2</sup>, N. Rezola<sup>3</sup>, A. Erramuzpe<sup>3</sup>, C. Palacios<sup>3</sup>, B. Ibáñez<sup>4</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) y autocompasión sobre el cansancio emocional y el estrés en profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) ha sido demostrada a corto plazo. Los objetivos de este trabajo fueron valorar si esos efectos persisten a los dos años, y si los resultados encontrados difieren entre quienes practicaron *mindfulness* habitualmente durante ese tiempo (meditadores) y los que no.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo antes-después y a los dos años de realizar una IBM ofertado a todos los profesionales sanitarios de AP de Navarra, con sesiones grupales de 2,5 horas/semana durante 8 semanas. Se requería asistir al menos al 75% de las sesiones y practicar en casa 45 minutos diarios. En los tres momentos se pasaron cuestionarios para medir los niveles de *mindfulness* (FFMQ), autocompasión (SCS), estrés percibido (PSQ) y *burnout* (MBI). A los dos años tras la intervención se les preguntó si practicaban habitualmente *mindfulness* y el tiempo semanal dedicado a ello.

**Resultados.** Aceptaron 48 profesionales y 41 (83% mujeres) cumplieron los criterios de inclusión, sin pérdidas en el seguimiento. Las puntuaciones medias en *mindfulness*, autocompasión y estrés percibido mejoraron significativamente tras la intervención y a largo plazo ( $p < 0,001$ ), sin obtenerse diferencias en el nivel de *burnout*. La mejoría a largo plazo en autocompasión fue mayor en el grupo que meditó regularmente (3,6 puntos vs 1,6).

**Conclusiones.** La efectividad de una IBM persiste a los dos años de la intervención independientemente de si se practicó meditación o no, aunque la autocompasión mejoró significativamente más en los meditadores.

**Palabras clave.** *Mindfulness*. Autocompasión. *Burnout*. Estrés. Atención Primaria.

### ABSTRACT

**Background.** The effectiveness of mindfulness and self-compassion-based interventions (MSCI) on emotional fatigue and stress in Primary Healthcare (PHC) professionals has been demonstrated in the short term. The aims of this work were to assess whether these effects persist after two years, and if the observed results differ between those who practiced mindfulness regularly during the follow-up (meditators) and those who did not.

**Methods.** Prospective study – pre-post and two years after performing an MSCI that was offered to all PHC professionals in Navarra, with group sessions of 2.5 hours / week for 8 weeks. Attending at least 75% of the sessions and practicing at home for 45 minutes a day were mandatory. At the three moments of the study, questionnaires were distributed to measure levels of *mindfulness* (FFMQ), self-compassion (SCS), perceived stress (PSQ) and burnout (MBI). At the end of the follow-up period, participants were asked if they were meditators and the time they dedicated to this weekly.

**Results.** Forty-eight professionals were enrolled and 41 (83% women) met the inclusion criteria, without loss to follow-up. Mean scores in mindfulness, self-compassion and perceived stress significantly improved after the intervention and in the long term ( $p < 0.001$ ), without observing differences in the level of burnout. The group of meditators achieved a greater long-term improvement in self-compassion (3.6 points vs. 1.6).

**Conclusions.** The effectiveness of an MSCI persists two years later regardless of meditator status, although there is a significant improvement in self-compassion in the meditators.

**Keywords.** Mindfulness. Self-compassion. Burnout. Stress. Primary Healthcare.

1. Sección de Planificación. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.
2. Subdirección de Farmacia. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O).
3. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Gobierno de Navarra.
4. Navarrabiomed. Departamento de Salud. Gobierno de Navarra.

### Correspondencia:

Carmen Fuertes  
Sección de Planificación  
(Departamento de Salud)  
Pabellón de Docencia  
C/ Irunlarrea 3  
31008 Pamplona  
E-mail: 1234mfuertes@gmail.com

Recepción: 17/01/2019  
Aceptación provisional: 26/04/2019  
Aceptación definitiva: 08/08/2019

## INTRODUCCIÓN

*Mindfulness* significa atención plena y se refiere tanto a un rasgo de la personalidad como al estado psicológico relacionado con la capacidad del sujeto para prestar atención a las experiencias del momento presente sin emitir juicios y con una actitud de total aceptación. Esta capacidad innata de prestar atención puede ser entrenada y mejorada con diferentes técnicas y prácticas, algunas de ellas derivadas de la meditación budista, que forman parte de los programas e intervenciones desarrollados para prevenir y mejorar los síntomas presentes en diferentes condiciones físicas y psicológicas<sup>1</sup>.

Han transcurrido casi cuarenta años desde que Jon Kabat-Zinn comenzó a impartir en el Centro Médico de la Universidad de Massachusetts su programa de reducción de estrés basado en *mindfulness* (MBRS)<sup>2</sup>, y desde entonces estamos asistiendo a un crecimiento exponencial en la investigación sobre la efectividad de las intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM). Son numerosos los estudios publicados que muestran sus beneficios tanto en problemas de salud mental como en diversas condiciones clínicas (estrés, depresión, ansiedad, etc.), en las que aspectos como el modo de afrontamiento y la aceptación de la enfermedad juegan un importante papel en el manejo de los síntomas<sup>3-7</sup>.

Con técnicas de neuroimagen se han identificado las áreas y funciones cerebrales implicadas en la práctica de *mindfulness* y se han descrito los procesos psicológicos de auto-regulación a través de los que ejerce sus efectos: mejor control de la atención y regulación emocional, cambios en la perspectiva auto-referencial, más conciencia corporal y ecuanimidad<sup>8,9</sup>.

La eficacia a corto plazo de las IBM para la prevención del *burnout* y la reducción del estrés en profesionales sanitarios ha sido evaluada en varios estudios<sup>10-12</sup>, incluido un estudio controlado y aleatorizado realizado por nuestro equipo en profesionales de AP que demostró la efectividad de un programa basado en prácticas de *mindfulness* y autocompasión en la reducción de los niveles de cansancio emocional y estrés percibido en estos trabajadores<sup>13</sup>.

Sin embargo, existe escasez de estudios que evalúen a largo plazo la eficacia de estas prácticas, aunque algunos trabajos apuntan que los efectos podrían mantenerse a medio-largo plazo, como el realizado por Davidson y col<sup>14</sup> en trabajadores participantes en un programa MBSR, que mostró que los cambios que se producían en la actividad eléctrica de ciertas regiones cerebrales implicadas en la regulación emocional se mantenían cuatro meses después de finalizada la intervención.

El objetivo principal de este trabajo fue valorar si los efectos logrados de disminución del estrés y cansancio emocional tras realizar la IBM persisten a los dos años, y el secundario fue estudiar si los resultados encontrados diferían entre quienes mantenían una práctica habitual de *mindfulness* durante los dos años (meditadores) y los que no.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo antes-después y tras dos años de realizar un programa de entrenamiento basado en *mindfulness* y autocompasión.

Se estimó que eran necesarios al menos 38 participantes para detectar como significativo un cambio pre-post en la puntuación de PSQ de 0,05 puntos, asumiendo una desviación típica para el cambio en PSQ de 0,11<sup>13</sup>, con una potencia  $\beta=0,80$  y un nivel de significación  $\alpha=0,05$ ; cálculos realizados en [www.sample-size.net](http://www.sample-size.net).

Se ofertó entrenamiento en *mindfulness* y autocompasión a los 1.281 profesionales sanitarios de Atención Primaria (AP) de Navarra; los criterios de inclusión fueron asistir al menos al 75% de las sesiones y realizar las prácticas diarias durante 45 minutos, y los de exclusión haber participado en algún curso de *mindfulness* o compasión en los seis meses anteriores o no completar los cuestionarios en alguno de los tres momentos (antes y después de la intervención y a los dos años).

La IBM se ofreció primeramente al grupo intervención del ensayo clínico aleatorizado (ECA) realizado por nuestro grupo<sup>13</sup>, y a los tres meses se organizó una segunda tanda para el resto de profesionales de AP que deseaban participar en la IBM. A todos ellos se les contactó pasados dos años a través de correo electrónico y mediante llamadas telefónicas, y todos respondieron a los cuestionarios y a unas preguntas sobre su práctica personal en estos dos años, por lo que no hubo ninguna pérdida durante el seguimiento. Para ayudar a que el grupo practicase regularmente *mindfulness* se ofertó una práctica semanal en grupo dirigida

por la misma monitora que realizó la intervención. El estudio obtuvo el informe favorable del Comité de Ética de Investigación Clínica (CEIC) de Navarra para su realización.

En el momento anterior a la intervención se recogieron las siguientes características sociodemográficas y laborales: edad, sexo, convivencia (solo o en familia), estamento profesional (Enfermería o Médico/Pediatra), años de ejercicio, centro de trabajo (urbano o rural), percepción del estado de salud (muy mala, mala, buena, excelente), antecedentes psiquiátricos, media semanal de horas dedicadas a ejercicio físico y media de horas diarias dedicadas a formación profesional. A los dos años se preguntó si habían mantenido las prácticas de *mindfulness* y el tiempo semanal dedicado a ello.

Los niveles de *mindfulness*, estrés, autocompasión y de *burnout* fueron medidos pre, post y a los dos años con los siguientes cuestionarios:

- *Five Facets of Mindfulness Questionnaire* (FFMQ) de Baer y col<sup>15</sup>, validado por Cebolla y col<sup>16</sup> 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) y valores totales más altos indican más conciencia plena.
- *Perceived Stress Questionnaire* (PSQ) en la versión española validada por Sanz-Carrillo y col<sup>17</sup>. 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); consta de 30 ítems puntuables mediante escala tipo Likert (1 a 4) y valores totales más altos indican más estrés. Como medida resumen se utilizó la sugerida por Sanz-Carrillo y col [mPSQ=(row score-30)/90], por lo que la escala tiene un rango de 0 a 1. Se midió el nivel de estrés referido al último mes.
- *Self-Compassion Scale* (SCS), diseñada por Neff<sup>18</sup>; se utilizó la escala corta de la versión española validada por García-Campayo y col<sup>19</sup> con 12 ítems puntuables mediante escala tipo Likert (1 a 5) que mide cómo actúa el sujeto habitualmente hacia sí mismo en momentos difíciles y que consta de seis sub-escalas (auto-amabilidad, humanidad común, *mindfulness*, y sus opuestos: auto-juicio, aislamiento y sobre-identificación). Se calcularon las puntuaciones totales tras la recodificación revertida de los ítems opuestos, seguido de la suma de las seis sub-escalas medias, obteniéndose una puntuación entre 6 y 30 puntos; los valores altos indican más autocompasión.
- *Maslach Burnout Inventory* (MBI) en su versión española (MBI-HSS)<sup>20</sup>; 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, clasificándose en CE bajo si es menor de 19 puntos, CE moderado entre 19 y 26, CE alto si es mayor de 26; los valores altos indican más *burnout*;
  - despersonalización (DP): 5 ítems y puntuación máxima de 30 puntos; el nivel de DP se considera bajo si es inferior a 6, moderado entre 6 y 9, y alto si es superior a 9; los valores altos indican más *burnout*;
  - realización personal (RP): 8 ítems y puntuación máxima de 48 puntos; nivel bajo si es menor de 34 puntos, moderado entre 34 y 39, y alto si es mayor de 39; los valores bajos indican más *burnout*.

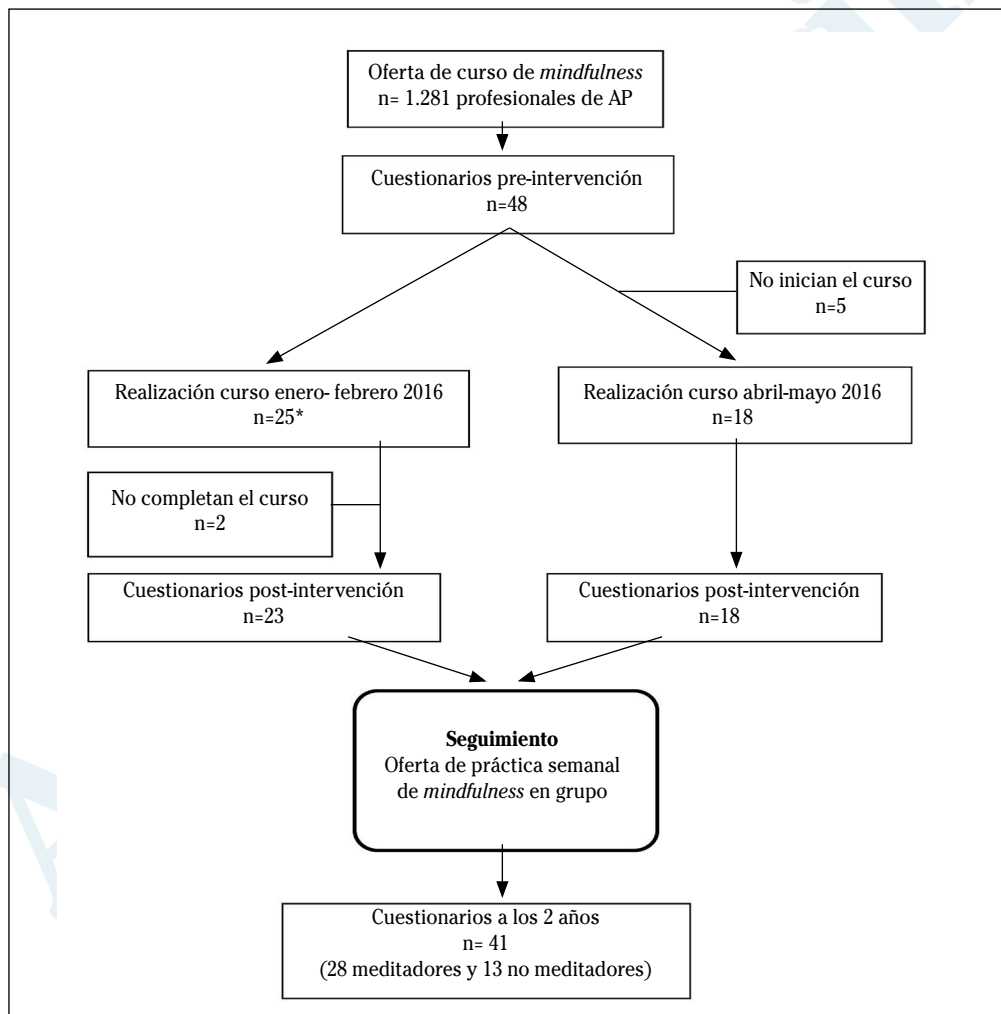
Se consideró *meditador* a quien refirió haber realizado prácticas de *mindfulness* al menos una vez por semana sin tener en cuenta el tiempo ni tipo de práctica; y *no meditador* al resto.

Las variables categóricas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las continuas mediante medias y desviaciones típicas (DT) o medianas y rangos intercuartílicos (RIC). Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante el test no paramétrico de Mann-Whitney para las variables continuas y mediante el test Chi-cuadrado (o test de Fisher si las frecuencias esperadas eran pequeñas) para las categóricas. La evolución de las puntuaciones de las escalas continuas (FFMQ, SCS y PSQ) a corto (post-pre intervención) y largo plazo (2 años -pre intervención) se evaluó mediante la prueba de Wilcoxon de muestras emparejadas, representándose sus valores medios mediante diagramas de barras; la evolución en las variables categóricas (subescalas MBI en 3 categorías) se evaluó mediante el test McNemar-Browker (extensión del test de McNemar para el caso de variables relacionadas no dicotómicas) y se representó gráficamente mediante diagrama de barras para la variable *mejoría*, compuesta de cinco valores según si habían mejorado dos categorías, una o ninguna, o habían empeorado una o dos categorías. La efectividad de la intervención entre los grupos de meditadores y no meditadores se comparó utilizando el test de Mann-Whitney aplicado a

las diferencias de las escalas para las variables continuas y utilizando el test de tendencias en las proporciones para la variable *mejoría*.

## RESULTADOS

Aceptaron participar 48 profesionales de AP, de los que 41 cumplían los criterios de inclusión y realizaron la totalidad del curso; siete candidatos fueron excluidos, cuatro por rehusar su participación en las fechas propuestas, dos por no acabar el programa y uno por asistir a otro curso de *mindfulness* (Fig. 1).



\*: Grupo intervención de un ensayo clínico aleatorizado cuyos resultados pre-post fueron previamente publicados<sup>13</sup>

**Figura 1.** Diagrama de flujo del estudio.

El 83% eran mujeres, el 51.2% profesionales de enfermería, con una edad media de 49,6 años (DT=8,2) y una media de 23 años de ejercicio profesional (DT= 9,6) (Tabla 1). No hubo diferencias significativas en relación a ninguna de las variables en estudio entre las dos tandas de participación, por lo que se hará referencia a los resultados del total de participantes. A lo largo de los dos años de seguimiento, algunos participantes acudieron al grupo dirigido mientras que otros, que también fueron considerados meditadores, realizaron esta práctica semanal de *mindfulness* por su cuenta, según respondieron en el cuestionario. En total, 28 participantes han seguido realizando prácticas de *mindfulness* (68% meditadores), invirtien-

do una mediana de 2 días por semana (RIC: 1 - 2) con una mediana de 2 horas por semana (RIC: 1 - 3). Ninguna de las características estudiadas difirió entre los grupos de meditadores y no meditadores, excepto un mayor tiempo dedicado a actividad física en los primeros (mediana = 4 horas/semana, RIC: 3 - 5,75 vs mediana = 2, RIC: 1,5 - 4,5).

**Tabla 1.** Características de la población estudiada. Comparación entre meditadores y no meditadores

	Total (n=41)	Grupo		P
		No meditador (n=13)	Meditador (n=28)	
<b>Características sociodemográficas y de estilo de vida</b>				
<b>Edad (años)<sup>a</sup></b>	49,6 (8,2)	50,1 (9,5)	49,3 (7,7)	0,648
<b>Sexo<sup>b</sup></b>				0,181
Mujer	34 (82,9)	9 (69,2)	25 (89,3)	
Hombre	7 (17,1)	4 (30,8)	3 (10,7)	
<b>Tipo de convivencia<sup>b</sup></b>				1,000
Solo	3 (7,5)	1 (8,3)	2 (7,1)	
En familia	37 (92,5)	11 (91,7)	26 (92,9)	
<b>Antecedentes psicológicos<sup>b</sup></b>				0,304
No	36 (87,8)	10 (76,9)	26 (92,9)	
Sí	5 (12,2)	3 (23,1)	2 (7,1)	
<b>Estado de salud<sup>b</sup></b>				0,478
Buena	34 (82,9)	10 (76,9)	24 (85,7)	
Excelente	6 (14,6)	3 (23,1)	3 (10,7)	
Mala	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (3,6)	
<b>Actividad física<sup>a,c</sup></b> (h/semana)	3,6 (1,9) 4 (2 - 5)	2,7 (1,7) 2 (1,5 - 4,5)	4,1 (1,8) 4 (3 - 5,75)	<b>0,026</b>
<b>Formación<sup>a,c</sup></b> (h/día)	1,1 (0,9) 1 (0,5 - 1)	1,0 (0,9) 1 (0,5 - 1,25)	1,1 (1,0) 1 (0,5 - 1)	0,901
<b>Características laborales</b>				
<b>Profesión<sup>b</sup></b>				0,074
Enfermería	21 (51,2)	4 (30,8)	17 (60,7)	
Medicina/Pediatría	20 (48,8)	9 (69,2)	11 (39,3)	
<b>Años de trabajo<sup>a</sup></b>	23,4 (9,6)	22,3 (11,2)	24,0 (9,0)	0,711
<b>Centro<sup>b</sup></b>				0,900
Urbano	17 (41,5)	6 (46,2)	11 (39,3)	
Rural	20 (48,8)	6 (46,2)	14 (50,0)	
Otros	4 (9,7)	1 (7,7)	3 (10,7)	

a: media (desviación típica); b: n (%); c: mediana (rango intercuartílico).

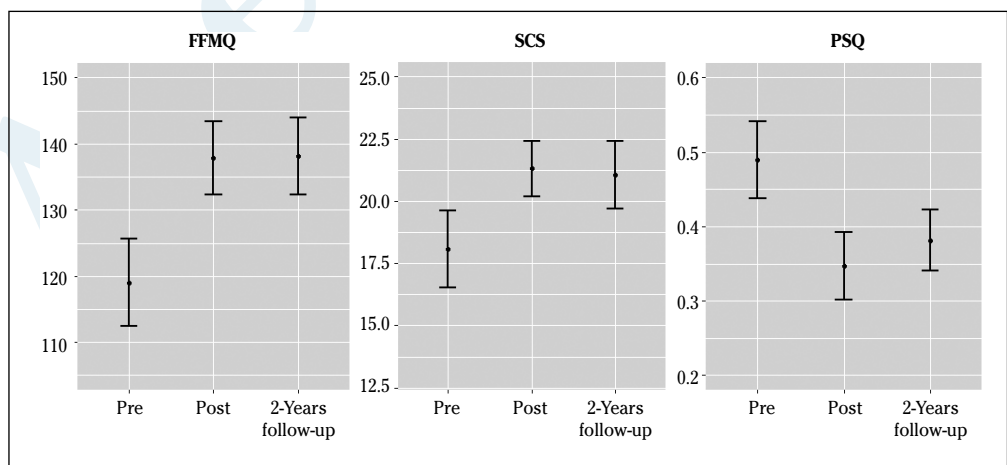
Un total de 38 participantes (92,7%) completaron correctamente los cuestionarios de *mindfulness* (FFMQ), autocompasión (SCS) y estrés percibido (PSQ). Las puntuaciones medias obtenidas tras la intervención mejoraron significativamente respecto a las puntuaciones previas (Tabla 2, Fig. 2): los niveles de *mindfulness* y autocompasión aumentaron un 16,8 y un 19,3%, respectivamente, mientras que el estrés percibido disminuyó un 30,6%. A los dos años de la intervención se mantenía la mejora respecto de las puntuaciones iniciales: un aumento del 16,1% en el nivel de *mindfulness* y del 16,6% en autocompasión, y una disminución del 20,4% en el nivel de estrés percibido.

**Tabla 2.** Comparación de los resultados obtenidos en los cuestionarios a corto y largo plazo tras la intervención basada en *mindfulness* (n=41)

Cuestionarios	Puntuaciones medias			Incremento			
	Pre-intervención	Post-intervención	A los 2 años	A corto plazo (post-pre)	p	A largo plazo (post 2 años -pre)	p
<b>FFMQ<sup>a</sup></b>	119,0 (21,5)	137,8 (17,8)	138,1 (19,0)	20,1 (2,1)	<0,001	19,1 (3,8)	<0,001
<b>SCS<sup>a</sup></b>	18,1 (5,0)	21,3 (3,6)	21,1 (4,4)	3,5 (0,8)	<0,001	3,0 (2,6)	<0,001
<b>PSQ<sup>a</sup></b>	0,49 (0,16)	0,35 (0,15)	0,38 (0,14)	0,15 (0,19)	<0,001	0,10 (0,11)	<0,001
<b>MBI</b>							
<b>Nivel de burnout según cansancio emocional<sup>b</sup></b>					0,153 <sup>c</sup>		0,214 <sup>c</sup>
Bajo	21 (52,5)	27 (67,5)	24 (58,5)	14 (35,8) mejor		10 (25,0) mejor	
Moderado	4 (10,0)	5 (12,5)	7 (17,1)	20 (51,3) igual		26 (65,0) igual	
Alto	15 (37,5)	8 (20,0)	10 (24,4)	5 (12,8) peor		4 (10,0) peor	
<b>Nivel de burnout según despersonalización<sup>b</sup></b>					0,543 <sup>c</sup>		0,912 <sup>c</sup>
Bajo	19 (47,5)	16 (40,0)	19 (46,3)	7 (17,9) mejor		10 (25,0) mejor	
Moderado	10 (25,0)	12 (30,0)	12 (29,3)	20 (51,3) igual		19 (47,5) igual	
Alto	11 (27,5)	12 (30,0)	10 (24,4)	12 (30,7) peor		11 (27,5) peor	
<b>Nivel de burnout según realización personal<sup>b</sup></b>					0,307 <sup>c</sup>		0,196 <sup>c</sup>
Bajo	16 (40,0)	22 (55,0)	20 (48,8)	11 (28,2) mejor		8 (20,0) mejor	
Moderado	18 (45,0)	11 (27,5)	13 (31,7)	14 (35,9) igual		23 (57,5) igual	
Alto	6 (15,0)	7 (17,1)	2 (19,5)	14 (35,9) peor		9 (22,5) peor	

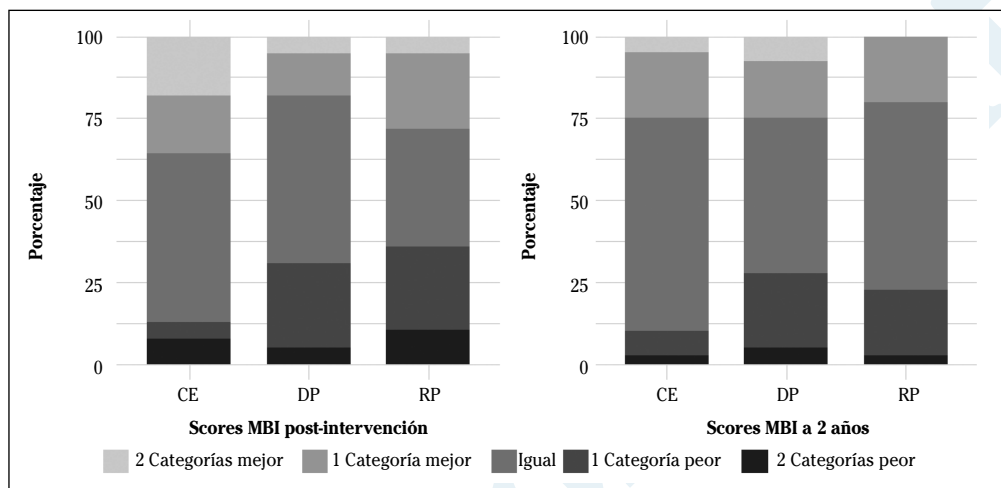
FFMQ: *Five Facets Mindfulness Questionnaire*; SCS: *Self Compassion Scale*; PSQ: *Perceived Stress Questionnaire*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*. Nivel de burnout según cansancio emocional: bajo <19, moderado 19-26, alto >26; nivel de burnout según despersonalización: bajo <6, moderado 6-9, alto >9; nivel de burnout según realización personal: bajo >39, moderado 39-34, alto <34.

a: media (desviación típica); b: n (%); c: extensión de Browker al test de McNemar para comparar el n (%) de participantes que mejoran, se mantienen o empeoran de categoría en la dimensión correspondiente.

**Figura 2.** Evolución de las puntuaciones obtenidas para *mindfulness* (FFMQ), autocompasión (SCS) y estrés percibido (PSQ) antes, después y a los 2 años de la intervención.

Un total de 40 participantes (97,6%) completaron correctamente los cuestionarios MBI para el burnout. Las puntuaciones obtenidas en las tres sub-escalas no mostraron diferencias significativas ni a corto ni a largo plazo respecto a las puntuaciones previas a la intervención. Para CE, aunque mejoraron de categoría (de alto o medio grado a medio o bajo) el 36% de

los participantes a corto plazo y el 25% a largo plazo, empeoraron el 12,8% a corto plazo y el 10% a largo plazo, por lo que el porcentaje de participantes que mejora no superó significativamente al porcentaje de participantes que empeora; lo mismo se observó para DP y RP, tanto a corto como a largo plazo (Tabla 2, Fig. 3).



CE= cansancio emocional, DP= despersonalización, RP= realización personal.

**Figura 3.** Frecuencia de participantes (%) que mejoran, se mantienen o empeoran de categoría en las subescalas del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) que miden el *burnout*, tanto tras la intervención como a los dos años de esta.

La práctica de la meditación mantenida durante el seguimiento se asoció con mayores puntuaciones totales obtenidas a los dos años por el grupo de meditadores en los cuestionarios FFMQ y SCS (8,2 y 2,0 respectivamente), mientras que el estrés percibido disminuyó 0,01 puntos más que en los no meditadores. Estas mejores puntuaciones en los meditadores solo se ha encontrado que lo son de forma significativa para la dimensión de autocompasión (Tabla 3). En relación al *burnout*, no hubo diferencias entre meditadores y no meditadores respecto a ninguna de las tres sub-escalas del MBI.

**Tabla 3.** Comparación de los resultados pre-intervención y a los dos años en función de la práctica de meditación durante el seguimiento

Cuestionarios	n	Puntuaciones medias		Incremento a largo plazo (post 2 años -pre)	
		Pre-intervención	A los 2 años	Incremento	p
<b>FFMQ<sup>a</sup></b>					0,249
<b>No medita</b>	11	121,5 (21,6)	134,2 (24,4)	13,5 (12,2)	
<b>Sí medita</b>	27	117,9 (21,7)	139,9 (16,2)	21,7 (26,4)	
<b>SCS<sup>a</sup></b>					0,006
<b>No medita</b>	11	17,8 (6,1)	19,3 (5,6)	1,6 (1,6)	
<b>Sí medita</b>	27	18,2 (4,6)	21,9 (3,6)	3,6 (2,8)	
<b>PSQ<sup>a</sup></b>					0,849
<b>No medita</b>	11	0,50 (0,22)	0,40 (0,20)	-0,09 (0,07)	
<b>Sí medita</b>	27	0,48 (0,14)	0,37 (0,10)	-0,10 (0,12)	
<b>MBI (burnout):</b>					
<b>Cansancio Emocional<sup>b</sup></b>					
					0,436 <sup>c</sup>
<b>No medita</b>	13				
<i>Burnout</i>					
Bajo		6 (46,2)	7 (53,8)	14 (30,8) mejor <sup>s</sup>	
Moderado		1 (7,7)	3 (23,1)	9 (69,2) igual <sup>s</sup>	
Alto		6 (46,2)	3 (23,1)	0 (0,0) peor <sup>s</sup>	
<b>Sí medita</b>	27				
<i>Burnout</i>					
Bajo		15 (55,6)	17 (60,7)	6 (22,2) mejor	
Moderado		3 (11,1)	4 (14,3)	17 (63,0) igual	
Alto		9 (33,3)	7 (25,0)	4 (14,8) peor	
<b>Despersonalización<sup>b</sup></b>					
					0,725 <sup>c</sup>
<b>No medita</b>	13				
<i>Burnout</i>					
Bajo		5 (38,5)	6 (46,2)	3 (23,1) mejor	
Moderado		5 (38,5)	4 (30,8)	8 (61,5) igual	
Alto		3 (23,1)	3 (23,1)	2 (15,4) peor	
<b>Sí medita</b>	27				
<i>Burnout</i>					
Bajo		14 (51,9)	13 (46,4)	7 (25,9) mejor	
Moderado		5 (18,5)	8 (28,6)	11 (40,7) igual	
Alto		8 (29,6)	7 (25,0)	9 (33,3) peor	
<b>Realización Personal<sup>b</sup></b>					
					0,631 <sup>c</sup>
<b>No medita</b>	13				
<i>Burnout</i>					
Bajo		7 (53,8)	7 (53,8)	2 (15,4) mejor	
Moderado		2 (15,4)	3 (23,1)	9 (69,2) igual	
Alto		4 (30,8)	3 (23,1)	2 (15,4) peor	
<b>Sí medita</b>	27				
<i>Burnout</i>					
Bajo		9 (33,3)	13 (46,4)	6 (22,2) mejor	
Moderado		16 (59,3)	10 (35,7)	14 (51,9) igual	
Alto		2 (7,4)	5 (17,9)	7 (25,9) peor	

a: media (desviación típica); b: n (%); c: test de tendencias en las proporciones n (%) de participantes que mejoran, se mantienen o empeoran de categoría.

FFMQ: *Five Facets Mindfulness Questionnaire*; SCS: *Self Compassion Scale*; PSQ: *Perceived Stress Questionnaire*; MBI: *Maslach Burnout Inventory*. Nivel de *burnout* según cansancio emocional: bajo <19, moderado 19-26, alto >26; nivel de *burnout* según despersonalización: bajo <6, moderado 6-9, alto >9; nivel de *burnout* según realización personal: bajo >39, moderado 39-34, alto <34.

## DISCUSIÓN

El hallazgo más significativo del presente estudio es que la efectividad de un programa basado en *mindfulness* y autocompañión persiste a los dos años tras la intervención, tanto en el grupo de no meditadores como en el de meditadores, lográndose una mejora estadísticamente significativa.



La magnitud de dicha mejoría a largo plazo en el nivel de autocompasión fue significativamente mayor en el grupo de meditadores que en el grupo de no meditadores, mientras que las mejorías del nivel de *mindfulness* y estrés fueron similares. Esto puede revelar la correlación existente y bien conocida entre el cultivo de las capacidades de *mindfulness* y la autocompasión<sup>21,22</sup>, corroborando que practicar *mindfulness* de forma continuada mantiene altos los niveles de autocompasión. Kuyken y col<sup>23</sup> demostraron que, a los 15 meses de participar en una terapia cognitiva basada en *mindfulness* (MBCT), persistían las mejoras en los niveles de *mindfulness* y autocompasión en un grupo de pacientes con depresión.

Estudios realizados con resonancia magnética funcional a los participantes de un programa MBSR<sup>24,25</sup> de ocho semanas demostraron un engrosamiento de varias regiones cerebrales asociadas al aprendizaje, la memoria, la regulación emocional y la sensación de identidad; además, se evidenció que la magnitud del engrosamiento era proporcional al grado de mejora en la escala de estrés percibido. Estos hallazgos demuestran la neuroplasticidad cerebral y el establecimiento de nuevas conexiones neuronales tras apenas dos meses de entrenamiento basado en *mindfulness*, y explicarían el mantenimiento de la efectividad a largo plazo de estas intervenciones independientemente de mantener o no una práctica habitual, en consonancia con los hallazgos obtenidos en nuestro estudio.

Todos los participantes en el estudio contestaron los cuestionarios a los dos años, habiendo encontrado pocos estudios con un seguimiento a tan largo plazo. Un trabajo<sup>26</sup> refirió que las IBM supusieron mejoras significativas para trastornos de ansiedad y depresión a los tres meses, periodo de seguimiento mucho más corto que el del presente estudio. Un metaanálisis<sup>27</sup> señala que, en cinco de los catorce estudios analizados, las IBM consiguieron disminuir el estrés a corto plazo, recomendando estudios con seguimiento a largo plazo, como es el presente trabajo.

El *burnout* se ha relacionado con distintas características del personal sanitario<sup>28</sup>, e incluso con una disminución en las funciones ejecutivas del mismo<sup>29</sup>. Las IBM se han demostrado eficaces en disminuir el *burnout* a corto plazo<sup>10-13</sup>; mientras que en nuestro anterior estudio<sup>13</sup> encontramos una mejoría significativa en la dimensión CE en los sujetos del grupo intervención, en el presente estudio no hemos hallado efectos relevantes para ninguna de las dimensiones del MBI ni a corto ni a largo plazo, lo que puede deberse a la variabilidad en las respuestas de los participantes así como al pequeño tamaño muestral.

Una de las cuestiones que la investigación en *mindfulness* tiene que abordar es la relacionada con el tipo de práctica, frecuencia y duración que debe recomendarse según los beneficios esperados y la población a la que se dirige. En nuestro estudio, el pequeño tamaño de la muestra no nos ha permitido analizar los resultados relacionándolos con el tipo de práctica, ni realizar comparaciones entre subgrupos. Futuras investigaciones con grupos más numerosos de meditadores y no meditadores, utilizando técnicas de neuroimagen y variables biológicas, deberán analizar si los buenos resultados a largo plazo obtenidos en los niveles de *mindfulness* y estrés percibido tras un entrenamiento basado en *mindfulness*, independientemente de la adhesión o no a una práctica regular, se relacionan con cambios cerebrales y fisiológicos, así como con la adquisición y conservación en el tiempo de ciertas destrezas y habilidades para actuar conscientemente en la vida cotidiana y gestionar eficazmente el estrés.

El estudio puede tener un sesgo de reclutamiento y de género, por el que personas altamente motivadas e interesadas en la meditación, mayoritariamente mujeres (83%), participen en este tipo de estudios, lo que podría explicar el alto porcentaje (68%) de practicantes a largo plazo de nuestro estudio. Como ocurre en otros trabajos sobre *mindfulness*, en este caso no se planteó el estudio de seguimiento con otro grupo de control activo. El aún joven campo de la investigación de las IBM adolece de ciertas limitaciones que siguen siendo objeto de estudio y reflexión<sup>30-32</sup>.

Como conclusión del presente trabajo destacamos que una intervención basada en *mindfulness* y autocompasión dirigida a profesionales sanitarios de AP es beneficiosa no solo a corto plazo, como ya estaba descrito en la literatura, sino también a largo plazo, persistiendo la efectividad en la mejora de los niveles de atención, estrés y autocompasión a los dos años. La adherencia a la práctica en el periodo de seguimiento influye positivamente en los niveles de autocompasión, capacidad imprescindible para estos profesionales de AP sometidos a altos niveles de exigencia y responsabilidad.

---

### Agradecimientos

Las autoras agradecen la buena disposición y colaboración de todos los profesionales sanitarios que aceptaron responder de nuevo a los cuestionarios a pesar de haber transcurrido dos años desde su participación en el primer estudio.

---

### 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.

### BIBLIOGRAFÍA

1. CEBOLLA A, DEMARZO M. ¿Qué es *Mindfulness*? En: Cebolla A, García-Campayo J, Demarzo M, editores. *Mindfulness* y Ciencia: De la tradición a la modernidad. Madrid: Alianza 2014: 19-40. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0569-x>
2. KABAT-ZINN J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo para enfrentarnos al estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós 2016.
3. HOFMANN SG, SAWYER AT, WITT AA, OH D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78: 169-183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
4. KUYKEN W, WARREN FC, TAYLOR RS, WHALLEY B, CRANE C, BONDOLFI G et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry* 2016; 1;73: 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
5. LA COUR P, PETERSEN M. Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *PainMed* 2015; 16: 641-652. <https://doi.org/10.1111/pme.12605>
6. GOTINK RA, CHU P, BUSSCHBACH J, BENSON H, FRICCHIONE GL, HUNINK M. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoSOne* 2015; 10: 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0124344>
7. BLACK DS, SLAVICH GM. Mindfulness meditation and the immune system: a systematic review of randomized controlled trials. *Ann New York Acad Sci* 2016; 1373: 13-24. <https://doi.org/10.1111/nyas.12998>
8. HÖLZEL BK, LAZAR SW, GARD T, SCHUMAN-OLIVIER Z, VAGO DR, OTT U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci* 2011; 6: 537-559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
9. TANG YY, HÖLZEL BK, POSNER MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* 2015; 16: 213-225. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>
10. KRASNER MS, EPSTEIN RM, BECKMAN H, SCHUMAN 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: 1284-1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
11. 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 (NY)* 2014; 5: 129-138. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0158-6>
12. 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. <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>
13. ARANDA G, ELCUAZ MR, FUERTES C, GÜETO V, PASCUAL P, SAINZ DE MURIETA E. 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. *Aten Primaria* 2018; 50: 141-150. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
14. DAVIDSON RJ, KABAT-ZINN J, SCHUMACHER J, ROSENKRANZ MA, MULLER D, SANTORELLI SF et al. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med* 2003; 65: 564-570.
15. 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. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
16. 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: 118-126. <https://doi.org/10.4321/s0213-61632012000200005>
17. SANZ-CARRILLO C, GARCÍA CAMPAYO J, RUBIO A, SANTED M, MONTORO M (2002). Validation of the spanish version of the perceived stress questionnaire. *J Psychosom Res* 2002; 3: 167-172. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(01\)00275-6](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(01)00275-6)

18. NEFF KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* 2003; 2: 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
19. 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 and Quality of Life Outcomes* 2014; 12: 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
20. SEISDEDOS N. MBI Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA Ediciones; 1997.
21. TIRCH DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J CognTher* 2010; 3: 113-123.
22. BIRNIE K, SPECA M, CARLSON L.E. Exploring self-compassion and empathy in the context of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Stress Health* 2010; 26: 359-371. <https://doi.org/10.1002/smi.1305>
23. KUYKEN W, WATKINS E, HOLDEN E, WHITE K, TAYLOR RS, BYFORD S et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Beha Res Ther* 2010; 48: 1105-1112. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.08.003>
24. HÖLZEL BK, CARMODY J, VANGEL M, CONGLETON C, YERRAMSETTI SM, GARD T, LAZAR SW. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psy Res* 2011; 191: 36-43 <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.08.006>
25. HÖLZEL BK, CARMODY J, EVANS KC, DUSEK JA, MORGAN L, PITYMAN R Y LAZAR SW. Attending to the Present: Mindfulness meditation reveals distinct neural modes of self-reference. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2007; 2: 313-322. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm030>
26. ARKOWITZ H, LILLENFELD SO. Is Mindfulness Good Medicine? *SA Mind* 2014; 25: 74-75 (September 2014) <https://doi.org/10.1038/scientificamericanmind0914-74>
27. GILMARTIN H, GOYAL A, HAMATI MC, MANN J, SAINT S, CHOPRA V. Brief mindfulness practices for health-care providers. A systematic literature review. *Am J Med* 2017; 130: 1219.e1-1219.e17. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.05.041>
28. FERNÁNDEZ-SANCHEZ JC, PÉREZ-MÁRMOL JM, PERALTA MI. Influencia de factores sociodemográficos, laborales y de estilo de vida sobre los niveles de burnout en personal sanitario de cuidados paliativos. *An Sist Sanit Navar* 2017; 40: 421-431. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0114>
29. FERNÁNDEZ-SANCHEZ JC, PÉREZ-MÁRMOL JM, SANTOS-RUIZ AM, PÉREZ-GARCÍA M, PERALTA MI. Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de Cuidados paliativos: influencia del desgaste profesional sobre la toma de decisiones. *An Sist Sanit Navar* 2018; 41: 171-180. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0308>
30. GOYAL M, SINGH S, SIBINGA EM, GOULD NF, ROWLAND-SEYMOUR A, SHARMA R et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* 2014; 174: 357-368. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.13018>
31. DAVIDSON RJ, DAHL CJ. Outstanding Challenges in Scientific Research on Mindfulness Meditation. (2017) *Perspect Psychol Sci* 2018; 13: 62-65. <https://doi.org/10.1177/1745691617718358>
32. VAN DAM NT, VAN VUGT MK, VAGO DR, SCHMALZL L, SARON CD, OLENDZKI A et al. Reiterated concerns and further challenges for mindfulness and meditation research: A reply to Davidson and Dahl. *Perspect Psychol Sci* 2018; 13: 66-69. <https://doi.org/10.1177/1745691617727529>