



Reducing stress and promoting well-being in healthcare workers using mindfulness-based cognitive therapy for life

Clara Strauss^{a, b}, Jenny Gu^b, Jesus Montero-Marin^c, Adrian Whittington^d, Cavita Chapman^d, Willem Kuyken^c

^aSchool of Psychology, University of Sussex, Reino Unido

^bResearch Department, Sussex Partnership NHS Foundation Trust, Sussex Education Centre, Mill View Hospital, Reino Unido

^cDepartment of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Reino Unido

^dHealth Education England, Kent, Surrey and Sussex, Reino Unido

Recibido 25 de octubre de 2020; aceptado 4 de enero de 2021

PALABRAS CLAVE

MBCT-L;
Atención plena;
Estrés;
Trabajadores
sanitarios;
Experimento.

Reducción del estrés en trabajadores sanitarios mediante terapia cognitiva basada en mindfulness para la vida

Resumen

Antecedentes/Objetivo: Los trabajadores sanitarios juegan un papel fundamental en la salud de una nación, pero sus tasas de estrés son desproporcionadamente altas. Se evaluó si la terapia cognitiva basada en mindfulness para la vida (MBCT-L) podría reducir el estrés y otras variables secundarias en trabajadores sanitarios. **Método:** Primer ensayo controlado aleatorizado de MBCT-L. Los participantes fueron asignados aleatoriamente (1:1) a un grupo MBCT-L o a una lista de espera. La variable principal fue estrés percibido (post-intervención), y las variables secundarias bienestar, depresión, ansiedad y otras relativas al trabajo. Se utilizaron regresiones mixtas. Mindfulness y auto-compasión fueron explorados como potenciales mediadores del estrés y bienestar. **Resultados:** 234 participantes fueron asignados a MBCT-L ($n = 115$) o grupo control ($n = 119$) y 168 (72%) participantes completaron la variable principal. Un 74% ($n = 69$) de quienes empezaron MBCT-L atendieron la mayoría de las sesiones. MBCT-L mejoró el estrés en comparación con lista de espera ($B = 2,60$; 95% CI = 1,63–3,56; $d = -0,57$; $p < 0,0001$). También se encontraron efectos en bienestar, depresión y ansiedad, pero no en variables del trabajo. Mindfulness y auto-compasión mediaron efectos sobre estrés y bienestar. **Conclusiones:** MBCT-L podría ser una pieza eficaz dentro de una estrategia más amplia de bienestar y salud mental para trabajadores sanitarios.

© 2020 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by 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/>).

* Correspondencia: School of Psychology, University of Sussex, Falmer, East Sussex, BN1 9QH, Reino Unido
Dirección de correo electrónico: c.y.strauss@sussex.ac.uk (C. Strauss)

KEYWORDS

MBCT-L;
Mindfulness;
Stress;
Healthcare workers;
Experiment.

Abstract

Background/Objective: Healthcare workers play a critical role in the health of a nation, yet rates of healthcare worker stress are disproportionately high. We evaluated whether mindfulness-based cognitive therapy for life (MBCT-L), could reduce stress in healthcare workers and target a range of secondary outcomes. *Method:* This is the first parallel randomised controlled trial of MBCT-L. Participants were NHS workers, who were randomly assigned (1:1) to receive either MBCT-L or wait-list. The primary outcome was self-reported stress at post-intervention. Secondary variables were well-being, depression, anxiety, and work-related outcomes. Mixed regressions were used. Mindfulness and self/other-compassion were explored as potential mechanisms of effects on stress and wellbeing. *Results:* We assigned 234 participants to MBCT-L ($n = 115$) or to wait-list ($n = 119$). 168 (72%) participants completed the primary outcome and of those who started the MBCT-L 73.40% ($n = 69$) attended the majority of the sessions. MBCT-L ameliorated stress compared with controls ($B = 2.60$, 95% CI = 1.63–3.56; $d = -0.72$; $p < .0001$). Effects were also found for well-being, depression and anxiety, but not for work-related outcomes. Mindfulness and self-compassion mediated effects on stress and wellbeing. *Conclusions:* MBCT-L could be an effective and acceptable part of a wider healthcare workers well-being and mental health strategy.

© 2021 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by 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/>).

Los trabajadores sanitarios desempeñan un papel fundamental en la salud de un país, por lo que su salud mental y su bienestar son un requisito previo para disponer de un servicio eficaz y eficiente. Sin embargo, las encuestas muestran sistemáticamente que las tasas de estrés y enfermedades mentales entre los trabajadores sanitarios son más elevadas que en otros entornos laborales (Weinberg y Creed, 2000). Parece que esta situación se ha exacerbado con la actual pandemia de COVID-19, en la que los trabajadores sanitarios han estado en primera línea (Bohlken et al., 2020). Además de las graves consecuencias personales y económicas de unos elevados niveles de estrés y enfermedades mentales entre los trabajadores sanitarios, estos problemas se asocian también con una mala atención y una deficiente seguridad en lo que respecta a los pacientes (Hall et al., 2016). Por lo tanto, es necesario encontrar formas eficaces de aliviar el estrés y fomentar el bienestar de los trabajadores sanitarios.

Las revisiones metaanalíticas sugieren que los enfoques psicológicos en los centros de trabajo dirigidos a abordar el estrés, la salud mental y el bienestar pueden resultar eficaces, aunque el alcance de sus efectos suele ser reducido (Joyce et al., 2016; Rongen et al., 2013). Por otro lado, existen numerosos obstáculos para la instauración con éxito de dichos enfoques, incluidos el estigma relativo a los problemas de salud mental que hace que algunos trabajadores sanitarios se muestren reacios a buscar ayuda, los elevados costes asociados con las intervenciones aplicadas de forma individual o las intervenciones clínicas que no se adaptan de manera adecuada a aquellos centros de trabajo que carecen precisamente de carácter clínico (Joyce et al., 2016). Los programas basados en la atención plena (MBP, por sus siglas en inglés) tienen el potencial de salvar estas barreras, al proporcionar un enfoque de desarrollo de la resiliencia mediante la enseñanza de habilidades fundamentales como la atención, el cuidado personal y la autorregulación emo-

cional y conductual (Feldman y Kuyken, 2019; Pagnini et al., 2019).

Los MBP enseñan estas habilidades fundamentales a todo el continuo que abarca el concepto de bienestar, desde quienes actualmente experimentan graves dificultades de salud mental hasta aquellos que están dentro de un rango óptimo de funcionamiento (Crane et al., 2017; Huppert, 2009; López-Navarro et al., 2020; Pardos-Gascón et al., 2021). La reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR, por sus siglas en inglés) se desarrolló para ayudar a las personas a afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad (Kabat-Zinn, 1990), mientras que la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT, por sus siglas en inglés) integró la terapia MBSR con la terapia cognitivo-conductual para ayudar a las personas con antecedentes de depresión recurrente a aprender ciertas habilidades que les permitan mantenerse bien (Segal et al., 2013). La MBCT para la vida (MBCT-L, por sus siglas en inglés) se basa en la ciencia psicológica para articular un mapa teórico y una hoja de ruta que expresen habilidades fundamentales (Feldman y Kuyken, 2019), y su plan de estudios se adapta a partir de la MBCT para ser aplicado a la población general y así fomentar la salud y respaldar el bienestar de una manera más amplia (Kuyken et al., 2019).

La terapia cognitiva basada en la atención plena para la vida (MBCT-L) integra aspectos de la terapia cognitivo-conductual (CBT, por sus siglas en inglés) y la MBCT, específicamente adaptados para la población general. Se centra tanto en la resiliencia frente al estrés como, de manera más amplia, en el apoyo al bienestar, lo que hace que resulte adecuada para entornos laborales de la población en general. Si bien existen crecientes evidencias de que los MBP mejoran el estrés, la salud mental y el bienestar en los entornos laborales (Bartlett et al., 2019), incluidos los de la atención sanitaria (Lomas et al., 2018), existe igualmente la necesidad específica de evaluar la MBCT-L, dada su adaptación

para la población en general. Por otra parte, aunque son prometedoras las expectativas de que los MBP funcionan a través del mecanismo de acción que se propone cuando se enseñan habilidades fundamentales de la atención plena (Gu et al., 2015), esto aún no se ha analizado en entornos laborales.

En resumen, si bien la justificación para centrarse en el estrés, el bienestar y la salud mental de los trabajadores sanitarios resulta convincente, existen ciertas lagunas importantes en nuestro conocimiento. Aún no se ha establecido la eficacia de la MBCT-L, diseñada específicamente para la población en general y potencialmente más adecuada para los trabajadores sanitarios que los MBP, ya que estos han sido diseñados para poblaciones con problemas de salud mental o física, así como sus posibles mecanismos de acción. En este artículo informamos acerca de un ensayo controlado aleatorio (RCT, por sus siglas en inglés) que compara la MBCT-L con un control de lista de espera (WL, por sus siglas en inglés) para los trabajadores sanitarios y que trata estas lagunas. Nuestra hipótesis principal es que la MBCT-L será más eficaz que la WL a la hora de reducir el estrés. Las hipótesis secundarias abordan: (1) aceptabilidad; (2) efectos en el bienestar (destacados por encima de otros resultados secundarios dada la intención de la MBCT-L de mejorar el bienestar); (3) efectos en la depresión y la ansiedad; (4) efectos en el rendimiento laboral, incluido el agotamiento, el presentismo y las bajas por enfermedad; y, finalmente, (5) si los participantes aprendieron las habilidades fundamentales de la atención plena y la compasión, y si los efectos en el estrés y los resultados del bienestar se lograron mediante el aprendizaje de estas habilidades.

Método

El diseño y el procedimiento del estudio se detallan en el protocolo de estudio publicado (Strauss et al., 2018). Este estudio es uno de dos RCT de superioridad independientes para trabajadores sanitarios que comparan (1) la MBCT-L con la WL y (2) la CBT con la WL, con WL independientes para cada estudio. Los dos estudios se anunciaron de manera simultánea para que los participantes pudieran elegir el que fuera de su preferencia. Este artículo informa acerca del RCT que compara la MBCT-L con la WL.

Participantes

Los participantes eran trabajadores sanitarios de una de las cuatro organizaciones del NHS del sur de Inglaterra. Cada organización sanitaria empleaba entre 2.500 y 5.000 trabajadores. Para acceder, los participantes tenían que: (1) ser empleados (o trabajar con carácter honorario o voluntario) de una de las cuatro organizaciones del NHS, (2) estar trabajando actualmente (i.e., no estar actualmente de baja por enfermedad), (3) dominar suficientemente el idioma inglés para comprender la información de la intervención y el contenido del cuestionario y (4) ser adultos (mayores de 18 años). No hubo criterios de exclusión.

Los cálculos del tamaño de la muestra se realizaron mediante *G*Power*, esperando un efecto medio entre los grupos en cuanto al estrés post-intervención (*d* de Cohen =

0,50) con una potencia del 90% y $\alpha = 0,05$. El tamaño del efecto estimado se basa en los efectos sobre el estrés indicados en los ensayos de los MBP en muestras de trabajadores sanitarios. Los cálculos mostraron que se requerirían 234 participantes tras asumir un 40% de abandonos (i.e., participantes que no proporcionarían datos completos).

Procedimiento

La captación se llevó a cabo entre julio y diciembre de 2017. La información del estudio se proporcionó mediante internet y los participantes dieron su consentimiento informado tras rellenar un formulario igualmente en línea y seleccionar la intervención de su preferencia (MBCT-L o CBT). A quienes seleccionaron la MBCT-L se les mostraron los cursos pertenecientes a esta y que se llevaban a cabo durante el periodo de intervención (septiembre-diciembre de 2017), los cursos que comenzaron después de este periodo, así como la WL (desde enero de 2018), y se les pidió que seleccionaran el curso que preferían de cada lista.

Tras el consentimiento y la selección de los cursos de MBCT-L, se les envió a los participantes un correo electrónico con el enlace a las medidas de evaluación de referencia (tiempo 0). Una vez completadas las medidas de referencia, los participantes se asignaron de forma automática y aleatoria al curso de MBCT-L de su preferencia, durante el periodo de intervención (intervención) o después (WL), por medio de Qualtrics. Inmediatamente después de finalizar el curso, se les pidió a los participantes que completaran en línea las medidas post-intervención (tiempo 1). A los participantes asignados al azar a la WL se les envió un correo electrónico en el que se les pedía que completaran las medidas del Tiempo 1 inmediatamente después del final del curso de intervención que habían seleccionado y antes de que comenzara su curso de WL.

Los participantes fueron asignados al azar (proporción 1:1) para recibir la MBCT-L inmediatamente o después de una demora (WL). La asignación al azar por bloques (tamaño de bloque = 4) se automatizó mediante Qualtrics. Los miembros del equipo de investigación involucrados en la gestión diaria del estudio no tenían información del tamaño de los bloques. Los participantes y los instructores de la MBCT-L estaban al tanto de la asignación de los grupos, pero todas las evaluaciones fueron a ciegas, ya que se completaron en línea.

El estudio contó con la aprobación ética de la *Health Research Authority* de Reino Unido (referencia del proyecto: 224584). El registro del ensayo se puede encontrar en <http://www.isrctn.com/ISRCTN11723441?q=yfilters=ySORT=yoffset=3ytotalResults=15901ypag>. El ensayo se realizó y se informó del mismo de acuerdo con la Declaración de Helsinki y las guías CONSORT (Schulz et al., 2010).

La terapia cognitiva basada en la atención plena para la vida (MBCT-L; Kuyken et al., 2019) es una adaptación del programa MBCT originalmente desarrollado para personas con antecedentes de depresión recurrente en riesgo de recaída depresiva (Segal et al., 2013). Se trata de un programa psicoeducativo participativo de ocho semanas, basado en grupos (hasta 15 participantes), que integra estrategias de CBT con la práctica de la atención plena. Cada sesión semanal tiene una duración de dos horas y se invita a los

participantes a que completen aproximadamente 40 minutos al día de práctica de la atención plena, así como otras tareas para realizar en casa. Los participantes aprenden estrategias y prácticas para estabilizar la atención, regular sus emociones y comportamientos, mejorar el cuidado personal, y transferir este aprendizaje a su vida profesional y personal. El contenido de las sesiones incluye prácticas guiadas de atención plena, tareas semanales y enseñanza/debate. El lector puede consultar Kuyken et al. (2019) para ver más detalles del programa.

Los docentes de MBCT completaron formación para la enseñanza tanto de MBCT como de MBCT-L, y todos cumplieron con los criterios de buenas prácticas establecidos por la Red de Organizaciones de Formación de Docentes Basada en la Atención Plena del Reino Unido. Se proporcionó supervisión en al menos tres ocasiones por cada grupo.

Instrumentos

La medición de los resultados se gestionó al inicio y después de la intervención mediante Qualtrics. Los datos demográficos se registraron únicamente al inicio del estudio, mientras que las mediciones de participación se evaluaron después de la intervención.

La asistencia a las sesiones la registraron los docentes de MBCT-L. Después de la intervención, se pidió a los participantes en MBCT-L que informaran: (1) de la media de días por semana dedicados a una práctica de atención plena guiada, sin incluir las sesiones de grupo (0-7); (2) en esos días, de la media de minutos al día dedicados a la práctica de la atención plena; (3) de la capacidad para incorporar los principios de la atención plena a la vida diaria (0-5); (4) de la capacidad para participar en las sesiones de MBCT-L (0-5); (5) de la creencia en la efectividad de la atención plena para ayudar a controlar situaciones estresantes (0-5); (6) de la dificultad de encontrar tiempo para participar en las prácticas entre sesiones; (7) de la satisfacción con el docente (0-5) y (8) de los niveles de comodidad con otros miembros del grupo (0-5). Las escalas de calificación de 0 a 5 van de *en absoluto* (0) a *extremadamente* (5).

El estrés post-tratamiento fue el resultado primario. Se evaluó con la subescala de estrés de siete ítems de la Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Esta subescala mide la presencia de síntomas de estrés durante la última semana. Las respuestas se dan en una escala tipo Likert de 4 puntos, que van de 0 (*nunca*) a 3 (*casi siempre*). Los valores alfa de Cronbach fueron T1: $\alpha = 0,85$; T2: $\alpha = 0,85$.

El bienestar mental se midió mediante la Short Warwick Edinburgh Mental Wellbeing Scale de 7 ítems (SWEMWBS; Stewart-Brown et al., 2009). La SWEMWBS incluye ítems que preguntan por las experiencias tenidas durante las últimas dos semanas en una escala Likert de 5 puntos que van desde 1 (*nunca*) a 5 (*todo el tiempo*). Las puntuaciones se transformaron a la escala de la versión larga del cuestionario (Stewart-Brown et al., 2009), con T1: $\alpha = 0,87$; T2: $\alpha = 0,90$.

Los síntomas de depresión y ansiedad se midieron mediante las subescalas del DASS-21 (Lovibond y Lovibond, 1995). La subescala depresión mostró T1: $\alpha = 0,89$; T2: $\alpha = 0,90$; mientras que la subescala de ansiedad T1: $\alpha = 0,78$; T2: $\alpha = 0,81$.

El agotamiento se evaluó mediante el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS; Maslach et al., 1996). El MBI-HSS consta de tres subescalas: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal. Se preguntó a los participantes acerca de la frecuencia con la que tenían experiencias relacionadas con las subescalas, y los ítems se respondieron en una escala Likert de 7 puntos, de 0 (*nunca*) a 6 (*todos los días*), con una consistencia interna en Cansancio emocional (T1: $\alpha = 0,92$; T2: $\alpha = 0,92$), Despersonalización (T1: $\alpha = 0,77$; T2: $\alpha = 0,72$) y Realización personal (T1: $\alpha = 0,81$; T2: $\alpha = 0,80$).

El presentismo se midió con el Medical Technology Assessment Productivity Cost Questionnaire (iMTA PCQ; Bouwmans et al., 2015), usando una pregunta que evalúa la asistencia al trabajo cuando la persona no se encuentra bien (periodo de recuperación de 4 semanas): “¿Cuántos días estuvo molesto/a en el trabajo por problemas físicos o psicológicos?”. La baja por enfermedad se midió mediante la siguiente pregunta de autoinforme: “Aproximadamente, ¿cuántos días ha estado ausente del trabajo debido a una enfermedad en los últimos tres meses?”.

La compasión por uno mismo y por los demás se midió con las Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS; Gu et al., 2020). Las SOCS incluyen dos dimensiones: Compasión por uno mismo (SOCS-S) y Compasión por los demás (SOCS-O). Los participantes indican cómo de cierta es cada afirmación utilizando una escala tipo Likert de 5 puntos, que va de 1 (*nada cierta para mí*) a 5 (*siempre cierta para mí*). La consistencia interna fue SOCS-S $\alpha = 0,92$ (T1), $\alpha = 0,93$ (T2), SOCS-O $\alpha = 0,88$ (T1), $\alpha = 0,90$ (T2).

La atención plena se midió mediante el Five Facet Mindfulness Questionnaire-Short Form en su versión abreviada (FFMQ-SF; Gu et al., 2016). Se utilizó la estructura jerárquica de cuatro factores sin la faceta de “observación”, como se ha recomendado en muestras no meditadoras (Gu et al., 2016). Los ítems se valoran en una escala Likert de 5 puntos, que van desde 1 (*nunca o muy raramente cierto*) a 5 (*muy a menudo o siempre cierto*). Los valores alfa de Cronbach fueron T1: $\alpha = 0,77$; T2: $\alpha = 0,85$.

Análisis estadístico

Describimos las características de los participantes al inicio del estudio mediante frecuencias (%), medianas (rango entre cuartiles, *IQR*) o medias (*DT*), según la distribución de cada variable. La aceptabilidad de la MBCT-L se examinó a través de los niveles de compromiso y satisfacción autoinformada. Se llevó a cabo un análisis de valores faltantes en cuanto al estrés y el bienestar mental mediante la prueba de Little para patrones de datos faltantes completamente al azar (MCAR), en los que se incluyeron todos los indicadores.

Para analizar la efectividad de la MBCT-L, se realizó un análisis entre grupos por intención de tratar (ITT), considerando el estrés como una variable continua. Se utilizó un modelo de regresión de efectos mixtos, incluyendo el tiempo como variable independiente y los sujetos y subgrupos de entrega como efectos aleatorios. Se utilizó el método de máxima verosimilitud restringida, que produce estimaciones sin sesgo cuando se utilizan datos no balanceados. Se calcularon pendientes no estandarizadas para la interac-

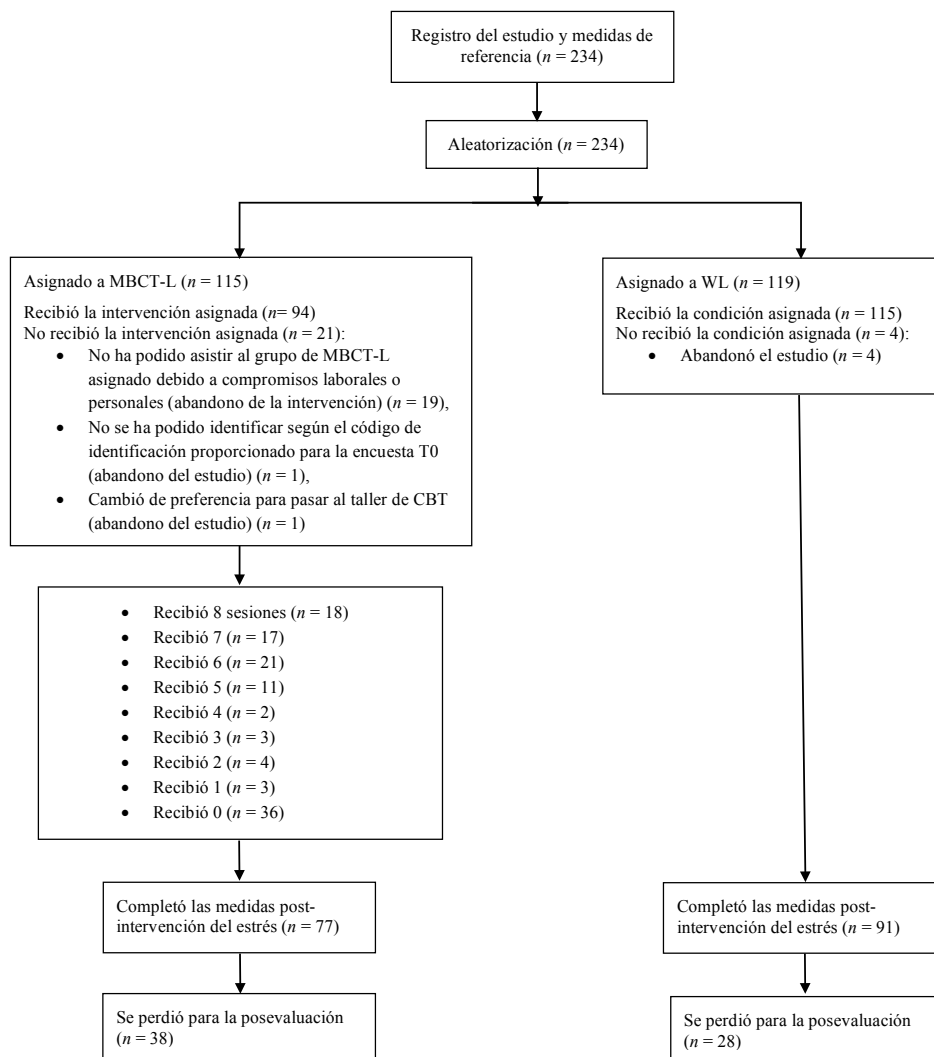


Figura 1 Flujo de participantes.

ción grupo x tiempo. Se utilizó la misma estrategia analítica para los resultados secundarios. Los tamaños del efecto (*ES*, por sus siglas en inglés) se estimaron mediante la *d* de Cohen a partir de datos crudos mediante la *DT* combinada, ponderando la diferencia en las medias pre- y post- tratamiento. Los *ES* se consideran pequeños cuando $d \leq 0,20$, medianos cuando $d = 0,50$ y grandes cuando $d \geq 0,80$.

Se llevaron a cabo análisis exploratorios de la efectividad sobre el estrés y el bienestar para estimar el efecto causal medio del tratamiento (*CACE*). Este evalúa el efecto ajustado de la intervención al tener en cuenta a los participantes que tuvieron un compromiso significativo con la MBCT-L (asistieron a ≥ 4 sesiones). Quienes cumplían con este requisito se encontraban únicamente entre los asignados al azar para recibir el programa MBCT-L, ya que los participantes en la WL no tenían acceso a MBCT-L. Se creó una nueva variable latente para identificar el estado de cumplimiento de todos los participantes a partir de las covariables que eran predictoras significativas del cumplimiento dentro del grupo MBCT-L. La estimación *CACE* se calculó mediante el algoritmo de máxima probabilidad de expectativa-maximización para modelos mixtos. Los *ES* comparables a la *d* de

Tabla 1 Evaluación sobre la aceptabilidad y el compromiso con MBCT-L (n = 70)

Ítems	M	DT
Capacidad para aplicar la atención plena en la vida diaria	3,36	0,90
Capacidad para participar en sesiones de MBCT-L	3,99	1,11
Creencia en la efectividad de la atención a la hora de manejar el estrés	3,90	0,85
Dificultad para encontrar tiempo para participar en prácticas de atención plena	3,60	1,15
Satisfacción con el docente de atención plena	4,53	0,85
Comodidad con otros miembros del grupo	4,33	1,11

Cohen se calcularon con la fórmula $\Delta = \beta/\sigma$, donde β es el efecto del tratamiento y σ es la *DT* del resultado.

También se exploró la eficacia mediante el método de Jacobson y Truax (1991) sobre el estrés y el bienestar. Este

Tabla 2 Características basales de los participantes.

Variable	MBCT-L (n = 115)		WL (n = 119)	
	M	DT	M	DT
Edad	42,95	10,05	44,92	10,68
Sexo	n	%	n	%
Masculino	20	18	18	15
Femenino	93	82	101	85
Grupo étnico				
Blanco	103	90	107	90
Otro	12	10	12	10
Estado civil				
Soltero/a	17	15	22	19
Relación de larga duración	87	76	80	67
Separado/divorciado/a	10	9	16	13
Viudo/a	1	1	1	1
Nivel educativo				
Título de posgrado o superior	48	42	41	35
Título universitario o equivalente	44	38	57	48
Bachillerato o equivalente	15	13	15	13
Certificado general o equivalente	8	7	5	4
Puesto laboral				
Administrativo/oficinista	21	18	17	14
Doctor	7	6	3	3
Terapeuta psicológico	19	17	26	22
Enfermería	26	23	33	28
Profesional afín a la medicina	24	21	22	19
Otros	18	16	18	15
Contacto directo con pacientes				
20% o menos	11	11	23	20
21%-40%	11	11	11	10
41%-60%	18	18	23	20
61%-80%	30	29	22	19
81% o más	33	32	36	31
Experiencia en la práctica de atención plena				
Sin experiencia	65	57	67	57
Menos de un año	20	17	23	20
1-5 años	22	19	21	18
Más de 5 años	8	7	7	6
Frecuencia de la práctica de atención plena				
Nada	64	56	64	54
Una vez al mes o menos	30	26	27	23
Más o menos una vez a la semana	16	14	14	12
Casi todos los días	5	4	14	12

Nota. MBCT-L: Terapia cognitiva basada en la atención plena para la vida. WL: Controles de lista de espera.

criterio se utilizó para calcular la reducción absoluta del riesgo (ARR), el número necesario a tratar (NNT, IC del 95%) y la mejoría fiable, junto con el deterioro fiable como medida de los posibles efectos perjudiciales.

Se examinó si el efecto de la MBCT-L en el estrés y el bienestar estaba mediado por cambios en la atención plena y la compasión. En primer lugar, se estudiaron modelos de mediación simples examinando las correlaciones potenciales entre las puntuaciones diferenciales de los resultados y las variables de proceso antes y después del tratamiento. Luego se calcularon las relaciones directas e indirectas en-

tre la condición del tratamiento (variable independiente), la atención plena, la autocompasión/compasión por los demás (mediadores) y el estrés y el bienestar (variables dependientes) mediante un análisis de caminos. Se calculó el poder estadístico de los modelos de mediación paralelos, incluidos todos los mediadores simples y significativos al mismo tiempo, mediante el uso de una estimación basada en Monte Carlo, con 10.000 repeticiones de los efectos indirectos (IE). Se calcularon los coeficientes de regresión (B) de los IE con *bootstrapping* corregidos por sesgo, así como sus IC del 95% basados en 10.000 muestras de *bootstrapping*.

Tabla 3 Estadísticos descriptivos y análisis intergrupales de los resultados.

Variables	n	MBCT-L		WL		d	ICC	B	p
		Pre-M (DT)	Post-M (DT)	Pre-M (DT)	Post-M (DT)				
Estrés	77/91	7,60 (3,58)	5,35 (3,12)	6,53 (3,92)	7,02 (3,74)	-0,72	0,00	2,60	<0,0001
Bienestar	77/91	20,86 (2,97)	23,27 (3,95)	22,26 (3,43)	21,68 (3,51)	0,92	0,00	-2,74	<0,0001
Ansiedad	77/91	3,88 (3,13)	3,08 (2,80)	3,18 (3,31)	3,43 (3,34)	-0,33	0,03	0,92	0,02
Depresión	77/90	5,29 (4,19)	3,86 (3,96)	4,36 (3,51)	5,04 (3,93)	-0,55	0,00	1,89	0,0001
Cansancio emocional	76/91	24,72 (10,20)	23,38 (11,66)	22,68 (12,34)	23,04 (12,49)	-0,15	0,00	1,53	0,28
Despersonalización	76/91	4,43 (4,79)	4,00 (4,37)	4,39 (4,90)	4,32 (4,48)	-0,07	0,03	0,31	0,55
Realización personal	76/91	35,49 (7,83)	35,75 (8,44)	37,37 (6,82)	36,66 (6,78)	0,13	0,04	-0,57	0,56
Baja por enfermedad	76/91	4,95 (12,68)	3,07 (8,30)	3,32 (9,11)	2,96 (5,94)	-0,14	0,01	1,01	0,55
Presentismo	77/91	5,31 (6,04)	4,36 (5,87)	4,53 (6,21)	4,46 (5,48)	-0,14	0,00	0,57	0,53
Atención plena	77/91	37,13 (6,11)	40,91 (5,83)	38,40 (7,62)	38,91 (6,71)	0,47	0,08	-3,16	<0,0001
Autocompasión	76/91	70,96 (8,43)	76,13 (10,05)	72,45 (11,99)	72,57 (11,15)	0,48	0,02	-4,90	<0,0001
Compasión por los demás	79/91	83,78 (7,47)	83,97 (7,42)	84,22 (7,85)	83,24 (7,62)	0,15	0,00	-0,95	0,27

Nota. Análisis de regresión mixtos que incluyen grupos de entrega y sujetos como efectos aleatorios. MBCT-L: Terapia cognitiva basada en la atención plena para la vida. WL: Lista de espera. Los estadísticos descriptivos y tamaños del efecto han sido obtenidos a partir de los datos brutos (los resultados están ajustados por los modelos de regresión). ICC: Coeficiente de correlación entre clases (subgrupos de entrega).

Tabla 4 Cambio fiable en el estrés y el bienestar.

Cambio fiable	RC-		RC0		RC+		TOTAL
	n	%	n	%	n	%	n
Estrés							
MBCT-L	3	4	48	62	26	34	77
WL	14	15	68	75	9	10	91
TOTAL	17		116		35		
Bienestar							
MBCT-L	3	4	45	58	29	38	77
WL	19	21	63	69	9	10	91
TOTAL	22		108		38		

Nota. RC-: Deterioro fiable. RC0: Cambio indeterminado. RC+: Mejora fiable. MBCT-L: Terapia cognitiva basada en la atención plena para la vida. WL: Controles de lista de espera.

Esta prueba resuelve problemas de asimetría en la distribución de los IE (Lockhart et al., 2011) y muestra resultados estadísticamente significativos cuando su IC del 95% no incluye cero.

Los análisis se realizaron con STATA v12, Mplus v8.4 y SPSS v26. Todas las pruebas fueron bilaterales con un nivel de significancia de $\alpha < 0,05$.

Resultados

Como se muestra en la Figura 1, de los 234 participantes, 115 fueron asignados aleatoriamente a MBCT-L y 119 a WL. Veintiuna (18%) personas del grupo de MBCT-L se retiraron del estudio antes de comenzar la intervención; mientras que 4 (3%) participantes del grupo WL no recibieron la condición asignada. Los participantes de MBCT-L asistieron a una media de 4,10 ($DT = 3,19$; $mediana = 5$; $IQR = 0-7$) sesiones. Un total de 69 participantes (60% de MBCT-L) asistieron ≥ 4 sesiones. Los participantes que completaron las preguntas de participación ($n = 70$) informaron que realizaron

una práctica de atención plena en el hogar una media de 3,32 días por semana ($DT = 1,95$; $mediana = 3$; $IQR = 2-5$), y esos días informaron de su participación durante una media de 25,92 minutos por día ($DT = 12,63$). La descripción de las valoraciones de participación se presenta en la Tabla 1.

La proporción de abandonos del estudio fue muy similar en los dos grupos; 79 (69%) participantes en el grupo de MBCT-L y 91 (77%) participantes de WL informaron sobre medidas relativas al estrés y el bienestar posteriores a la intervención. No hubo relaciones significativas entre las pérdidas en el post-tratamiento y las variables basales. Un análisis de los valores ausentes reveló que el estrés y el bienestar cumplían con los criterios MCAR (MCAR de Little $\chi^2[df = 71] = 58,34$, $p = 0,859$).

Las características basales fueron similares entre los grupos (Tabla 2). Los estadísticos descriptivos y los resultados de los análisis intergrupales según los modelos de regresión mixta se pueden ver en la Tabla 3. La MBCT-L fue significativamente más eficaz que WL en cuanto a la mejora del estrés, con efectos moderados-grandes ($B = 2,60$; $p < 0,0001$; $d = -0,72$); y del bienestar, con efectos grandes ($B = -2,74$; $p <$

Tabla 5 Correlaciones en el grupo MBCT-L entre los cambios antes y después de la intervención en las variables del proceso y los resultados (estrés y bienestar).

VARIABLES/RESULTADOS DEL PROCESO		Dif. atención plena	Dif. autocompasión	Dif. compasión por los demás
Dif. estrés	<i>r</i>	-0,40	-0,27	-0,08
	<i>p</i>	(0,0003)	(0,02)	(0,51)
Dif. bienestar	<i>r</i>	0,59	0,53	0,21
	<i>p</i>	(<0,0001)	(<0,0001)	(0,07)

Nota. Dif.: cambio pre-post. El aumento de las puntuaciones significa un deterioro clínico en el estrés y una mejora en la atención plena y la autocompasión/compasión por los demás. *N* = 77.

Tabla 6 Efectos directos e indirectos en los modelos mediadores simples.

Resultado/mediador	<i>R</i> ²	Efectos directos			Efectos indirectos	
		ruta	<i>B</i>	<i>t</i>	ruta	<i>bootstrapping</i> (IC del 95%)
Estrés Atención plena	0,27					
	0,09	<i>a</i>	3,26	4,01*		
		<i>b</i>	-0,24	-5,33*	<i>a</i> _i <i>x</i> <i>b</i> _i	-1,27, -0,37
		<i>c</i> '	-1,96	-3,98*		
Autocompasión	0,23					
	0,09	<i>a</i>	5,05	4,07*		
		<i>b</i>	-0,12	-4,05*	<i>a</i> _i <i>x</i> <i>b</i> _i	-1,07, -0,29
		<i>c</i> '	-2,12	-4,13*		
Bienestar Atención plena	0,39					
	0,09	<i>a</i>	3,26	4,01*		
		<i>b</i>	0,40	7,77*	<i>a</i> _i <i>x</i> <i>b</i> _i	0,59, 2,11
		<i>c</i> '	2,24	3,99*		
Autocompasión	0,35					
	0,09	<i>a</i>	5,05	4,07*		
		<i>b</i>	0,24	6,77*	<i>a</i> _i <i>x</i> <i>b</i> _i	0,61, 1,86
		<i>c</i> '	2,37	4,05*		

Nota. **p* < 0,0001. IC del 95%: intervalo de confianza del 95% con *bootstrapping* corregido por sesgo.

0,0001; *d* = 0,92). La MBCT-L fue significativamente más eficaz que WL en la reducción de la ansiedad, con efectos pequeños, y la depresión, con efectos moderados-grandes (Tabla 3). En lo que se refiere al resto de resultados secundarios (agotamiento, baja por enfermedad y presentismo), no se observaron diferencias significativas entre los grupos (Tabla 3). En cuanto a las variables mediadoras, la MBCT-L fue significativamente más eficaz que WL de cara a mejorar la atención plena y la autocompasión, con efectos moderados. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la compasión por los demás (Tabla 3).

El nivel educativo fue el único predictor significativo del hecho de completar el programa, por lo que fue incluido en el modelo CACE para de predecir la correspondiente variable categórica latente del estado de cumplimiento (*B* = 0,90; *p* < 0,0001; *OR* = 2,45). El valor de entropía de la categorización fue 0,80, lo que indica que las clases estaban bien diferenciadas. Se consideraron aceptables las clases con no menos del 1% de recuento total y altas probabilidades posteriores ($\geq 85\%$). El modelo incluyó 188 observaciones, de las cuales 122 (66%) pertenecieron a participantes cumplidores. Después de ajustar por cumplimiento, la intervención en MBCT-L mantuvo un impacto significativo con

grandes efectos en estrés (*B* = 3,60; *p* < 0,0001; Δ = -1,02) y bienestar (*B* = -4,11; *p* < 0,0001; Δ = 0,94). En comparación con los análisis ITT, se observaron tamaños del efecto mayores tanto para el estrés como para el bienestar.

La Tabla 4 muestra el cambio fiable en cuanto al estrés y el bienestar (*SE* del cambio = 2,03; criterio de cambio fiable para el estrés = 3,98; criterio de cambio fiable para el bienestar = 3,99). Un total de 26 pacientes (34%) del grupo de MBCT-L y 9 (10%) del grupo de WL experimentaron una disminución fiable del estrés ($\chi^2 = 14,42$, *p* < 0,0001). Por lo tanto, la ARR de MBCT-L comparada con WL fue del 24% (IC del 95% = 12-36%), con un NNT = 5 (IC del 95% = 2,8-8,6). Un total de 3 pacientes (34%) del grupo MBCT-L y 14 (15%) del grupo WL experimentaron un deterioro fiable en cuanto al estrés entre el pre-test y el post-test ($\chi^2 = 6,05$, *p* = 0,01). Un total de 29 pacientes (38%) del grupo MBCT-L y 9 (10%) del grupo WL experimentaron un aumento fiable en el bienestar ($\chi^2 = 18,38$, *p* < 0,0001). Por lo tanto, la ARR en la MBCT-L en comparación con la WL fue del 28% (IC del 95% = 15-40%), con un NNT = 4 (IC del 95% = 2,5-6,5). Un total de 3 pacientes (4%) del grupo MBCT-L y 19 (21%) del grupo WL experimentaron un deterioro fiable en el bienestar ($\chi^2 = 10,57$, *p* = 0,0001). No se informó de la aparición de efectos adversos graves.

Se computaron análisis correlacionales bivariados entre las puntuaciones diferenciales antes y después del tratamiento en estrés y bienestar, así como las puntuaciones diferenciales en atención plena y autocompasión/compasión dentro del grupo MBCT-L (Tabla 5). Solo se calcularon los modelos de análisis de caminos para los resultados con correlaciones significativas con cualquier variable de proceso (Tabla 6). El grupo MBCT-L mostró ganancias significativamente más altas en la atención plena en comparación con la condición WL, y estas ganancias predijeron el cambio en el estrés y el bienestar. Los *IC* con *bootstrapping* y corrección del sesgo del 95% para los *IE* sobre el estrés y el bienestar no sobrepasaron el cero, indicando un efecto de mediación de la atención plena respecto al estrés y el bienestar. El grupo MBCT-L mostró ganancias significativamente más altas en cuanto a la autocompasión frente a la condición WL, y estas ganancias predijeron el cambio en el estrés y el bienestar. El *IC* con *bootstrapping* y con corrección del sesgo del 95% para los *IE* sobre el estrés y el bienestar se mantuvo por debajo de cero, sugiriendo un efecto de mediación de la autocompasión sobre el estrés y el bienestar. Un análisis del poder estadístico que incluyó tanto la atención plena como la autocompasión, con mediadores paralelos, mostró que solo la mediación múltiple sobre el bienestar alcanzaba el poder estadístico apropiado. Un *IC* con *bootstrapping* y corrección del sesgo del 95% mostró que los *IE* a través de la atención plena (*IE* = 0,93; *IC* del 95% = 0,37 a 1,64) y la autocompasión (*IE* = 0,66; *IC* del 95% = 0,23 a 1,14) en el bienestar no sobrepasaron el cero, indicando que la atención plena y la autocompasión en paralelo mediaron significativamente el efecto del grupo (MBCT-L frente a WL) sobre el bienestar. Sin embargo, de acuerdo con los efectos directos ajustados obtenidos, podría haber otras variables mediadoras en todos los modelos analizados.

Discusión

Nuestros hallazgos sugieren que un nuevo plan de estudios de la atención plena diseñado para la población en general (MBCT-L) puede mejorar el estrés, la ansiedad y la depresión entre los trabajadores sanitarios, mejorar el bienestar, la atención plena y la autocompasión, y resultar aceptable y atractivo. El tamaño del efecto en nuestro resultado primario (estrés) fue moderadamente grande, al igual que en nuestro resultado secundario bienestar mental, lo cual resulta prometedor en comparación con otras intervenciones en los centros de trabajo (Hall et al., 2016). No hubo evidencias de daños significativos si comparamos las tasas de deterioro fiable con otros estudios (Baer et al., 2019). De las personas que comenzaron el programa ($n = 94$), el 73% ($n = 69$) lo completó (según lo establecido por asistir a la mayoría de las sesiones), lo que sugiere aceptabilidad, mientras que las tasas de práctica en el hogar fueron elevadas y comparables a otros estudios de atención plena (Parsons et al. 2017). Si bien la intervención mejoró el estrés, la salud mental (depresión y ansiedad) y el bienestar, no produjo mejoras en los resultados específicos del centro de trabajo en cuanto a agotamiento, presentismo y absentismo.

Aunque este estudio se realizó antes de la pandemia de COVID-19, el impacto de esta en el estrés, el bienestar y la

salud mental de los trabajadores sanitarios pone de relieve más que nunca la necesidad de encontrar formas efectivas, aceptables y accesibles de apoyar a los empleados del sector de la salud de cara a priorizar su cuidado personal y desarrollar una mayor resiliencia (Bohlken et al., 2020). Los resultados sugieren que la MBCT-L proporciona una forma eficaz, aceptable y accesible de reducir el estrés y los problemas de salud mental, así como de mejorar el bienestar mental. La MBCT-L es una intervención grupal breve particularmente adecuada en el entorno de la atención médica, donde escasean tanto el tiempo como el dinero.

Los resultados sugieren también que la MBCT-L podría ser especialmente adecuada en los centros de trabajo en general, más allá de los entornos sanitarios, ya que enseña habilidades fundamentales que son aplicables a las personas en todos los aspectos del bienestar. Curiosamente, los efectos de grupo fueron pequeños, lo que sugiere que diferentes profesores producen efectos similares. Esto puede dar fe de la calidad de la estandarización, la formación y la supervisión de los docentes de MBCT-L y del manual detallado para los mismos. Los participantes aprendieron habilidades de atención plena y autocompasión, a través de las cuales se lograron mejoras en el estrés y el bienestar. Esto sugiere que, como se ha teorizado, la MBCT-L enseña habilidades fundamentales, lo cual explica gran parte del cambio en el estrés y el bienestar. Los programas de bienestar como la MBCT-L, que enseñan habilidades fundamentales universales en un formato enormemente accesible, pueden desplazar la distribución de la población hacia menores niveles de estrés y un mayor bienestar (Huppert, 2009).

Es probable que ningún enfoque del estrés y el bienestar en el centro de trabajo u otro lugar sea una panacea, y la MBCT-L no es una excepción. Por ejemplo, la MBCT-L tuvo poco impacto en el agotamiento, lo que tal vez indique que el agotamiento requiere de intervenciones más específicas y dirigidas (Hall et al., 2016) o que la MBCT-L debería ajustarse más concretamente al agotamiento como objetivo. Factores estructurales, sistémicos e individuales, algunos modificables (e.g., prácticas de gestión) y otros no tanto (desafíos inherentes al trabajo), afectan a la cultura de una organización y al bienestar de los trabajadores (Stansfeld y Candy, 2006). No obstante, nuestro estudio sugiere que la MBCT-L tiene su hueco específico entre los distintos enfoques.

El estudio adolece de varias limitaciones. En primer lugar, aunque el estudio estaba abierto a todos los trabajadores sanitarios, la muestra autoseleccionada fue predominantemente blanca y femenina. En segundo lugar, nuestro control consistió en una lista de espera y, por tanto, no fue un comparador activo. Y en tercer lugar, la falta de seguimiento a largo plazo limita nuestra comprensión del grado de vinculación de los mecanismos y de si los beneficios se mantienen con el paso del tiempo. Los trabajos futuros deben tratar de analizar la posibilidad de generalizar estos resultados a poblaciones más amplias, incluidos otros contextos laborales, así como evaluar la MBCT-L directamente frente a otras intervenciones que se hayan mostrado eficaces dentro de estudios bien diseñados y con el poder estadístico adecuado.

En conclusión, estos resultados sugieren que la MBCT-L resulta eficaz para reducir el estrés y mejorar el bienestar y la salud mental de los trabajadores de los entornos sanitarios. Sin embargo, debería ofrecerse junto con una carte-

ra más amplia de enfoques basados en la evidencia que permita tanto elegir como proporcionar otras intervenciones centradas en problemas concretos, como el agotamiento.

Financiación y reconocimientos

Este estudio ha sido financiado por *Health Education England: Kent, Surrey and Sussex* (HEEKSS) y *Wellcome Trust* (subvenciones 104908/Z/14/Z y 107496/Z/15/Z). Queremos expresar un agradecimiento especial a Nikki Pitman, que ha apoyado la realización del estudio en el día a día con gran pasión, compromiso y capacidad. También estamos muy agradecidos a los docentes de MBCT que han impartido o supervisado los cursos de MBCT-L para este estudio. Por último, pero no por ello menos importante, también nos gustaría extender nuestro agradecimiento a los trabajadores del NHS que han participado en este estudio y que han dedicado su tiempo para completar las medidas del mismo.

Referencias

- Baer, R., Crane, C., Miller, E. y Kuyken, W. (2019). Doing no harm in mindfulness-based programs: Conceptual issues and empirical findings. *Clinical Psychology Review*, 71, 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.01.001>
- Bartlett, L., Martin, A., Neil, A. L., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M. y Sanderson, K. (2019). A Systematic Review and Meta-Analysis of Workplace Mindfulness Training Randomized Controlled Trials. *Journal of Occupational Health Psychology*, 24, 108-126. <https://doi.org/10.1037/ocp0000146>
- Bohlken, J., Schoemig, F., Lemke, M. R., Pumberger, M. y Riedel-Heller, S. G. (2020). COVID-19 Pandemic: Stress Experience of Healthcare Workers A Short Current Review. *Psychiatrische Praxis*, 47, 190-197. <https://doi.org/10.1055/a-1159-5551>
- Bouwman, C., Krol, M., Severens, H., Koopmanschap, M., Brouwer, W. y Hakkaart-van Roijen, L. (2015). The iMTA Productivity Cost Questionnaire A Standardized Instrument for Measuring and Valuing Health-Related Productivity Losses. *Value in Health*, 18, 753-758. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.05.009>
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. y Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990-999.
- Feldman, C. y Kuyken, W. (2019). *Mindfulness: Ancient wisdom meets modern psychology*. Guilford.
- Gu, J., Baer, R., Cavanagh, K., Kuyken, W. y Strauss, C. (2020). Development and Psychometric Properties of the Sussex-Oxford Compassion Scales (SOCS). *Assessment*, 27, 3-20. <https://doi.org/10.1177/1073191119860911>
- Gu, J., Strauss, C., Bond, R. y Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>
- Gu, J., Strauss, C., Crane, C., Barnhofer, T., Karl, A., Cavanagh, K. y Kuyken, W. (2016). Examining the Factor Structure of the 39-Item and 15-Item Versions of the Five Facet Mindfulness Questionnaire Before and After Mindfulness-Based Cognitive Therapy for People With Recurrent Depression. *Psychological Assessment*, 28, 791-802. <https://doi.org/10.1037/pas0000263>
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A. y O'Connor, D. B. (2016). Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review. *Plos One*, 11, Artículo 12. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Huppert, F. A. (2009). A new approach to reducing disorder and improving well-being. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 108-111. <https://doi.org/10.1111/J.1745-6924.2009.01100.X>
- Jacobson, N. S. y Truax, P. (1991). Clinical-significance - a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B. y Harvey, S. B. (2016). Workplace interventions for common mental disorders: A systematic meta-review. *Psychological Medicine*, 46, 683-697. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002408>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. Delacorte.
- Kuyken, W., Bernard, P. y Baer, R. (2019). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Life Teacher's Guide*. Manuscript in preparation.
- Lockhart, G., MacKinnon, D. P. y Ohlrich, V. (2011). Mediation Analysis in Psychosomatic Medicine Research. *Psychosomatic Medicine*, 73, 29-43. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318200a54b>
- Lomas, T., Carlos Medina, J., Iltzan, I., Rupprecht, S. y Eiroa-Orosa, F. J. (2018). A systematic review of the impact of mindfulness on the well-being of healthcare professionals. *Journal of Clinical Psychology*, 74, 319-355. <https://doi.org/10.1002/jclp.22515>
- López-Navarro, E., Del Canto, C., Mayol, A., Fernández-Alonso, O., Reig, J. y Munar, E. (2020). Does mindfulness improve inhibitory control in psychotic disorders? A randomized controlled clinical trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 192-199. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.002>
- Lovibond, S. y Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression anxiety stress scale*. Psychology Foundation.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *Maslach burnout inventory manual* (3ª ed.). Autor.
- Pardos-Gascón, E. M., Narambuena, L., Leal-Costa, C. y van der Hofstadt-Román, C. J. (2021). Differential efficacy between cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based therapies for chronic pain: Systematic review. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, Artículo 100197. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.08.001>
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O. y Kuyken, W. (2017). Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 95, 29-41. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.05.004>
- Pagnini, F., Cavallera, C., Rovaris, M., Mendozzi, L., Molinari, E., Phillips, D. y Langer, E. (2019). Longitudinal associations between mindfulness and well-being in people with multiple sclerosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19, 22-30. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.11.003>
- Rongen, A., Robroek, S. J. W., van Lenthe, F. J. y Burdorf, A. (2013). Workplace Health Promotion A Meta-Analysis of Effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 44, 406-415. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.12.007>
- Schulz, K. F., Altman, D. G., Moher, D. y Grp, C. (2010). CONSORT 2010 Statement Updated Guidelines for Reporting Parallel Group Randomized Trials. *Obstetrics and Gynecology*, 115, 1063-1070. <https://doi.org/10.1097/Aog.0b013e3181d9d421>
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2ª ed.). Guilford Press.
- Stansfeld, S. y Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health - a meta-analytic review. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 32, 443-462. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1050>
- Stewart-Brown, S. L., Tennant, A., Tennant, R., Platt, S., Parkinson, J. y Weich, S. (2009). Internal construct validity of the Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): A Rasch analysis using data from the Scottish Health Education Population Survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, Artículo 15. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-15>
- Strauss, C., Gu, J., Pitman, N., Chapman, C., Kuyken, W. y Whittington, A. (2018). Evaluation of mindfulness-based cognitive therapy for life and a cognitive behavioural therapy stress-management workshop to improve healthcare staff stress: Study protocol for two randomised controlled trials. *Trials*, 19, 1-10.
- Weinberg, A., y Creed, F. (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355, 533-537. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)07366-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)07366-3)