

Artículo original

# Efectividad de un Programa de Mindfulness para reducir el Burnout en profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos: Ensayo clínico aleatorizado.

David Cámara Calmaestra <sup>1,2,\*</sup>, Juan Carlos Luis-Pascual <sup>1</sup>, Rubén Cámara Calmaestra <sup>1</sup> y Alberto Manuel Paniagua <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Príncipe de Asturias; davidcamaracalm97@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4006-9160>

<sup>2</sup> Máster de Acción Humanitaria Sanitaria

\* Autor correspondencia: davidcamaracalm97@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4006-9160>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2022.7.1.299>

---

**Resumen:** Los profesionales de las unidades de cuidados intensivos presentan un alto riesgo de desarrollar lo que conoce como síndrome del quemado o Burnout, con una prevalencia entre el 15 y el 25 %. Además, la llegada de la Covid-19 ha aumentado enormemente la carga de trabajo en estas unidades. Es por ello necesario implementar medidas en este sector para reducir el grado de Burnout. Una de las intervenciones que muestra mayor grado de eficacia en este ámbito es Mindfulness. Así, el objetivo principal de este estudio es evaluar la efectividad de un programa de mindfulness para reducir el Burnout en los profesionales de una unidad de cuidados intensivos. Para ello, se llevó a cabo un estudio con diseño intrasujeto pre-post intervención en el servicio de medicina intensiva de un hospital público de segundo nivel. Un total de 66 profesionales decidieron participar en él voluntariamente, siendo divididos de manera aleatoria en un grupo control y un grupo experimental. El programa se realizó en un período de 8 semanas. Se midió el grado de Burnout a través del cuestionario Maslach burnout inventory- human social service antes y después de la intervención. Como resultado se produjo una disminución del grado de Burnout en el grupo experimental, especialmente en la subescala de cansancio emocional, mientras que en el grupo control aumentó, sin embargo no se observaron diferencias estadísticamente significativas. Como conclusión, una intervención basada en Mindfulness de forma no presencial, en profesionales sanitarios de una unidad de cuidados intensivos podría reducir el grado de Burnout.

**Palabras Clave:** Mindfulness, Burnout, Síndrome del quemado, Cuidados intensivos y Profesionales sanitarios.

**Abstract:** Professionals in intensive care units have a high risk of developing what is known as Burnout syndrome, with a prevalence between 15 and 25%. Furthermore, the arrival of Covid-19 has greatly increased the workload in these units. It is therefore necessary to implement measures in this sector to reduce the degree of Burnout. One of the interventions that shows the greatest degree of efficacy in this area is Mindfulness. Thus, the main objective of this study is to evaluate the effectiveness of a mindfulness program to reduce Burnout in professionals in an intensive care unit. To do this, a study with a pre-post intervention within-subject design was carried out in the intensive care unit of a second-level public hospital. A total of 66 professionals decided to participate voluntarily, being randomly divided into a control group and an experimental group. The program was carried out in a period of 8 weeks. The degree of Burnout was measured through the Maslach Burnout Inventory-Human Social Service questionnaire before and after the intervention. As a result, there was a decrease in the degree of Burnout in the experimental group, especially in the emotional exhaustion subscale, while it increased in the control group, however, no statistically significant differences were observed. In conclusion, an intervention based on Mindfulness in a non-face-to-face way, in health professionals of an intensive care unit, could reduce the degree of Burnout.

**Key words:** Mindfulness, Burnout, Burn syndrome, Intensive care and Health professionals.

## 1. Introducción

Hoy en día, el ámbito laboral juega un papel fundamental en la vida de todas las personas, ya que, es un lugar donde transcurre gran parte de nuestro tiempo. Existen ciertos trabajos que por su carácter de cara al público, situaciones de estrés y gran demanda social, presentan una mayor vulnerabilidad a desarrollar enfermedades o factores estresantes [1,2]. Es cierto que cierto nivel de estrés, en ocasiones puede resultar beneficioso para resolver situaciones con mayor efectividad y rapidez, sin embargo, cuando este se mantiene en el tiempo puede causar un efecto contrario [3,4]. Es por ello que resulta imprescindible hablar de salud laboral, ya que, como bien define la Organización Mundial de la Salud (OMS) [5] “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Uno de estos sectores de trabajo, está representado por el colectivo de los sanitarios. Esto se debe a factores como: la alta rotación de profesionales, turnos de trabajo no fijos, trabajo en festivos, guardias de larga duración y altos requerimientos de formación continuada en habilidades técnicas [6,7]. En la actualidad, y con la pandemia de la Covid-19 se ha puesto aún más de manifiesto esta condición [8,9].

En especial, en el ámbito de la medicina intensiva, esta problemática se intensifica exponencialmente, al tratar a diario situaciones entre la vida y la muerte [10]. Lo cual incrementa enormemente el grado de desarrollar lo que se conoce como síndrome del quemado o burnout. Así, la prevalencia de burnout en los profesionales de estas unidades va desde el 15 al 25% [11,12].

Según Urquiza et al. [13] existen diversos factores de riesgo de desarrollar Burnout, algunos de los más importantes los podemos apreciar en la tabla I.

**Tabla I.** Factores de riesgo del Burnout (fuente de elaboración propia)

<b>Factores de riesgo del Burnout</b>
- Caída del valor social de la profesión en nuestro país
- Sobrecarga laboral
- Contacto diario con situaciones como el dolor, la muerte o el sufrimiento
- Agresiones verbales y físicas
- Continua formación
- Red social personal
- Edad, sexo, rasgos de personalidad
- Salario insuficiente
- Descansos escasos

Son muchas las definiciones con las que los diversos autores hacen referencia al término de Burnout. Así, Maslach [14] lo define como “un síndrome psicológico que surge en respuesta a estresores crónicos, caracterizado por cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en profesionales que trabajan de cara al público o en trabajadores que no tienen contacto con otras personas en el individuo hasta provocar en este los sentimientos propios del síndrome” (p60). Gutiérrez Aceves et al. [15] afirma que se trata de “un trastorno adaptativo crónico, asociado con el inadecuado afrontamiento a las demandas psicológicas del trabajo, que altera la calidad de vida de las personas” (p3). Gil-Monte y Peiró [16], consideran este trastorno como “una respuesta al estrés laboral crónico con actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (p5).

De esta forma, y como se puede observar en estas definiciones, el burnout se puede considerar compuesto por tres dimensiones [17,18]:

Agotamiento emocional: fatiga que puede manifestarse física y psicológicamente.

Despersonalización: se llevan a cabo actitudes y respuestas negativas, distantes, frías, incluso hacia las personas a las que va dirigido el trabajo.

Baja realización personal: baja autoestima, sensación de fracaso, desilusión hacia la propia vida y hacia los logros personales y profesionales.

En la tabla II, podemos ver los síntomas que acompañan al Burnout, siendo muy diversos y clasificándose en [19–21]:

**Tabla II.** Síntomas del Burnout (fuente de elaboración propia).

<b>Síntomas del Burnout</b>	
Síntomas emocionales	Depresión, sentimientos de fracaso, disminución del nivel de autoestima, irritabilidad, apatía, hostilidad, agresividad e intolerancia.
Síntomas cognitivos	Desvalorización, hipercriticismo, cinismo, pérdida de valores, falta de expectativas, falta de concentración, dificultad en la toma de decisiones.
Síntomas conductuales	Evitar las responsabilidades, inadaptación, desorganización, conductas de riesgo, uso de estimulantes y de otras sustancias, alteraciones de la conducta, falta de planificación.
Síntomas sociales	Aislamiento, conflictos interpersonales, formación de grupos críticos, evitación del contacto con otros profesionales.
Síntomas físicos	Fatiga crónica, cefalea, dolor muscular, falta de apetito, disfunciones sexuales, insomnio y aumento de ciertos parámetros fisiológicos.
Consecuencias laborales	Disminución de la productividad, incompetencia, pérdida de calidad del servicio, insatisfacción del paciente y absentismo laboral.

Resulta por tanto fundamental, intervenir en los factores causantes como son, en primer lugar, las condiciones del trabajo (descansos, ratio de paciente, remuneración y medio ambiente saludable) [22,23]. Igualmente, también puede resultar de gran ayuda, contar con factores protectores intrínsecos, que permitan mitigar estos efectos. De esta forma, se puede recurrir a ciertas dinámicas como puede ser el Mindfulness.

Mindfulness es la traducción al inglés del término pali "sati", que implica conciencia, atención y recuerdo. La traducción al castellano de Mindfulness no tiene un estándar, ha sido traducido indistintamente como atención plena o conciencia plena, muchos autores optan por eso por el vocablo inglés Mindfulness [24,25].

Existen multitud de terapias de Mindfulness, sin embargo, la más empleada en el campo de la medicina es la Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR). Es el enfoque pionero en la integración de técnicas de meditación en la medicina y psicología occidental, fue desarrollado por Kabat-Zinn en 1982 [26]. Para poder afrontar el sufrimiento y el estrés el MBSR propone adoptar unas actitudes concretas durante la práctica de los ejercicios integrados en el programa, todas ellas devienen del zen y son las siguientes: no juzgar, tener paciencia, mente de principiante, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básica, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar pasar [27,28].

Multitud de estudios muestran evidencia sobre la efectividad de Mindfulness para reducir el Burnout en los profesionales sanitarios. Así, la revisión sistemática de Aranda et al. [29] concluye que "el entrenamiento en Mindfulness es una herramienta útil, ya que, mejora la prevención y la reducción del burnout entre los profesionales de enfermería, ayuda a promover actitudes positivas y de mejora de calidad de los cuidados enfermeros, aumenta la humanidad en el cuidado y en general la calidad de vida de pacientes y profesionales".

También, se ha comprobado su eficacia en el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, ya que, en el estudio de Martin et al. [30] se afirma que "tras la intervención, los componentes del

burnout mejoran hasta situarse en un nivel bajo en cansancio emocional y en despersonalización personal, mientras que en realización personal mejora dentro del rango”.

De igual manera, MBSR resulta efectivo en equipos de cuidados paliativos, así en el estudio primario de Sansó et al. [31] se concluye que “se produjo una disminución de la fatiga de compasión y el riesgo de burnout, mientras que la satisfacción con la compasión aumentó significativamente”.

Además, existe evidencia de que la efectividad de un programa de MBSR, se mantiene hasta un período de dos años [32], manteniendo así una duración mayor que otras intervenciones a corto plazo.

De esta forma, la realización de estudios similares que evalúen la efectividad de un programa de Mindfulness para reducir el Burnout en los profesionales de las unidades de cuidados intensivos, se justifica fundamentalmente por tres causas: en primer lugar, para apoyar la evidencia científica ya disponible y consolidar Mindfulness como una terapia sólida en este ámbito (incluso de manera no presencial). En segundo lugar, por la alta prevalencia de Burnout existente en este grupo de trabajadores de forma basal. Y, en tercer lugar, por la llegada del Covid-19 y las consecuentes oleadas, las cuales han aumentado enormemente la carga de trabajo, destruyendo aún más la ya mermada capacidad de resiliencia de este vulnerable colectivo. Es por todo ello, por lo que se decide llevar a cabo este estudio.

Por tanto, la hipótesis es la siguiente: existe asociación estadísticamente significativa entre la práctica de Mindfulness y la reducción de Burnout en los profesionales de cuidados intensivos.

Mientras que, el objetivo principal de este estudio es evaluar la efectividad de un programa de mindfulness para reducir el Burnout en los profesionales de una unidad de cuidados intensivos.

## 2. Material y Métodos

Se llevó a cabo un estudio con diseño intrasujeto pre-post intervención en el servicio de medicina intensiva del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, siendo este un hospital de segundo nivel.

Dicha unidad, cuenta con una capacidad inicial de hasta 16 camas. Sin embargo, debido a la situación de Covid-19 ha llegado a un máximo de 34 camas, distribuido en 3 UCI. La UCI A consta de 16 camas, la B de 8 y la C de otras 10.

La plantilla médica actual del servicio es de 15 médicos adjuntos y 5 médicos residentes de la especialidad. Con horarios de mañana (8-15h) y guardias de 24 horas.

La plantilla de enfermería está formada por 70 enfermeras y 40 técnicas auxiliares de enfermería (TCAE), los cuales realizan 3 tipos de turnos: mañana (8-15h), tarde (15-22h) y noche (22-8h).

Un total de 66 profesionales decidieron participar en él voluntariamente: 10 médicos (15.5 %), 43 enfermeras (65.15 %) y 13 TCAE (19.69 %).

El total de participantes se dividió de manera aleatoria (aleatorización simple) en dos grupos, según realizasen o no la intervención. De este modo, los grupos son los siguientes:

Grupo intervención (GI): corresponde con el grupo de participantes que realizan la intervención de MBI.

Grupo control (GC): corresponde con el grupo de participantes a los que no se les realiza ningún tipo de intervención.

### 2.1. Medidas e instrumentos de evaluación

Se recogieron las siguientes variables independientes:

- Edad (menor o igual a 35/36-50/más de 50)
- Sexo (masculino/ femenino)
- Estado civil (soltero /en pareja)
- Número de hijos/as (1/ 2/ más de 2)
- Categoría profesional (médico/ enfermera/ TCAE)
- Antigüedad en la UCI (menos de 5/ 5-15/ más de 15)
- Realización previa de Mindfulness (sí/no)

### Dependientes:

Burnout. Se mide con la versión española validada del Maslach Burnout Inventory - Human Service Survey (MBI-HSS), desarrollada por Maslach, siendo a nivel internacional el instrumento más utilizado para medir el agotamiento, considerándose como el gold standard para evaluar el Burnout [33,34]. Mide tres dimensiones: cansancio emocional (CE), que hace referencia a la pérdida de recursos emocionales ante el trabajo, con un máximo de 54 puntos; despersonalización (DP), que describe una respuesta fría o insensible hacia las personas a quienes se presta atención, con un máximo de 30 puntos, y realización personal (RP), que describe sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo, con una puntuación máxima de 48 [35]. También se ha desarrollado la escala MBI-HSS abreviada, pero es preferible no emplearla, ya que en su estudio Lim et al. [36] concluyen que existe cierto riesgo de sobreestimación del Burnout al emplear la escala abreviada.

Existen otras escalas para valorar el grado de Burnout, como por ejemplo la escala Burnout screening inventory (BSI) desarrollada por Jaggi [37], la cual contiene 10 preguntas, con un tiempo de realización de entre 3 a 5 minutos, disminuyendo así el agotamiento en su realización y permite una respuesta más certera. Sin embargo, esta no ha sido tan empleada, siendo a día de hoy aún objeto de estudio [38].

También se emplean las escalas: Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Malach-Pines Scale y Professional Quality of Life Measure (ProQoL5) scale [33], pero al igual que la escala BSI, a pesar de demostrar una validez y confiabilidad adecuadas para medir el agotamiento entre las enfermeras, son pocos los estudios en los que han sido utilizadas, siendo necesaria más literatura científica que las respalde [39].

Por otro lado, como muestra el artículo de Lim et al. [36] otra de las principales ventajas de la MBI-HSS es que las diferencias relacionadas con la edad, el género y la categoría profesional en el agotamiento de los profesionales sanitarios estadounidenses, no se deben al empleo del MBI-HSS en estos grupos demográficos.

Es por todo ello, que la escala seleccionada para medir el nivel de Burnout en este estudio es el MBI-HSS.

## *2.2. Descripción de la intervención*

Como demuestra la literatura científica, un programa de "Mindfulness based stress reduction" (MBSR) es capaz de generar beneficios en el plazo de 8 semanas [40]. Por tanto, la intervención tendrá una duración total de 8 semanas. En este caso, en el programa de intervención basada en mindfulness (MBI) se realizarán 22 sesiones en total, con una duración aproximada de entre 7 y 30 minutos.

Será necesario descargar en el Smartphone la aplicación gratuita Insight Timer, para poder acceder al material, ya que, como muestran estudios previos, tanto la modalidad presencial como la online tienen la misma efectividad, siendo la principal diferencia un aumento en los niveles de adhesión y participación [41]. A la misma vez, esta aplicación permitirá a los investigadores ratificar el visionado del vídeo por parte de los y las participantes, ya que, incluye una opción de seguimiento a nivel individual.

Se trata de la práctica de MBI, la cual ha sido llevada a cabo anteriormente, tanto con personal sanitario como no, aportando evidencia de su efectividad para reducir el grado de estrés y síndrome del quemado [29-31].

Cada semana se abordarán diferentes apartados, empezando por los aspectos más básicos (consciencia plena de la respiración y partes del cuerpo) hasta ahondar en lo específico.

En la tabla III, se puede ver un resumen cronológico de cada una de las sesiones.

**Tabla III.** Resumen semanal de las sesiones de MBI (fuente de elaboración propia).

<b>Primera semana</b>
<p>1.1. Práctica cotidiana formal que recoge, de una manera secuencial, nuestra atención en las sensaciones que provienen de diferentes partes de nuestro cuerpo. Siempre que perdamos la atención, volvemos en primer momento a nuestra respiración para después continuar donde nos habíamos distraído. 30 minutos</p> <p>1.2. Práctica formal que alterna una atención abierta (al principio y al final) con una atención focal (en el medio de la práctica). Se trabaja con lo que se ve, con lo que se siente a nivel corporal, con sonidos, dejándolo abierto también a emociones y pensamientos, pero sin insistir mucho sobre ello. La parte central se dedica a la respiración, en sus diferentes propuestas y la parte final, se vuelve a abrir a todas las percepciones, sin seleccionar una en particular (iniciamos una atención plena). 19 minutos.</p>
<b>Segunda semana</b>
<p>2.1. Práctica cotidiana formal que recoge, de una manera secuencial, nuestra atención en las sensaciones que provienen de diferentes partes de nuestro cuerpo. En este caso, de quince minutos, focalizando la atención en las piernas y en los brazos. Siempre que perdamos la atención, volvemos en primer momento a nuestra respiración para después continuar donde nos habíamos distraído. 16 minutos.</p> <p>2.2. Práctica formal guiada donde se trabajan diferentes propuestas de atención centrada en la respiración, en un primer momento modulada pero después sin intervención, sólo observando con curiosidad las fases de la respiración, especialmente el final de la espiración y el espacio de quietud entre la inspiración y la espiración. O también, el impacto del proceso respiratorio en todo el cuerpo. 26 minutos.</p> <p>2.3. Práctica formal que alterna una atención abierta (al principio y al final) con una atención focal (en el medio de la práctica), en este caso de diez minutos. Se trabaja con lo que se ve, con lo que se siente a nivel corporal, con sonidos, dejándolo abierto también a emociones y pensamientos pero sin insistir mucho sobre ello. La parte central se dedica a la respiración, en sus diferentes propuestas y la parte final, se vuelve a abrir a todas las percepciones, sin seleccionar una en particular. 10 minutos.</p>
<b>Tercera semana</b>
<p>3.1. Práctica cotidiana formal corta que recoge, de una manera secuencial, nuestra atención en las sensaciones que provienen de diferentes partes de nuestro cuerpo. En la versión abreviada brazos y piernas. Siempre que perdamos la atención, volvemos en primer momento a nuestra respiración para después continuar donde nos habíamos distraído. 10 minutos</p> <p>3.2. Práctica cotidiana formal donde trabajamos la compasión y la autocompasión, utilizando tanto la propuesta de la repetición de frases clave como de visualización de otras personas (manteniendo secuencias agradables, después neutras y por último desagradables). Personas que comparten, en dicha visualización, la propia meditación con nosotros, promoviendo nuestro deseo de acompañamiento más allá de la empatía. 33 minutos.</p> <p>3.3. Práctica formal guiada donde se trabajan diferentes propuestas de atención centrada en la respiración, en un primer momento modulada pero después sin intervención, sólo observando con curiosidad la zona donde se siente el ancla, las características, las fases de la respiración, especialmente el final de la espiración y el espacio de quietud entre la inspiración y la espiración. 16 minutos.</p>

---

#### Cuarta semana

---

4.1. Práctica formal guiada corta donde se trabajan diferentes propuestas de atención, centrada en la respiración. En un primer momento modulada, pero después sin intervención, sólo observando con curiosidad el lugar de mayor énfasis, las características, las fases de la respiración o su impacto en el resto del cuerpo. 13 minutos

4.2. Práctica cotidiana formal en la posición de sentados: en silla, en el suelo, sobre un cojín o en banco de meditación japonés, donde se trabaja la percepción de los diferentes grupos de sensaciones de una manera secuencial: la respiración, sensaciones físicas, sonidos, pensamientos y emociones. En el paso de un bloque a otro podemos recomponer y ajustar nuestra postura. Al finalizar, se invita a la atención plena a todo el cuerpo, sin una elección especial a una determinada sensación. 37 minutos.

---

#### Quinta semana

---

5.1. Práctica cotidiana formal en la posición de sentados: en silla, en el suelo, sobre un cojín o en banco de meditación japonés, donde se trabaja la percepción de los diferentes grupos de sensaciones de una manera secuencial: la respiración, sensaciones físicas, sonidos, pensamientos y emociones. En el paso de un bloque a otro podemos recomponer y ajustar nuestra postura. Al finalizar, se invita a la atención plena a todo el cuerpo, sin una elección especial a una determinada sensación. 14 minutos.

5.2. Práctica formal que se lleva a cabo para soltar la tensión a nivel corporal, calmar a nivel emocional y aceptar a nivel mental una emoción difícil. Repitiendo a modo de mantra una serie de palabras clave: aflojar-tranquilizar-permitir que sirve como introducción en el afrontamiento de las emociones. Práctica cotidiana formal que se puede completar integrando en la respiración el registro de la sensación, la intención de soltarla y volver de nuevo a la respiración. 34 minutos

5.3. Práctica cotidiana formal donde utilizo la propuesta de la repetición de frases clave y la visualización de mi propia práctica, promoviendo el no enjuiciamiento y el desarrollo de la compasión hacia nosotros mismos, antes de llevarla a cabo con los demás. 10 minutos.

---

#### Sexta semana

---

6.1. Práctica formal que se lleva a cabo para soltar la tensión a nivel corporal, calmar a nivel emocional y aceptar a nivel mental una emoción difícil. Repitiendo a modo de mantra una serie de palabras clave: aflojar-tranquilizar-permitir que sirven como introducción en el afrontamiento de las emociones. Se puede completar integrando en la respiración el registro de la sensación, la intención de soltarla y volver de nuevo a la respiración. 20 minutos.

6.2. Práctica formal que se realiza en un lugar seguro que nos permita focalizar nuestra atención en las plantas de nuestros pies, en las sensaciones propioceptivas de la posición, de la postura y en las sensaciones cinestésicas del movimiento consciente. No se pretende llegar a lugar alguno (ya hemos llegado) y se lleva a cabo evitando el contacto visual. En nuestra atención también se integrarán los núcleos articulares y la respiración. Variables: sentido de la marcha, velocidad, posición brazos... 39 minutos.

6.3. Práctica cotidiana formal en posición sentada: en silla, en el suelo, sobre un cojín o en banco de meditación japonés, donde se trabaja la percepción de los diferentes grupos de sensaciones de una manera secuencial: la respiración, sensaciones físicas, sonidos, pensamientos y emociones. En el paso de un bloque a otro podemos recomponer y ajustar nuestra postura. Al finalizar, se invita a la atención plena a todo el cuerpo, sin preferencia especial por una determinada sensación. 7 minutos.

---

---

### Séptima semana

---

7.1. Práctica preliminar que se utiliza para calmar la respiración. Se trabaja para volver a la respiración tras una distracción que es etiquetada como: apego (pensamiento automático), desapego (pensamiento automático), sopor, agitación o duda. Una vez que es registrada dicha pérdida de atención se integra en la respiración y se la deja marchar, volviendo de nuevo a la respiración. 11 minutos.

7.2. Práctica formal guiada donde se utiliza la montaña como una metáfora, aprovechando la semejanza de la posición sedente, estable y amplia de base y más alargada en la parte superior para identificarnos con sus características, especialmente de estabilidad, solidez y de imperturbabilidad. Los pensamientos y las emociones se equiparan al tiempo y al paso de los días (o estaciones del año) frente al nosotros, o al yo (representado por la montaña) que no se ve afectado. 17 minutos.

7.3. Práctica formal que se lleva a cabo haciendo consciente el hecho de comer, contrastando la ingesta ralentizada y empleando a todos los sentidos con la comida automática. Además, se acompaña de una visualización previa de todos y cada uno de los pasos que se van a llevar a cabo. 22 minutos

7.4. Práctica formal que se lleva a cabo para soltar la tensión a nivel corporal, calmar a nivel emocional y aceptar a nivel mental una emoción difícil. Repitiendo a modo de mantra una serie de palabras clave: aflojar-tranquilizar-permitir que sirve como introducción en el afrontamiento de las emociones. Práctica cotidiana formal que se puede completar integrando en la respiración el registro de la sensación, la intención de soltarla y volver de nuevo a la respiración. 10 minutos.

---



---

### Octava semana

---

8.1. Práctica cotidiana formal que recoge, de una manera secuencial, nuestra atención en las sensaciones que provienen de diferentes partes de nuestro cuerpo. Siempre que perdamos la atención, volvemos en primer momento a nuestra respiración para después continuar donde nos habíamos distraído. 48 minutos.

---

### 2.3. Análisis de datos

Para describir la muestra se emplearon variables laborales y demográficas, de tipo categóricas. Las medidas llevadas a cabo fueron: la frecuencia absoluta y la proporción. Estos resultados se dividieron en dos grupos, según realizasen o no la intervención. También, se analizó si existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Por el tamaño de la muestra, se valoró que se ajustaba al supuesto de normalidad, llevándose a cabo la prueba t de Student-Fisher, dando como resultado, la diferencia de medias, el intervalo de confianza de la diferencia de medias y el grado de significación estadística.

Una vez finalizado el programa, se volvió a pedir al GI y al GC la realización del cuestionario MBI-HSS. De esta forma, se obtiene el análisis de la variación de las medias entre los resultados pre y post, tanto del GI, para valorar la eficacia de la intervención, como del GC, para ver que los resultados conseguidos se deben a la misma intervención y no a otras variables.

Fueron consideradas diferencias estadísticamente significativas el intervalo de confianza del 95% cuando no está incluido el valor 0 y el grado de significación cuando p es menor o igual a 0,05.

### 3. Resultados

En la tabla IV se muestran las características laborales y sociodemográficas del grupo intervención y del grupo control.



**Tabla IV.** Características sociodemográficas y laborales GI y GC (fuente de elaboración propia).

		<b>GI n (%)</b>	<b>GC n (%)</b>	<b>TOTAL n (%) GI+GC</b>
<b>N total de sujetos</b>		33 (50%)	33 (50%)	66 (100%)
<b>N de hijos</b>	<b>0</b>	25 (75,75%)	22 (66,60%)	47 (71,21%)
	<b>1</b>	3 (9,09%)	3 (9,09%)	6 (9,09%)
	<b>2</b>	2 (6,06%)	7 (21,21%)	9 (13,63%)
	<b>&gt;2</b>	3 (9,09%)	1 (3,03%)	4 (6,06%)
<b>Edad</b>	<b>&lt;35 años</b>	26 (78,78%)	22 (66,66%)	48 (72,72%)
	<b>&gt;35-50 años</b>	7 (21,21%)	9 (27,27%)	16 (24,24%)
	<b>&gt;50 años</b>	0 (0%)	2 (6,06%)	2 (3,03%)
<b>Sexo</b>	<b>Mujer</b>	27 (81,81%)	29 (87,87%)	56 (84,40%)
	<b>Varón</b>	6 (18,18%)	4 (12,12%)	10 (15,15%)
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero</b>	27 (81,81%)	23 (69,69%)	50 (75,75%)
	<b>Casado</b>	6 (18,18%)	10 (30,30%)	16 (24,24%)
<b>Categoría profesional</b>	<b>TCAE</b>	7 (21,21%)	6 (18,18%)	13 (19,69%)
	<b>MEDICO</b>	4 (12,12%)	6 (18,18%)	10 (15,15%)
	<b>ENFERMERA</b>	22 (66,66%)	21 (63,63%)	43 (65,15%)
<b>Antigüedad en la UCI</b>	<b>&lt;5 años</b>	26 (78,78%)	23 (69,69%)	49 (74,24%)
	<b>&gt;5-15 años</b>	4 (12,12%)	7 (21,21%)	11 (16,66%)
	<b>&gt;15 años</b>	3 (9,09%)	3 (9,09%)	6 (9,09%)
<b>Realización previa de Mindfulness</b>	<b>SÍ</b>	8 (24,24%)	4 (12,12%)	12 (18,18%)
	<b>NO</b>	25 (75,75%)	29 (87,87%)	54 (81,81%)

En el GI, el 82% son mujeres, el 79% tiene menos de 35 años, el 82% se encuentra soltero/a y el 76% no tiene hijo/as. En cuanto al estamento profesional, el 67% son enfermera/os, el 21% son TCAE y el 12% son médico/as. El 79% tiene una antigüedad en la UCI < 5 años, el 12% entre 5 y 15 años y el 9% > 15 años. Sobre la realización previa de Mindfulness, el 75% afirmó que nunca antes lo había practicado.

Por otro lado, en el GC el 88% son mujeres, el 67% tiene menos de 35 años, el 82% está soltero/a y el 66% no tiene hijos. En cuanto al estamento profesional, el 64% son enfermeras, el 18% son TCAE y el 18% médico/as. El 70% tiene una antigüedad en la UCI < 5 años, el 21% entre 5 y 15 años y el 9% > 15 años. El 88% no había realizado previamente Mindfulness.

En la tabla V, aparecen las puntuaciones medias iniciales obtenidas en los cuestionarios tanto por el GI, como por el GC.

**Tabla V.** Puntuaciones medias del cuestionario inicial MBI-HSS en ambos grupos (fuente de elaboración propia).

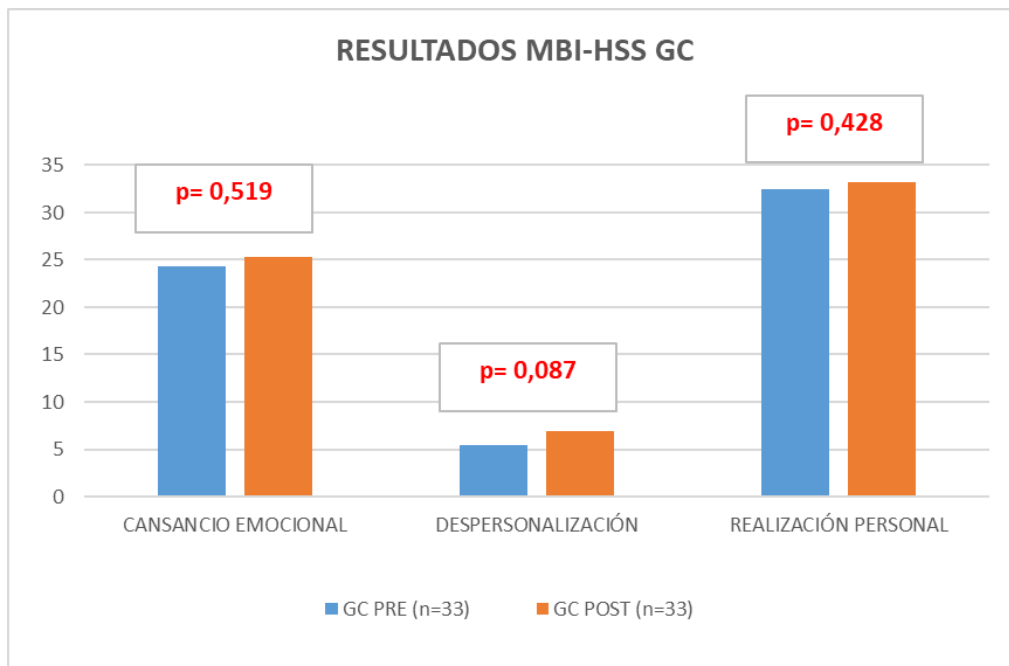
MBI-HSS	GI (n=33)	GC (n=33)	DIFERENCIA DE MEDIAS (IC 95%)	p
CANSANCIO EMOCIONAL	24,4242424	24,3333333	0,09 (-4,70 a +4,88)	0,969
DESPERSONALIZACIÓN	7,09090909	5,42424242	1,66 (-1,05 a + 4,38)	0,206
REALIZACIÓN PERSONAL	34,9393939	32,4848485	0 (-3,12 a + 3,12)	0,122

p=Significación estadística (t de Student). IC=Intervalo de confianza.

El GC presenta en las subescalas de Burnout medias de: 24.33 para cansancio emocional, 5,42 para despersonalización y 32,48 para realización personal; mientras que el GI 24,42 para cansancio emocional, 7,09 para despersonalización y 34,93 para realización personal.

Como se puede observar, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el GI y el GC en las respuestas a los cuestionarios de Burnout pre-intervención.

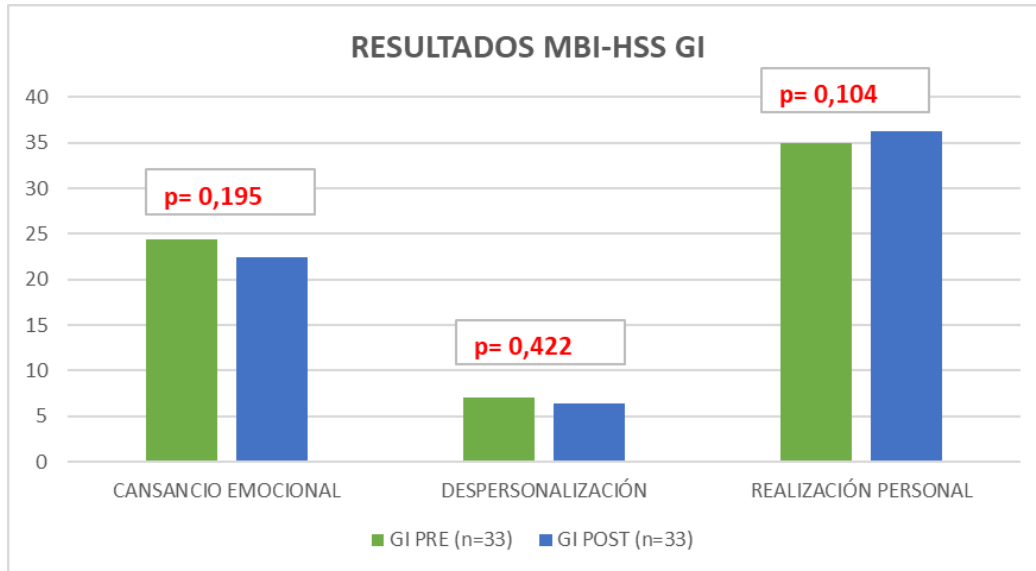
En Figura 1, se muestran las puntuaciones medias iniciales y finales obtenidas en los cuestionarios por el GC.



**Figura 1** Resultados de las subescalas de Burnout PRE-POST para el GC (elaboración propia). p=significación estadística (t de student).

En el apartado de cansancio emocional la media pre-intervención fue de 24,33 y la media post-intervención 25,36 ( $p=0,519$ ); en despersonalización 5,42 y 6,87 ( $p=0,087$ ); y en realización personal 32,48 y 33,18 ( $p=0,428$ ) respectivamente. Así, se puede apreciar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post del GC.

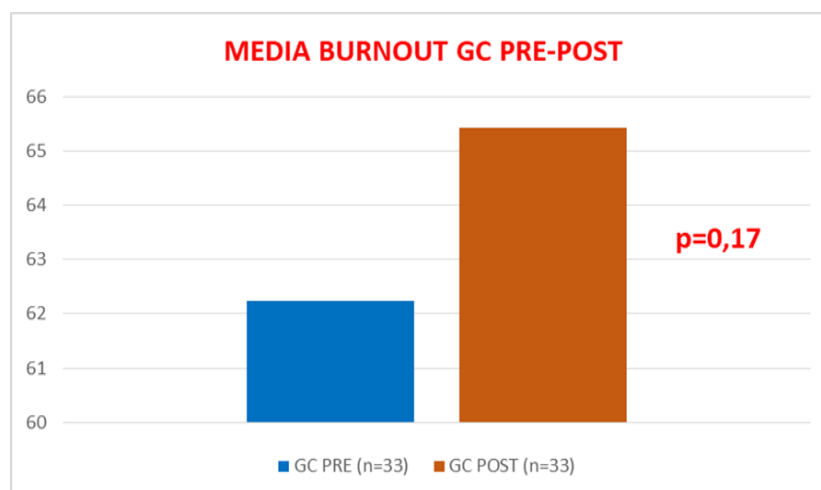
En la Figura 2, aparecen las puntuaciones medias iniciales y finales correspondientes a los cuestionarios del GI.



**Figura 2** Resultados de las subescalas de Burnout PRE-POST para el GI (elaboración propia).  $p$ =significación estadística (t de student).

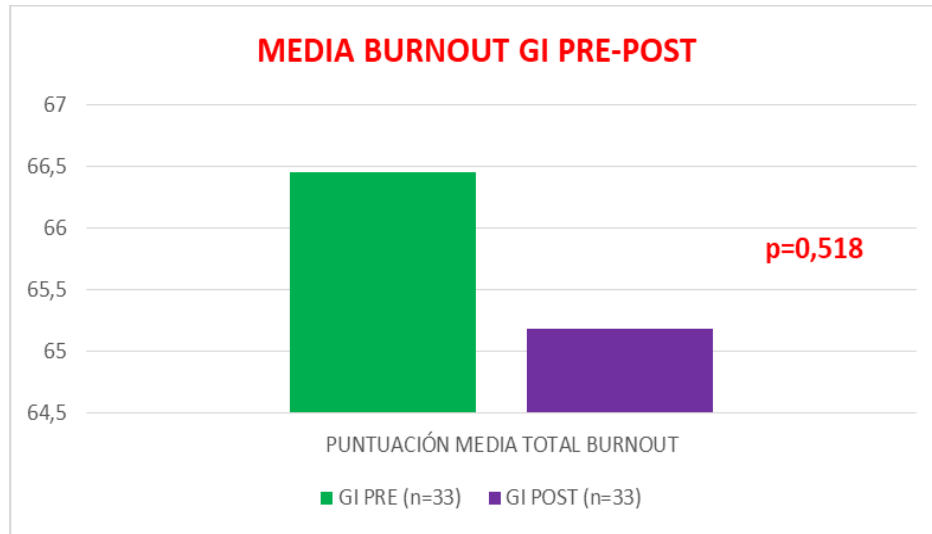
En las subescalas, las medias iniciales y finales fueron las siguientes respectivamente: cansancio emocional, 24,42 y 22,48 ( $p=0,195$ ); despersonalización, 7,09 y 6,42 ( $p=0,422$ ); y realización personal 34,93 y 36,27( $p=0,104$ ). De tal manera, se puede observar, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pre y post del GI.

La Figura 3 contiene la puntuación media total de Burnout pre-post del GC. La media inicial muestra una puntuación total de 62,24, mientras que la final 65,42 ( $p=0,17$ ).



**Figura 3** Resultados totales de Burnout PRE-POST para el GC (elaboración propia).  $p$ =significación estadística (t de student).

La figura 4 hace referencia a la puntuación media total de Burnout pre-post del GI, siendo la media pre-intervención de 66,45 y la post de 65,18 ( $p=0,518$ ).



**Figura 4** Resultados totales de Burnout PRE-POST para el GI (elaboración propia). p=significación estadística (t de student).

#### 4. Discusión

Al igual que otros estudios previos sobre MBI, se ha realizado un programa de 8 semanas, con una duración media de 60 minutos semanales, como ocurre con los estudios de Patronis et al.; Fuertes et al.; Gracia et al.; y Aranda et al. [24, 29, 32, 42], donde también se lleva a cabo un MBI de 8 semanas, con una media semanal de 20, 120, 60 y 150 minutos, respectivamente.

El tamaño de la muestra es de 66 participantes, siendo similar al de los artículos previos, con 69, 40, 53 y 48 personas, respectivamente [24, 29, 32, 43], Siendo así necesarias más personas para obtener resultados más reales y extrapolables a otros grupos de similares características.

A diferencia de algunos de los estudios citados anteriormente existe la presencia de un grupo de control. Evitando así, uno de los principales sesgos, como es el sesgo de confusión o tercera variable, ya descritos en estudios similares por Mancebo et al. [44].

A diferencia del resto de artículos, se ha efectuado mediante la modalidad online (excepto Gracia et al. [24] y a través de la aplicación llamada *Insight Timer*, siendo algo totalmente novedoso y sin una réplica previa. Además, presenta la particularidad de permitir a los participantes organizar libremente la reproducción de los audios, adaptándose más a su tiempo libre, sin un patrón forzado. Es gracias a ello, que la tasa de abandono ha sido del 0% tanto en el GI como en el GC, mientras que la mayoría de trabajos habían presentado una media de pérdidas de la muestra del 10% durante el seguimiento [32,42,43]

Por otra parte, gracias a dicha aplicación, se ha podido garantizar un mejor seguimiento del GI, ya que, proporciona la posibilidad de comprobar los minutos que cada participante ha realizado, obteniendo así, una medida eficaz de cumplimiento.

En cuanto a las variables estudiadas, la mayoría de estudios hacen referencia al nivel de estrés, la autocompasión, la empatía, el Burnout y determinadas variables fisiológicas (tensión arterial, frecuencia cardíaca y cortisol) [44,45]. Sin embargo, este estudio se centra solamente en la variable de Burnout y sus subescalas, dándole especial énfasis.

En cuanto a resultados, cabe destacar el gran grado de semejanza con estudios previos. Así, de la misma forma que en los trabajos de Patronis et al. [42] Wong et al. [43] y Fuertes et al. [32] a pesar de existir diferencias entre el GI pre y post en cuanto a las subescalas de Burnout, estas no son estadísticamente significativas. Sin embargo, en los estudios de Gracia et al. [24] Aranda et al. [29] en la sub-escala de cansancio emocional sí que se observan diferencias estadísticamente significativas entre las medias del GI pre y post; aunque en el resto de sub-escalas, tampoco se muestra significancia estadística.

Igualmente, las puntuaciones medias finales con respecto a las iniciales del GC para las sub-escalas de cansancio emocional, despersonalización y realización personal aumentan levemente, mostrando un mantenimiento o empeoramiento en el grado de Burnout en aquellas personas que no realizaron MBI, como ocurre en Gracia et al. [24] Aranda et al. [29]. Además, no se muestran diferencias estadísticamente significativas entre las medias iniciales y finales del GC, lo cual hace ver que no existen sesgos, como consecuencia de variables externas no medidas en este estudio, como podrían ser el aumento de la carga de asistencial o la disminución del personal.

Sin embargo, las puntuaciones medias finales en comparación con las iniciales del GI para las subescalas de cansancio emocional y despersonalización disminuyen, mientras que para realización personal aumentan, mejorando de esta forma el nivel de Burnout tras llevar a cabo la práctica de MBI. Especialmente, el mayor cambio se obtiene en la sub-escala de cansancio emocional, la cual, es considerada como la dimensión central del síndrome de Burnout [46].

De igual forma, el estudio de Cascales et al. [47] muestra un aumento de la puntuación total media en el GC, con respecto a las medidas pre y post; y una disminución en el GI en las medidas pre y post.

De esta manera, se parte de un GC con niveles de cansancio emocional medio, despersonalización baja, realización personal baja y Burnout total medio y se finaliza con cansancio emocional medio, despersonalización medio, realización personal baja y Burnout total medio.

Por otro lado, el GI muestra niveles iniciales de cansancio emocional, despersonalización y realización personal medios y Burnout total elevado, mostrando valores finales de cansancio emocional medio, despersonalización baja, realización personal medio y Burnout total medio.

A pesar de las diferencias encontradas en las medias pre y post del GI, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, obteniendo en todas ellas un nivel de significancia de  $p > 0,05$  para un error del 5%, como ocurre en otros estudios similares [32,42,43].

La principal limitación de este estudio ha sido el tamaño de la muestra ( $n=66$ ). A pesar de las diferencias encontradas, no son estadísticamente significativas, es decir, se deben al azar, no existiendo así causalidad entre la práctica de MBI y la reducción del Burnout. Esto es debido fundamentalmente a una pequeña muestra, ya que el tamaño de la misma influye en la significación estadística a través del error estándar, el cual se hace más pequeño cuantos más pacientes tenga el estudio. Por tanto, sería necesario realizar estudios con una muestra mucho mayor para poder encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Una muestra de ello, es el estudio de Xie et al. [48] ya que, con una muestra de 893 participantes, muestra diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de cansancio emocional ( $p=0,011$ ) y despersonalización ( $p=0,015$ ).

Otra de las limitaciones en la que se puede incurrir por la propia naturaleza de la intervención, es el efecto de Hawthorne, solo por el simple hecho de que los participantes del GI saben que están siendo estudiados y no por la intervención en sí misma.

Por último, aunque es cierto que el sector sanitario es un ámbito laboral altamente feminizado, las participantes del estudio, al igual que en el resto de trabajos [24,29,32,43], son en su gran mayoría mujeres (84%), por lo que el estudio podría tener un sesgo de género.

Finalmente, y de cara a aplicar en la práctica clínica, este estudio puede aportar que la práctica de un programa de 8 semanas de MBI no presencial, podría reducir el grado de Burnout, mejorando así la calidad de vida y bienestar de los profesionales sanitarios y, por tanto, aumentar la calidad asistencial en su trato con los pacientes. Sin embargo, es necesaria la realización de más estudios en la misma línea con un mayor número de participantes.

## 5. Conclusiones

Este estudio puede aportar a la literatura científica, que una intervención basada en Mindfulness de forma no presencial, en profesionales sanitarios de una unidad de cuidados intensivos parece ser efectiva para reducir el grado de Burnout en la escala *Maslach Burnout Inventory* de forma numérica, especialmente en la sub-escala de agotamiento emocional, donde se apreciaron cambios más notables de hasta 2 puntos de diferencia, mejorando así su calidad de vida y bienestar. Sin embargo, no se

alcanzaron niveles de significancia, debido en gran parte al pequeño tamaño muestral. Por tanto, se precisan futuros ensayos clínicos aleatorizados de gran calidad metodológica y potencia estadística.

**Agradecimientos:** Se agradece enormemente la participación voluntaria de las trabajadoras de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Universitario Príncipe de Asturias por haber hecho posible este estudio. También, agradecer a mi familia, pareja y amigo/as su apoyo incondicional en todo momento. Muchas gracias, sin vosotros/as no hubiese sido igual. Muchas gracias por todo.

**Contribución de los autores:** Cámara Calmaestra D. ha realizado la búsqueda bibliográfica, la recopilación de datos, el análisis de datos y la redacción del artículo. Luis Pascual J.C. es el autor de los audios de la intervención y segundo redactor del artículo. Cámara Calmaestra R. ha contribuido en el análisis de datos y en la parte estadística del programa SPSS. Paniagua Alberca A.M. ha contribuido en la recopilación de los datos y el envío de cuestionarios.

**Conflictos de Intereses:** Los autores no declaran conflictos de intereses.

## Abreviaturas

Las siguientes abreviaturas son usadas en este manuscrito:

OMS: Organización Mundial de la Salud  
 GC: Grupo control  
 GI: Grupo intervención  
 MBI: Intervención basada en Mindfulness  
 MBI-HSS: Maslach burnout inventory- Human service survey  
 MBSR: Reducción del Estrés Basado en Mindfulness  
 TCAE: Técnico auxiliar de enfermería  
 CE: Cansancio emocional  
 DP: Despersonalización  
 RP: Realización personal  
 BSI: Burnout screening inventory  
 CBI: Copenhagen Burnout Inventory  
 ProQoL5: Malach-Pines Scale y Professional Quality of Life Measure  
 IC: Intervalo de confianza  
 UCI: Unidad de cuidados intensivos

## Referencias Bibliográficas

1. Vidotti V, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro RP, Robazzi ML do CC, et al. Burnout syndrome, occupational stress and quality of life among nursing workers. *Enfermería Glob* [Internet]. 9 de junio de 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 18(3):344-76. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/325961>
2. Stinson C, Curl ED, Hale G, Knight S, Pipkins C, Hall I, et al. Mindfulness Meditation and Anxiety in Nursing Students. *Nurs Educ Perspect* [Internet]. 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]; 41(4):244-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32168090/>
3. Carrillo García C, Ríos Rísquez MI, Escudero Fernández L, Martínez Roche ME. Factores de estrés laboral en el personal de enfermería hospitalario del equipo volante según el modelo de demanda-control-apoyo. *Enfermería Glob* [Internet]. 27 de marzo de 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 17 (2 SE-Originales):304-24. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/277251>
4. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* [Internet] abril de 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]; 123:9-20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32007680/>
5. Constitución de la OMS [Internet]. Organización Mundial de la Salud; Junio de 1946 [citado 20 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
6. Vasconcelos EM, Martino MMF. Predictors of burnout syndrome in intensive care nurses. *Rev Gauch Enferm* [Internet]. Junio de 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 7; 38(4):e65354. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29933422/>

7. Guillaumie L, Boiral O, Champagne J. A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]; 2017 [citado 20 de noviembre de 2021]; 73(2): p. 1017-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27706912/>
8. Murat M, Köse S, Savaşer S. Determination of stress, depression and burnout levels of front-line nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. Abril de 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 30(2):533-43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33222350/>
9. Bueno Ferrán M, Barrientos-Trigo S. Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enferm Clin* [Internet]. Febrero de 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 31:S35-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425487/>
10. Alkhalwaldeh JMA, Soh KL, Mukhtar FBM, Peng OC, Anshasi HA. Stress management interventions for intensive and critical care nurses: A systematic review. *Nursing in Critical Care* [Internet]. 20 de marzo de 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]; 25(2):84-92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31840391/>
11. Frade Mera MJ, Vinagre Gaspar R, Zaragoza García I, Viñas Sánchez S, Antúnez Melero E, Álvarez González S, et al. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva* [Internet]. Octubre de 2009 [citado 20 de noviembre de 2021]; 20(4):131-40. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-distintas-unidades-cuidados-S1130239909732213>
12. Cañadas-de la Fuente GA, Albendín-García L, R Cañadas G, San Luis-Costas C, Ortega-Campos E, de la Fuente-Solana EI. Nurse burnout in critical care units and emergency departments: intensity and associated factors. *Emergencias Rev la Soc Esp Med Emergencias* [Internet]. Octubre de 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 30(5):328-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30260117/>
13. Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Fernández-Castillo R, Aguayo-Estremera R, Cañadas-de la Fuente GA. Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Aten Primaria* [Internet]. 2017 [citado 20 de noviembre de 2021]; 49(2):77-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876264/>
14. Olivares Faúndez V. Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Cienc Trab* [Internet] 2017 [citado 20 de noviembre de 2021]; 19(58):59-63. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-24492017000100059](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492017000100059)
15. Mumoli N. Burnout syndrome. *J Emerg Med* [Internet] 2012 [citado 20 de noviembre de 2021]; 43(2):349-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22079023/>
16. Gil-Monte P. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Rev Electrónica InterAção Psy* [Internet]. Enero de 2003 [citado 20 de noviembre de 2021]; 1:19-33. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/263161122\\_El\\_sindrome\\_de\\_quemarse\\_por\\_el\\_trabajo\\_sindrome\\_de\\_burnout\\_en\\_profesionales\\_de\\_enfermeria](https://www.researchgate.net/publication/263161122_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_sindrome_de_burnout_en_profesionales_de_enfermeria)
17. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME y Domínguez V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Salud Pública* [Internet]. 2004 [citado 20 de noviembre de 2021]; 78 (4): 505-516. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272004000400008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000400008)
18. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet] Diciembre de 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 15 (12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30544672/>
19. Ríos Risquez MI, Peñalver Hernández F, Godoy Fernández C. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* [Internet]. 1 de diciembre de 2008 [citado 20 de noviembre de 2021]; 19(4):169-78. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-burnout-salud-percibida-profesionales-enfermeria-S1130239908758322>
20. Sarmiento Valverde GS. Burnout en el servicio de emergencia de un hospital TT - Burnout in the emergency service of a hospital. *Horiz Médico* [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 19(1):67-72. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2019000100011&lang=en%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n1/a11v19n1.pdf](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100011&lang=en%0Ahttp://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n1/a11v19n1.pdf)
21. Moura R dos S, Saraiva FJC, Rocha KR da SL, dos Santos RM, da Silva NAR, Albuquerque WDM. Stress, burnout and depression in nursing professionals in intensive care units. *Enferm Glob* [Internet] 2019 [citado

- 20 de noviembre de 2021]; 18(2):79-123. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412019000200004&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412019000200004&script=sci_arttext&tlng=en)
22. Gómez Urquiza JL. Prevalencia e identificación de factores de riesgo de padecimiento del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería en servicios de oncología [Granada]: Universidad de Granada; 13 de marzo de 2017. 236 p.
  23. Brito-Ortiz JF, Juárez García A, Nava-Gomez ME, Castillo Pérez JJ, Brito-Nava E. J.F. Brito-Ortiz. Factores Psicosociales, estrés psicológico Y Burnout En enfermería: Un Modelo De Trayectorias. *Enferm Univ [Internet]* 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 16(2):138-48. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/citationstylelanguage/get/ieec?submissionId=634> <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/1816>
  24. Gracia Gozalo RM, Ferrer Tarrés JM, Ayora Ayora A, Alonso Herrero M, Amutio Kareaga A, Ferrer Roca R. Application of a mindfulness program among healthcare professionals in an intensive care unit: Effect on burnout, empathy and self-compassion. *Med Intensiva [Internet]*. 1 de mayo de 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 43(4):207-16. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29544729/>
  25. Chmielewski J, Łoś K, Łuczyński W. Mindfulness in healthcare professionals and medical education. *Int J Occup Med Environ Health [Internet]*. Enero de 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 34(1):1-14. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33223537/>
  26. Vasquez-Dextre, Edgar R. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2016 [citado 20 de noviembre de 2021]; 79(1):42-51 Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972016000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006)
  27. Gómez E, Meléndez A. Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. *Rev Enfermería del Trab [Internet]*. 2017 [citado 20 de noviembre de 2021]; 7(3):70-5. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112220>
  28. Van Der Riet P, Levett-Jones T, Aquino-Russell C. The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Educ Today [Internet]*. 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 65:201-11. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.03.018>
  29. Aranda Auserón G, Elcuaz Viscarret MR, Fuertes Goñi C, Güeto Rubio V, Pascual Pascual P, Sainz de Murieta García de Galdeano E. Evaluation of the effectiveness of a Mindfulness and Self-Compassion program to reduce stress and prevent burnout in Primary Care health professionals. *Aten Primaria [Internet]* 1 de marzo de 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 50(3):141-50. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28629886/>
  30. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit [Internet]*. 1 de noviembre de 2013 [citado 20 de noviembre de 2021]; 27(6):521-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911113000861>
  31. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Cuesta P, Sánchez C, Benito E, et al. Evaluación de una intervención mindfulness en equipos de cuidados paliativos. *Psychosoc Interv [Internet]*. 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 27(2):81-8. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-05592018000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592018000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
  32. Fuertes C, Aranda G, Rezola N, Erramuzpe A, Palacios C, Ibáñez B, et al. Long-term effects of a mindfulness and self-compassion program with Primary Healthcare professionals. *An Sist Sanit Navar [Internet]*. Diciembre de 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 42(3):269-80. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/69824/47178>
  33. Dall’Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health [Internet]*. Junio de 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]; 18(1):41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32503559/>
  34. Mahone, Mark E, Denckla, Martha B. Comparing the Maslach Burnout Inventory to Other Well-Being Instruments in Emergency Medicine Residents. *Clinical Infectious Diseases [Internet]*. 2017 [citado 20 de noviembre de 2021]; 10(5):532-536. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30386478/>
  35. Shaikh AA, Shaikh A, Rajesh D, Tahir A. Assessment of Burnout and its Factors Among Doctors Using the Abbreviated Maslach Burnout Inventory. *Cureus [Internet]*. 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 11(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31057995/>



36. Lim WY, Ong J, Ong S, Hao Y, Abdullah HR, Koh DLK, et al. The abbreviated maslach burnout inventory can overestimate burnout: A study of anesthesiology residents. *J Clin Med* [Internet] 2020 [citado 20 de noviembre de 2021]; 9(1):1-14. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/9/1/61>
37. Dávila FA, Nevado N. Validation of the burnout screening inventory in health area trainees. *Educ Médica* [Internet]. 2016 [citado 20 de noviembre de 2021]; 17(4):158-63. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.08.007>
38. Dominguez-Lara SA. Factor analysis and reliability of Burnout Screening Inventory. *Educ Médica* [Internet]. 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 19(2):125-6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.011>
39. Montgomery AP, Azuero A, Patrician PA. Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses. *Res Nurs Heal* [Internet] 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 44(2):308-18. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33598963/>
40. Arredondo M, Hurtado P, Sabaté M, Chávarri CU, Botella L. Programa de Entrenamiento en Mindfulness Basado en Prácticas Breves Integradas (M-PBI). *Rev Psicoter* [Internet]. 1 de marzo de 2016 [citado 2 de noviembre de 2021]; 27(103):133-50. Disponible en: <http://ojs.revistadepsicoterapia.com/index.php/rdp/article/view/109>
41. Sard-Peck TE, Martín-Asuero A, Oller MT, Calvo A, Santesteban-Echarri O. Estudio comparativo entre un programa de reducción del estrés basado en mindfulness presencial y online en población general española. *Psiquiatr Biológica* [Internet] 1 de mayo de 2019 [citado 2 de noviembre de 2021]; 26(2):73-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-estudio-comparativo-entre-un-programa-S1134593419300247>
42. Patronis S, Staffileno BA. Favorable Outcomes From an In-person and Online Feasibility Mindful Moment Pilot Study. *Holist Nurs Pract* [Internet]. 2021 [citado 2 de noviembre de 2021]; 35(3). Disponible en: [https://journals.lww.com/hnpjjournal/Fulltext/2021/05000/Favorable\\_Outcomes\\_From\\_an\\_In\\_person\\_and\\_Online.8.aspx](https://journals.lww.com/hnpjjournal/Fulltext/2021/05000/Favorable_Outcomes_From_an_In_person_and_Online.8.aspx)
43. Wong KU, Palladino L, Langhan ML. Exploring the Effect of Mindfulness on Burnout in a Pediatric Emergency Department. *Work Heal Saf* [Internet] 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 69(10):467-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33845687/>
44. Mancebo M. Revisión sistemática sobre la efectividad de los programas de Mindfulness y Compasión para la prevención y el manejo del burnout en personal de Enfermería. *Nuberos Científica* [Internet]. 2019 [citado 20 de noviembre de 2021]; 4(29):30-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7481811>
45. Francisco S, Sánchez M, Gómez Díaz M. El síndrome de burnout y la práctica de mindfulness: Una revisión sistemática. *Rev Presencia* [Internet]. 2018 [citado 20 de noviembre de 2021]; 14:11864. Disponible en: <http://ciberindex.com/p/p/e11864>
46. Amutio Kareaga A, Ayestarán Etxeberria S, Smith J. Assessment of burnout and psychological wellbeing among health professionals in the Basque Country. *Psychol Spain* [Internet]. 2009 [citado 20 de noviembre de 2021]; 13(13):62-71. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2010-12343-009>
47. Cascales Pérez ML, Ferrer Cascales R, Fernández Alcántara M, Cabañero Martínez MJ. Effects of a mindfulness-based programme on the health- and work-related quality of life of healthcare professionals. *Scand J Caring Sci* [Internet]. 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 35(3):881-91. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32865258/>
48. Xie C, Li X, Zeng Y, Hu X. Mindfulness, emotional intelligence and occupational burnout in intensive care nurses: A mediating effect model. *J Nurs Manag* [Internet]. 2021 [citado 20 de noviembre de 2021]; 29(3):535-42. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jonm.13193>

