

Efecto de la atención plena sobre el síndrome de desgaste profesional en enfermeras

Memoria presentada para optar al título de Graduada en Enfermería de la Universidad Jaime I presentada por Encarnación María Fabra Fabra en el curso académico 2020-2021.

Este trabajo ha sido realizado bajo la tutela de Sara Rus Mata



AGRADECIMIENTOS

Hay mucha gente implicada en que yo haya llegado hasta aquí, hasta Ítaca, como dijo Eladio una vez y sé muy bien que sin ellos nunca lo habría conseguido.

Gracias a toda la gente que, de una manera u otra, me impulsó a presentarme a la prueba de acceso a la universidad. Gracias a Ana, a Laura y a Omaira, por confiar en mis posibilidades gracias a los profesores del Tirant lo Blanc, por prepararme tan bien, gracias a Juanfran porque sin él nunca hubiera llegado al primer curso, gracias a Christian porque se ganó un millón de cielos conmigo, y gracias, con todo mi corazón, a Alejandro, porque es la mejor persona que ha pisado este mundo.

Gracias a toda la buena gente que he encontrado en la mi trayectoria como estudiante. Gracias en general a todos mis compañeros, los de las dos promociones...por aguantarme, que no es poco... y muchísimas gracias en especial a Pili, a Susana, a Iván, a Myriam, a Daniel, a Nina, a Eugenia, a Diana, a mi Alexandra querida, que no sé qué haría sin ella y a Eduardo, a quien aprecio con toda mi alma.

Gracias a Paula, la mejor enfermera referente que se puede desear, a Sara por ser la musa que inspira este trabajo y por mucho más, a Mónica por su interés y su colaboración, a Álvaro por su inestimable ayuda y a Ximo, por ser mi ídolo.

Y... ¿cómo olvidar a toda esa pobre gente que fue a que le atendiese una enfermera y se encontró conmigo?. Gracias, un millón de gracias a todas esas personas que no salen corriendo cuando ven a un estudiante ponerse los guantes de látex.

Gracias a Sara, mi tutora, por su infinita paciencia, por estar siempre accesible y por ser una guía estupenda, sin la cual este trabajo no tendría ni pie ni cabeza.

Gracias a mi madre por ser mi madre, que no es nada fácil, gracias a Maribel, porque es mi salvavidas y tendría que nacer mil veces para poder devolverle todo lo que le debo, y gracias a Karl, my soul mate, because he showed me how wonderful life can be.

Y a Jon Kabat-Zinn, por supuesto.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Atención plena.....	3
1.1.1. Definición.....	3
1.1.2. Contexto histórico... ..	4
1.1.3. Efecto de la atención plena en el cerebro.....	4
1.1.4. Práctica de la atención plena... ..	5
1.1.5. Relevancia de la atención plena en occidente	5
1.1.6. Terapias y programas basados en la atención plena.....	6
1.2. Desgaste profesional.....	9
1.2.1. Definición.....	9
1.2.2. Contexto histórico	9
1.2.3. Factores predisponentes.....	10
1.2.4. Signos y síntomas.....	11
1.2.5. Grupos de riesgo	11
1.2.6. Instrumentos de medición del desgaste profesional	12
1.2.7. Desgaste profesional en la actualidad.....	13
2. JUSTIFICACIÓN.....	15
3. OBJETIVOS	15
4. METODOLOGÍA	16
4.1. Diseño.....	16
4.2. Criterios de selección.....	17
4.3. Estrategia de búsqueda	17
4.4. Variable consideradas.....	19
4.5. Método de selección de estudios.....	20
4.6. Evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos.....	20

5. RESULTADOS.....	21
5.1. Selección de estudios.....	21
5.2. Clasificación de estudios según variables.....	22
5.3. Relación de artículos según fuente de información.....	29
5.4. Principales resultados extraídos.....	31
6. DISCUSIÓN.....	44
6.1. Efectividad de la intervención.....	44
6.2. Satisfacción de las participantes.....	45
6.3. Adherencia de las participantes.....	45
6.4. Limitaciones.....	46
6.5. Futuras líneas de investigación.....	48
7. CONCLUSIÓN.....	48
7.1 Efectividad de la atención plena.....	48
7.2. Ampliación de conocimientos en atención plena.....	48
7.3. Nivel de desgaste profesional actual en enfermeras.....	49
7.4. Conclusión general.....	49
8. BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	55
ANEXO 1: Instrucciones para la práctica de ejercicios de atención plena.....	55
ANEXO 2: Herramientas de medición del desgaste profesional.....	59
ANEXO 3: Evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Fuentes de información.....	16
Tabla 2: Palabras clave.....	17
Tabla 3: Definición de palabras clave.....	18
Tabla 4: Estrategia de búsqueda.....	19
Tabla 5: Resumen de la información extraída de los estudios.....	33
Tabla 6: Lectura crítica de ensayos clínicos aleatorizados.....	66
Tabla 7: Lectura crítica de cuasiexperimentales con grupos.....	66
Tabla 8: Lectura crítica de cuasiexperimentales sin grupos.....	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de flujo.....	21
Figura 2: Año de publicación.....	22
Figura 3: País de origen.....	23
Figura 4: Tipo de estudio.....	23
Figura 5: Número de participantes.....	24
Figura 6: Puesto de trabajo.....	26
Figura 7: Años de experiencia profesional.....	26
Figura 8: Tipo de intervención.....	26
Figura 9: Duración de la intervención.....	27
Figura 10: Herramienta de medición.....	27
Figura 11: Seguimiento.....	28
Figura 12: Artículos procedentes de PubMed.....	29
Figura 13: Artículos procedentes de Cochrane Library.....	29
Figura 14: Artículos procedentes de Epistemonikos.....	30
Figura 15: Artículos procedentes de IBECS.....	30
Figura 16: Ejercicios formales de atención plena.....	55
Figura 17: Ejercicios informales de atención plena.....	57
Figura 18: Inventario de desgaste profesional de Maslach.....	59
Figura 19: Inventario de desgaste profesional de Copenhagen.....	60
Figura 20: Cuestionario de calidad de vida profesional.....	61
Figura 21: Cuestionario de desgaste profesional de enfermería.....	63
Figura 22: Preguntas para el análisis de ensayos clínicos.....	65

GLOSARIO DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACT: Acceptance and compromise therapy. Traducido al castellano como terapia de aceptación y compromiso

CASP: Critical Appraisal Skills Program. Traducido al castellano como Programa de Habilidades de Lectura Crítica

CASPe: Critical Appraisal Skills Program español. Traducido al castellano como Programa de Habilidades de Lectura Crítica en español

CBI: Copenhagen burnout inventory. Traducido al castellano como inventario de desgaste profesional de Copenhague

CDPE: Cuestionario de desgaste profesional de enfermería

ECA: Ensayo clínico aleatorio

EEG: Electroencefalograma

DeCS: Descriptores en ciencias de la salud

IBECS: Índice bibliográfico español en ciencias de la salud

IRM: Imagen por resonancia magnética

M: Media

MBCT: Mindfulness based cognitive therapy. Traducido al castellano como terapia cognitiva basada en atención plena

MBI: Maslach burnout inventory. Traducido al castellano como inventario de desgaste profesional de Maslach

MBSR: Mindfulness based stress reduction program. Traducido al castellano como programa de reducción de estrés basado en la atención

MeSH: Medical subject headings. Traducido al castellano como encabezamientos de temas médicos

MSC: Mindfulness self compassion program. Traducido al castellano como programa de autocompasión consciente

NIH: National Institute of Health. Traducido al castellano como Instituto nacional de salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

ProQOL: Professional quality of life scale. Traducido al castellano como escala de calidad de vida profesional

SD: Standard deviation. Traducido al castellano como desviación típica

SMART: Stress management and resilience training program. Traducido al castellano como programa de entrenamiento en manejo del estrés y la resiliencia

UCI: Unidad de cuidados intensivos

WHO: World Health Organisation. Traducido al castellano como Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Practicar atención plena es prestar atención al momento presente aceptando la experiencia. En occidente esta práctica se utiliza en diversos ámbitos, entre ellos la salud. El síndrome de desgaste profesional es un trastorno que afecta a trabajadores que experimentan estrés laboral crónico. Uno de los colectivos más afectados son las enfermeras.

OBJETIVOS:

- Averiguar si la atención plena es una herramienta adecuada contra el síndrome de desgaste profesional en enfermeras.
- Ampliar los conocimientos en atención plena.
- Averiguar el nivel de desgaste profesional actual en enfermeras.

METODOLOGÍA: Se realiza una revisión integradora de la literatura utilizando las bases de datos PubMed, Biblioteca Cochrane, IBECs y Epistemonikos. Se establecen unos criterios de inclusión y exclusión y se lleva a cabo el proceso de lectura crítica mediante el programa de habilidades de lectura crítica (CASPe).

RESULTADOS: Se seleccionan 11 artículos publicados entre 2014 y 2020. El número de participantes en la mayoría de estudios oscila entre 40 y 60 y provienen de ámbitos de trabajo variados. La mayoría de participantes cuenta con menos de 15 años de experiencia profesional. Existe variabilidad en cuanto a intervenciones y duración de éstas. Se muestra variabilidad en los instrumentos de medición y en la existencia de seguimiento.

CONCLUSIÓN: No se averigua cuál es la efectividad de la atención plena contra el síndrome de desgaste profesional en enfermeras, no obstante, se observan hallazgos a su favor. Se amplía el nivel de conocimientos en atención plena. Debido a la falta de un diagnóstico específico y al carácter general de este trabajo, no se consigue identificar el grado de desgaste profesional entre enfermeras.

PALABRAS CLAVE: Desgaste profesional, atención plena, enfermeras

ABSTRACT

INTRODUCTION: Practicing Mindfulness means paying attention to the present moment and accepting the experience. In western societies this practice is used in different spheres, such as Health. Burnout syndrome is a disorder that affects the workers experiencing chronic stress related to their jobs. One of the professional groups who suffer it the most are the nurses.

OBJECTIVES:

- To find out if mindfulness is an adequate tool against burnout syndrome in nurses.
- To increase the knowledge about mindfulness.
- To find out the level of burnout among nurses nowadays.

METHODOLOGY: A bibliographic review of the literature is carried out by using the following databases: PubMed, Cochrane Library, IBECs and Epistemonikos. Criteria of inclusion and exclusion are established and a critical reading is carried out by using the critical appraisal skills program Spanish (CASPe).

OUTCOMES: 11 articles published from 2014 to 2020 are selected. The numbers of participants in most of the studies ranges from 40 to 60 and cover a variety of working environments. Most of the participants have less than 15 years of working experience. Variability is shown according to the intervention type and intervention duration, as well as the measurement tool used and the existence of follow up.

CONCLUSION: It is not possible to find out if mindfulness is an adequate tool against burnout syndrome in nurses but some findings in its favor are observed. The reading of the studies improves the understanding of mindfulness. Due to the lack of any specific diagnosis and the general nature of this work, it is not possible to identify the level of burnout among nurses nowadays in a satisfactory way.

KEYWORDS: Professional burnout, mindfulness, nurses

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Atención plena

1.1.1. Definición

La atención plena se puede definir, a grandes rasgos, como la capacidad de prestar atención al momento presente aceptando la experiencia, es decir, la intención y la acción de observar lo que ocurre en el momento en que se para a observar, sin elaborar ningún tipo de juicio al respecto (1-3). Según esta definición, la atención plena incorpora dos componentes fundamentales: la autorregulación de la atención y la orientación abierta hacia la experiencia (1,4).

El primer elemento permite un mayor reconocimiento de los acontecimientos que experimenta el organismo y el segundo, caracterizado por la curiosidad y la aceptación, permite reconocer la realidad cruda, desprovista de filtros cognitivos, afectivos y culturales (1,4).

El concepto de atención plena está íntimamente relacionado con el concepto de compasión. Esto hace que existan dos tipos de corrientes: las que ven la compasión como una consecuencia directa de la atención plena y las que ven a ambos conceptos de forma independiente (5). En esta revisión, sin embargo, se considera el primer aspecto.

En torno a la atención plena giran mitos que dificultan su entendimiento y llevan a la generación de falsas expectativas y críticas no fundamentadas. A continuación se muestran algunos de estos mitos y la explicación que los desmiente (1):

- **Atención plena y meditación son sinónimos:** en cuanto a este mito se debe decir que la meditación en atención plena es un tipo de meditación, de entre todas las que existen. Además, la atención plena comprende un escenario mucho más amplio, no se puede reducir solo a un tipo de meditación pues es considerada como un estilo de vida por los practicantes más serios.
- **La atención plena es una práctica religiosa:** sobre esto se puede resaltar que aunque el origen de la atención plena está en el budismo, hoy en día está totalmente desligada de éste. No se requiere el requisito de ser creyente para llevarla a cabo y puede adaptarse a cada cultura y tipo de creencia.
- **La atención plena es la panacea que cura todos los males:** para aclarar este punto se necesita conocer que la atención plena lleva al practicante a tener una mayor perspectiva de lo que le rodea. Esto ayuda a la hora de buscar soluciones ante las situaciones que causan sufrimiento secundario pero, no es lo mismo que asegurar que la atención plena es la solución para todo lo que nos aflige.
- **La atención plena convierte a los practicantes en sujetos pasivos y conformistas:** ante esta afirmación se debe aclarar que la atención plena puede emplearse como herramienta para lidiar con las situaciones difíciles de forma más eficiente, no es una alternativa al afrontamiento de éstas.

1.1.2. Contexto histórico

El origen de la atención plena data de más de 2500 años de antigüedad y se encuentra ligado al budismo, religión oriental milenaria. Esta religión, entre sus varias facetas, persigue la erradicación de ese tipo de sufrimiento que nace de la propia percepción de la realidad o, lo que es lo mismo, del sufrimiento secundario (6). Así queda reflejado y definido en sus cuatro verdades nobles (1):

- El sufrimiento primario es inherente a la vida.
- El origen del sufrimiento secundario es el deseo que proviene del ego.
- El sufrimiento secundario puede ser extinguido al liberarse de la causa que lo provoca.
- Para extinguir el sufrimiento secundario se debe seguir el noble óctuple sendero.

El séptimo factor dentro del Noble Óctuple Sendero es el "sati", también conocido como "recta atención", "mindfulness" o "atención plena" (1).

Debido a su origen religioso y al lento acercamiento entre civilizaciones, la atención plena ha permanecido oculta e inaccesible al resto de culturas del mundo durante siglos, pues no fue hasta finales del siglo XIX cuando las técnicas de meditación oriental empezaron a ser conocidas en occidente (7).

En 1979, Jon Kabat-Zinn, que fue pionero en la investigación y el uso clínico de la atención plena, se convirtió en el mayor impulsor de ésta en occidente. Entre otras aportaciones, Jon Kabat-Zinn creó el programa de reducción de estrés basado en la atención plena o mindfulness based stress reduction (MBSR) (4). El éxito que este programa supuso entre la población que lo llevó a cabo, hizo que se instaurase en un gran número de centros médicos y hospitales a nivel global (4).

Tras el programa de Kabat-Zinn, surgió un elevado número de terapias basadas en la atención plena. Aparecieron muchos más estudiosos interesados en la investigación de la materia y su influencia se expandió llegando más allá del ámbito sanitario. De este modo, la atención plena cobró cada vez mayor importancia en economía, política, educación y sociedad, afianzándose en más y más países del mundo (8).

1.1.3. Efecto de la atención plena en el cerebro

Mediante técnicas de imagen de uso corriente, como un electroencefalograma (EEG) o una imagen por resonancia magnética (IRM), hoy en día es posible observar cómo es el cerebro de una persona que practica atención plena (1, 9,10).

De este modo, en diversos estudios ha podido verse que en el cerebro de un practicante experimentado existe una mayor activación de las áreas responsables del procesamiento sensorial, la planificación, la formación de la memoria, el control de las emociones y la regulación de la atención. De igual modo, ha podido observarse una mayor densidad de estas zonas del cerebro en un practicante experimentado, ya que hay mayor concentración de materia gris (9).

Otros de los cambios que se observan en el cerebro de una persona que ha integrado la práctica de la atención plena en su día a día, respecto a una persona que no lo ha hecho son (9):

- Incremento de los niveles de dopamina, relacionada con la motivación.
- Incremento de los niveles de serotonina, implicada en las emociones positivas y la memoria.
- Aumento melatonina, implicada en la regulación de los ritmos circadianos.
- Reducción de norepinefrina, hormona relacionada estrechamente con el estrés.
- Descenso de los niveles de cortisol, glucocorticoide negativamente correlacionado con la buena calidad del estado inmunitario.

1.1.4. Práctica de atención plena

La práctica de la atención plena se puede llevar a cabo de manera formal o informal y, al mismo tiempo, cada una de las variantes puede darse de forma guiada o autoguiada y de manera individual o colectiva. Tanto para la práctica formal como para la informal existen variedad de ejercicios diferentes aunque todos ellos se basen en la atención y la aceptación (11).

Para la práctica formal se necesita adoptar una posición estática y elegir un anclaje, como puede ser la respiración o las sensaciones corporales. Este tipo de meditación consiste en un ciclo compuesto por: atención al anclaje, distracción involuntaria y recuperación de la atención al anclaje y se puede repetir tantas veces como se desee (1).

La práctica informal es igual a la formal en cuanto al hecho de prestar atención a un elemento en concreto y a la consecución del ciclo mencionado. La diferencia radica en que la manera informal de practicar atención plena se aplica sobre una actividad de la vida cotidiana, de forma que ambas acciones suceden de forma simultánea (1).

1.1.5. Relevancia de la atención plena en occidente

A pesar de que cada día más la atención plena se va introduciendo en mayor número de países y culturas, sigue siendo en los países anglosajones, en especial Estados Unidos y Reino Unido, donde más integrada se encuentra en la actualidad (12).

Con el fin de mostrar el grado de relevancia que la atención plena tiene en los Estados Unidos puede destacarse que, en el año 2012, un 8% de la población adulta aseguró llevar a cabo técnicas de meditación en atención plena con el fin de mejorar su estado de salud. Es notable también, que en el 2014, el Instituto Nacional de Salud o National Institute of Health (NIH) empleó unos 100 millones de dólares en investigación dirigida a la atención plena. De igual modo, se destaca que, en 2016, un 30 % de las escuelas de medicina integraron la atención plena en sus planes docentes y el 79 % de ellas promocionaron su práctica (12).

En cuanto al Reino Unido, cabe destacar que, en el año 2000, surgió la terapia cognitiva basada en atención plena o mindfulness based cognitive therapy (MBCT) con el fin de tratar la depresión y que, desde el año 2004, esta terapia está integrada en un programa del sistema de salud público. Es importante mencionar también que, en el año 2015 se desarrolló el documento titulado "Mindful Nation", traducido al castellano como Nación Consciente, que propone la elaboración de políticas basadas en la atención plena para regular los sistemas educativos, laborales, sanitarios y judiciales en el país (12).

Tanto en Estados Unidos como en Reino Unido, la atención plena forma parte de los programas de reducción del estrés para estudiantes que se imparten en universidades como Harvard, Yale, Nueva York, Stanford, Berkeley, Columbia, Cambridge, Oxford o London School of Economics (13).

España difiere en gran medida de Estados Unidos o Reino Unido respecto a la introducción de la atención plena, no obstante, ésta se va labrando camino poco a poco a pesar de carecer del soporte institucional del que goza en dichos países (14).

Actualmente, la atención plena, en el ámbito público de nuestro país, se emplea principalmente con fines de promoción y restauración de la salud y destaca en los campos de la psicología y los cuidados paliativos (14).

De igual modo, se observa que la población española está cada vez más interesada por esta disciplina, lo que demuestra la creación de asociaciones de simpatizantes y la gran aceptación de material didáctico para su aprendizaje y perfeccionamiento (15,16).

1.1.6. Terapias y programas basados en atención plena

En la siguiente clasificación se muestran algunos de los tratamientos existentes hoy en día que están basados en atención plena (1,4). Estos programas y terapias son los que se utilizan en las intervenciones llevadas a cabo en los estudios seleccionados para esta revisión bibliográfica. A modo de anexos, se adjuntan las pautas básicas para la realización de seis de los ejercicios que se mencionan a continuación (Anexo 1):

Programa de reducción del estrés basado en la atención plena o mindfulness based stress reduction program (MBSR)

Este programa fue creado por Jon Kabat-Zinn en 1982. Propone adoptar cierto tipo de actitudes frente al sufrimiento secundario (8) que supone el estrés tales como: evitar juicios, tener paciencia, utilizar la mente del principiante, confiar en la bondad del ser humano, no esforzarse por satisfacer ningún propósito, aceptar y dejar pasar. El programa original tiene una duración de 8 semanas en las que los participantes practican la meditación formal en grupo en las reuniones establecidas y la meditación informal en su vida cotidiana (1,4).

Cinco de los estudios seleccionados para formar parte de esta revisión basan sus intervenciones en el MBSR de forma exclusiva (3, 10,20-22) y dos, llevan a cabo intervenciones comprendidas por diferente tipo de terapias o programas entre las que se incluye el MBSR (24,25) . A continuación se detallan los ejercicios prácticos que conforman cada una de estas intervenciones:

- Ejercicio de comer una pasa, escaneo corporal, meditación caminando, respiración de los 3 minutos, registro de actividades placenteras, registro de momentos dolorosos, meditación consciente en emociones, meditación consciente en pensamientos, meditación en bondad amorosa, comunicación consciente y carta al yo del futuro (10).
- Meditación formal tomando diferente tipo de anclajes (20).
- Meditación formal utilizando la respiración como anclaje, escaneo corporal, meditación en bondad amorosa, comer de forma consciente (21).
- Escaneo corporal, meditación formal utilizando la respiración como anclaje (22).

- Meditación formal utilizando la respiración como anclaje, actividades conscientes guiadas, escritura expresiva, práctica de la gratitud (3).
- Meditación formal con atención a la respiración, a las sensaciones corporales, a los pensamientos y a los sonidos; escaneo corporal, compartir momentos placenteros que se hayan dado en el trabajo, ejercicio de comer una uva pasa, compartir momentos dolorosos que se hayan dado en el trabajo, yoga acostados, yoga de pie, meditación caminando, respiración de los 3 minutos (24).
- Escritura expresiva, meditación formal con la toma de diferente tipo de anclajes y actividades conscientes guiadas (25).

Terapia de aceptación y compromiso o acceptance and compromise therapy (ACT)

Esta terapia fue diseñada por Hayes en 1999. Sus conceptos claves son: la fusión, la evaluación, la evitación y el razonamiento. Persigue el objetivo de cambiar la visión que el individuo tiene sobre su pasado, sobre su futuro y sobre sí mismo (1,4). No contiene ejercicios de meditación formal. Cabe destacar que esta terapia ha logrado obtener resultados beneficiosos, aunque discretos, ante los síntomas positivos de la psicosis (5).

Uno de los estudios incluidos en esta revisión muestra una intervención basada en la ACT que contiene las siguientes técnicas: ejercicios de atención a la respiración, escaneo corporal, meditación consciente en pensamientos, meditación consciente en emociones y meditación en autocompasión (23).

Se cuenta también con un estudio cuya intervención incorpora los ejercicios propios de la ACT mencionados, combinados con técnicas extraídas de otro tipo de programas o terapias (24).

Terapia cognitiva basada en atención plena o mindfulness based cognitive therapy (MBCT)

Esta terapia fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale en el año 2000 en el Reino Unido. Se ideó con el fin de prevenir recaídas en pacientes con trastorno depresivo crónico. Consiste en modificar el modo en que los individuos se enfrentan a sus pensamientos y emociones negativas mediante el descentramiento (1, 4,17).

La MBCT utiliza como base el programa MBSR y complementa esta base con elementos de la terapia cognitiva conductual como son: la psicoeducación, el manejo de pensamientos negativos, el control de la rumiación, el manejo de conductas de evitación y represión y las técnicas de regulación emocional. Es destacable mencionar que esta terapia no está dirigida a modificar los pensamientos negativos sino a aceptarlos y a identificar cómo interfieren en las emociones y en las sensaciones corporales (5).

En dos de los estudios que se incluyen en este trabajo se llevan a cabo intervenciones que tienen en cuenta esta terapia, aunque no lo hagan de forma exclusiva (24,25).

Programa de autocompasión consciente o mindfulness self compassion program (MSC)

Es un programa desarrollado por Christopher K. Germer y Kristin Neff que combina diferentes ejercicios basados en la compasión. Este programa ha dado resultados positivos en la reducción de la ansiedad y la depresión y en la adopción de estilos de vida saludables. Es considerado, principalmente, un tratamiento preventivo (17).

Los ejercicios que se llevan a cabo en el estudio seleccionado que basa su intervención en el MSC son: meditación formal utilizando la respiración como anclaje, meditación en compasión y meditación en bondad amorosa (17).

Programa de entrenamiento en manejo del estrés y la resiliencia o stress management and resilience training program (SMART)

Es un programa desarrollado por Herbert Benson. Se trata de una combinación de técnicas cuya finalidad es el reconocimiento consciente del estrés y de los elementos que lo provocan para así poder afrontarlos desde una perspectiva basada en la paz, el altruismo y la resiliencia. De forma usual, se imparte en el transcurso de 8 semanas (18).

En el estudio seleccionado, cuya intervención comprende el programa SMART, se llevan a cabo ejercicios de meditación consciente en pensamientos, meditación consciente en emociones, meditación en compasión y práctica de la gratitud (18).

La Rueda de la conciencia o The wheel of awareness

Es una técnica desarrollada por Daniel J. Siegel que consiste en una entrevista semiestructurada. En ella el entrevistador trata de llevar al entrevistado a centrar la atención, de forma secuencial, hacia cuatro áreas diferentes: el exterior, el cuerpo, la mente y las relaciones. De este modo se consigue que se alcance una mayor conciencia de los procesos mentales y una mejora en las relaciones interpersonales. Esta técnica no es apta para menores de 12 años, ya que aún no disponen de la capacidad de pensamiento abstracto que se requiere para llevarla a cabo (19).

El ejercicio que se lleva a cabo en el estudio de esta revisión que basa su intervención en la Rueda de la Conciencia, consiste en la utilización de una guía audiovisual que contiene las preguntas propias de la entrevista anteriormente mencionada, con el fin de que el participante ejerza el rol de sujeto entrevistado (19)

1.2. Desgaste profesional

1.2.1. Definición

El síndrome de desgaste profesional es un trastorno que afecta, principalmente, a trabajadores que experimentan un grado de estrés crónico superior a sus mecanismos de afrontamiento (26-28). El estrés causante del síndrome viene básicamente delimitado por tres factores: elevadas expectativas del profesional, abundante demanda por parte de los receptores de su actividad y escasez de recursos disponibles en la institución donde la desempeña (26).

Debido a que se manifiesta de forma similar a otros trastornos mentales, la identificación del desgaste profesional no es evidente. Varios investigadores se han centrado en diferenciar al síndrome de desgaste profesional del estrés, los trastornos por ansiedad, los trastornos depresivos o los trastornos adaptativos. Hoy en día es posible considerarlo como un trastorno relacionado con éstos, pero con características propias que lo hacen diferente (28).

Otra cuestión a reflejar es la diferencia que existe entre el denominado estrés laboral y el síndrome de desgaste profesional. Ambos conceptos presentan definiciones similares ya que, el estrés laboral se define como la respuesta a demandas laborales que desafían las capacidades del trabajador, no obstante, a diferencia del desgaste profesional, el estrés laboral tiene un carácter insidioso y una duración limitada (29).

1.2.2. Contexto histórico

Las manifestaciones del síndrome de desgaste profesional fueron identificadas por primera vez en 1936 gracias al análisis de las consecuencias del estrés prolongado sobre el organismo humano que llevó a cabo Hans Sleye (26).

Sleye estudió los efectos del estrés y llegó a describir tres etapas en el individuo sometido a este de forma crónica: la de alarma o reacción, la de adaptación y la de agotamiento o descompensación. No obstante, su trabajo no alcanzó a establecer la diferencia entre estrés y síndrome de desgaste profesional, ya que, entendió las manifestaciones del síndrome como manifestaciones graves de estrés (30).

El término desgaste profesional o su traducción inglesa burnout, propiamente dicho, no fue acuñado hasta 1974 por Herbert Freudenberg. En aquellos tiempos este psiquiatra trabajaba en una clínica de desintoxicación en Nueva York, allí se percató de la existencia de un mismo patrón de comportamiento en ciertos voluntarios que colaboraban con él. Fue la observación de ese patrón de comportamiento caracterizado por falta de energía, irritabilidad, desinterés y depresión lo que impulsó el estudio que culminó con la delimitación y diferenciación del síndrome de desgaste profesional. Freudenberg, otorgó un nombre a la patología que se inspiraba en la sensación de "estar quemado" que experimentaban los toxicómanos que atendía diariamente (30).

En la década de los setenta, los estudios fueron dirigidos principalmente a definir acertadamente el concepto de desgaste profesional, así como a identificar todos sus componentes, tales como: sintomatología, población de riesgo, evolución en el tiempo o diagnóstico. De esa época cabe destacar que, del afán de encontrar maneras de establecer un diagnóstico certero, surgió un elevado número de instrumentos de medición, entre los cuales se encuentra el inventario de desgaste profesional de Maslach (31).

En los ochenta, la investigación se centró en la evaluación de los instrumentos de medida anteriormente desarrollados, entre los cuales, el inventario de desgaste profesional de Maslach fue altamente valorado. De igual modo tuvieron gran importancia el estudio del desarrollo y evolución de la patología y la creación de modelos que explicaban las variables implicadas en su padecimiento. Los estudios de los ochenta fueron dirigidos mayormente a profesionales en contacto con el público como los que trabajaban en el ámbito de la enseñanza o la sanidad (31).

En los noventa, el estudio del desgaste profesional se consolidó a nivel global. La principal fuente de interés fue el diagnóstico de la patología mediante la escala que Maslach había elaborado en los ochenta. La concreción y la efectividad de esta fueron los principales objetos de debate de la época. Se destaca la aparición de los denominados modelos causales que permitían analizar relaciones multicausales entre las dimensiones del síndrome de desgaste profesional, sus antecedentes y sus consecuencias (31).

Ya en el siglo XXI, el síndrome de desgaste profesional se concibe como un fenómeno social, presente en los medios de comunicación y conocido por todo el mundo. Su estudio se basa en el análisis de líneas de investigación anteriores con el fin de encontrar respuesta a la necesidad de diagnósticos diferenciales incuestionables del síndrome y a la necesidad de estrategias de prevención (31).

El reconocimiento del desgaste profesional como enfermedad por parte de la OMS es relativamente reciente, ya que, hasta el 20 de mayo de 2019 no se incluye en su clasificación internacional de enfermedades. Esta nueva lista de enfermedades no entrará en vigor hasta el 2022 (32-34).

1.2.3. Factores predisponentes

Los factores que pueden desencadenar el síndrome de burnout pueden asociarse a cuatro niveles distintos: a la organización en el lugar de trabajo, al puesto de trabajo en concreto, al tipo de relaciones interpersonales y a la personalidad del individuo. La siguiente clasificación muestra los factores desencadenantes más comunes (27):

- **Organización de la empresa:** jerarquía excesivamente rígida, burocratización extrema, déficit de formación del trabajador, falta de participación de los trabajadores en la toma de decisiones, falta de coordinación entre departamentos, secciones o unidades de la misma empresa o institución, estilo de dirección inadecuado, falta de recursos o falta de refuerzo o recompensa.
- **Puesto de trabajo:** sobrecarga emocional, abundante responsabilidad y escasa autonomía, falta de control sobre los resultados de la tarea, precariedad económica o elevada carga de trabajo.
- **Relaciones interpersonales:** falta de colaboración entre compañeros, atención a usuarios o clientes de trato complicado, relaciones conflictivas entre miembros de distinto o el mismo rango jerárquico, dinámica de grupo deficiente, ambiente competitivo o contagio social.
- **Personalidad del individuo:** alto grado de altruismo, alto grado de empatía, alto grado de idealismo, personalidad perfeccionista, baja autoestima, reducidas habilidades sociales, tendencia a la implicación emocional o baja autoeficacia.

1.2.4. Signos y síntomas

El síndrome de desgaste profesional genera una serie de repercusiones negativas en tres áreas distintas del individuo (la personal, la social y la laboral) a causa de las manifestaciones de tipo emocional, cognitivo, fisiológico y conductual que supone. En la siguiente clasificación se muestran las más características (35):

- **Emocionales:** insatisfacción, ansiedad, ira, apatía, depresión.
- **Cognitivos:** discrepancia entre expectativa y realidad, locus de control externo, déficit de atención.
- **Fisiológicos:** manifestaciones cardiovasculares tales como arritmias o hipertensión arterial, manifestaciones gastrointestinales como úlceras gástricas o trastornos de la motilidad intestinal, mialgias, trastornos del sueño, disfunción sexual, procesos infecciosos recurrentes y fatiga crónica.
- **Conductuales:** irritabilidad, aislamiento, despecho hacia otros, disminución del rendimiento laboral, tendencia a cometer errores, consumo de sustancias y déficit de autocuidado.

1.2.5. Grupos de riesgo

Diversos colectivos profesionales se ven afectados por este síndrome a nivel mundial según se tiene constancia en estudios de menos de un año de antigüedad (28). Los más destacables son los campos de la enseñanza, la seguridad, el deporte y la sanidad aunque también se encuentran altas cifras entre otros (27,28):

- **Enseñanza:** profesores, directores de colegios, docentes de universidad, estudiantes.
- **Seguridad:** policías, militares, equipos de salvamento, bomberos.
- **Deporte:** deportistas de alto rendimiento, deportistas profesionales, futbolistas.
- **Sanidad:** médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, asistentes sociales, odontólogos, terapeutas ocupacionales.
- **Otros:** controladores aéreos, abogados, veterinarios, teleasistentes, nutricionistas, transportistas.

1.2.6. Instrumentos de medición del desgaste profesional

Existen numerosas herramientas empleadas actualmente para identificar el síndrome de desgaste profesional. Esta clasificación muestra únicamente las herramientas que se han utilizado para la medición del desgaste profesional en los artículos consultados las que se adjuntan a modo de anexos (Anexo 2):

Inventario de desgaste profesional de Maslach o Maslach burnout inventory (MBI)

Fue creado por Maslach y Jackson en 1981 y se ha editado en varias ocasiones. La última edición, desarrollada en 1996, puede emplearse en todo tipo de profesionales de forma general (28). Este instrumento contiene 22 preguntas a contestar desde “nunca” a “diariamente” y evalúa las tres dimensiones características del síndrome: agotamiento personal, despersonalización y falta de realización personal (36):

- **Agotamiento emocional:** hace referencia a la sensación de cansancio y hastío como consecuencia del desarrollo de la actividad laboral, la interacción entre los miembros del equipo profesional y la relación entre trabajador y usuario.
- **Despersonalización:** hace referencia al desarrollo de actitudes distantes y cínicas, de comportamientos deshumanizantes y de falta de interés por las personas relacionadas de una manera u otra con el afectado, es decir: compañeras y compañeros de trabajo, usuarios del servicio, miembros de jerarquía superior, familia, amigos y pareja.
- **Falta de realización personal:** se puede definir como la tendencia a evaluar negativamente los logros derivados del propio trabajo y las capacidades de uno mismo, además de ser objeto constante de autocrítica no justificada.

Escala de calidad de vida profesional o Professional quality of life scale (ProQOL)

Es un autoinforme compuesto por tres subescalas que, en total comprenden 30 cuestiones. La primera subescala mide la satisfacción por compasión, la segunda mide el desgaste profesional y la tercera, el estrés traumático secundario. Se suele aplicar en personas que desempeñan el rol de cuidador. A continuación se muestra la definición de cada uno de los parámetros que mide (10, 17):

- **Satisfacción por compasión:** satisfacción que obtiene al individuo al contar con la capacidad de llevar a cabo sus tareas de cuidado de una forma que considera adecuada, es decir, cuando es capaz de ayudar a los demás, tal y como cree que debe hacerlo.
- **Desgaste profesional:** sentimientos de desesperanza y dificultades para afrontar su trabajo o para desempeñarlo de forma eficaz y satisfactoria.
- **Estrés traumático secundario:** el individuo se ve afectado por los traumas que experimenta la persona a su cuidado, hasta el punto de hacerlos propios en ciertas ocasiones.

Inventario de desgaste profesional de Copenhague o Copenhagen burnout inventory (CBI)

Fue desarrollado por Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen en 2005. Es un cuestionario estructurado en tres escalas que miden: el agotamiento personal, el agotamiento relacionado con el trabajo y el agotamiento relacionado con la atención al cliente. Las definiciones de los tres parámetros son las siguientes (28):

- **Agotamiento personal:** sensación de impotencia, fatiga mental, frustración y exasperación. Puede considerarse un sinónimo de agotamiento emocional.
- **Agotamiento relacionado con el trabajo:** agotamiento personal producido por circunstancias derivadas del trabajo.
- **Agotamiento relacionado con la atención al cliente:** agotamiento personal producido por contacto con el cliente o usuario.

Cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE)

Fue creado en España por Jiménez, Hernández y Gutiérrez en el 2000 (28). Se trata de una herramienta específica para enfermeras que evalúa las dimensiones del desgaste profesional identificadas por Maslach y Jackson: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. Para ello tiene en consideración el ambiente laboral, las características individuales y la capacidad de afrontamiento de los profesionales (37).

1.2.7. Desgaste profesional en la actualidad

La pandemia que está devastando el mundo, representa un aliciente especialmente favorecedor para el incremento de la prevalencia del síndrome de desgaste profesional, ya que repercute en gran manera sobre el bienestar psicológico de la población en general (38).

En cuanto a repercusiones a nivel general es importante exponer que la Covid-19, entre otras consecuencias negativas, ha provocado que la población esté experimentando altos niveles de estrés, que pueden desembocar en la aparición del síndrome (38).

El estudio "Covidstress Global Survey" llevado a cabo entre marzo y mayo de 2020 sobre un total de 173.426 personas en 179 países del mundo muestra que la gran mayoría de participantes presenta elevadas puntuaciones en el nivel de estrés percibido (38).

A nivel estatal, el estudio de Cigna "Covid-19 global impact" muestra que el 74% de los españoles es incapaz de separar su vida personal y social de su vida laboral a causa de la introducción del teletrabajo en el ámbito laboral y que el 45 % reconoce sufrir estrés relacionado con su trabajo (39).

De forma paralela, la pandemia de Covid-19 también ocasionó una prolongada interrupción de los servicios de salud mental en un 93 % de todos los países del mundo en un momento en que la población presentaba una elevada demanda de este tipo de asistencia (40).

En cuanto a las repercusiones directas sobre las enfermeras, se puede encontrar una serie de estudios que describen la precaria situación actual (41, 42,43).

Según un metanálisis publicado en febrero del 2021, que recoge 93 estudios aplicados sobre enfermeras a escala global, se observa que los niveles de estrés, depresión e insomnio en este colectivo están por encima de los niveles del resto de la población (41).

Así se expone que el 43% de las enfermeras, frente al 24% de la población general, sufre estrés; el 35% de las enfermeras, frente al 28% del resto de la población, padece depresión y el 43% de las enfermeras, frente al 29% del resto de personas, tiene problemas de insomnio (41).

A nivel estatal, el estudio realizado por Medscape en el año 2020, muestra que del 21 al 35% de las enfermeras que trabajan en España sufre manifestaciones de desgaste profesional. Tales son las repercusiones en este sentido a día de hoy, que el 23% del total de enfermeras en este país ha optado por retirarse prematuramente (42).

Esto ocurre en un momento en el que la OMS revela que, a pesar del incremento en el número de enfermeras que se dio entre 2013 y 2018, sigue habiendo un déficit de 5,9 millones (43).

Las enfermeras que trabajan en departamentos en los que se da mayor número de situaciones emocionalmente desbordantes presentan mayor vulnerabilidad al síndrome de desgaste profesional (28). En las unidades de cuidados intensivos estas circunstancias se dan en mayor medida que en las plantas de hospitalización generales (20, 21,24), cosa que también ocurre en las plantas dedicadas al cuidado de pacientes terminales, afectados por enfermedades como el cáncer (7,19).

Se debe tener en cuenta que en los profesionales sanitarios, el síndrome está altamente relacionado con los efectos adversos causados por los trabajadores, con la falta de calidad asistencial y con la insatisfacción del paciente (24).

En cuanto a este aspecto, se debe mencionar que El Ministerio del Interior informa del actual incremento de las cifras de agresiones ejercidas sobre profesionales de la salud en España después del inicio de la pandemia. Según esta fuente, entre los meses de enero y agosto del 2019, se denunciaron 378 agresiones verbales y/o físicas, mientras que, en el mismo periodo del 2020, estas se habían incrementado hasta 446, aproximadamente, un 20% más (44).

El tratamiento de la depresión y la ansiedad, dos de los síntomas del síndrome de desgaste profesional, supondría un ahorro considerable para las instituciones. Según un estudio efectuado por la OMS, la productividad laboral a nivel global subiría un 5% si tan solo se interviniera en dos de las manifestaciones del síndrome (45).

2. JUSTIFICACIÓN

La evidencia actual muestra una elevada falta de profesionales y un preocupante nivel de desgaste profesional en el campo de la enfermería. Este trastorno supone grandes repercusiones para los profesionales que lo sufren y también para los pacientes a su cuidado por lo que, su reducción se considera un punto de gran importancia a día de hoy.

Para tal fin se cree necesario el uso de algún tipo de herramienta que demuestre efectividad, aceptación y bajo empleo de recursos. La atención plena, dado que cumple estos tres requisitos, representa una opción a considerar, es por ello un interesante campo de estudio.

A nivel personal, la elección de este tema viene condicionada por la identificación que se tiene con las enfermeras que sufren desgaste profesional y con el hecho de haber descubierto y experimentado el fenómeno de la atención plena.

3. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Averiguar si la atención plena es una herramienta efectiva contra el síndrome de desgaste profesional en las enfermeras.

Objetivos específicos:

- Ampliar los conocimientos en atención plena
- Identificar el nivel de desgaste profesional actual en las enfermeras

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño

El presente trabajo se basa en la realización de una revisión integradora de la literatura científica sobre la relevancia del empleo de la práctica de la atención plena como factor contra el síndrome de desgaste profesional en enfermeras. Se persigue el fin de alcanzar un mayor conocimiento sobre la materia y el de sacar conclusiones basadas en la evidencia acerca de su efectividad en este contexto. La búsqueda de la información necesaria para su elaboración se inicia en diciembre de 2020 y finaliza en enero de 2021. Para tal fin se utilizan las siguientes fuentes de información, escogidas por su rigurosidad, accesibilidad y adecuación.

Tabla 1: Fuentes de información. Fuente: Elaboración propia

Nombre	Descripción
Pubmed	Es un motor de búsqueda para acceder a la base de datos Medline. Esta base de datos está ofertada por la Biblioteca nacional de medicina de los Estados Unidos que se encuentra dentro del Instituto nacional de salud, el cual es el responsable del mantenimiento de Medline. Desde Pubmed se puede acceder a información sobre ciencias de la salud de todo el mundo.
Biblioteca Cochrane	Es una colección de bases de datos sobre ciencias de la salud a nivel global. En una de sus bases de datos, la base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas, se pueden encontrar revisiones bibliográficas con alto nivel de calidad y fiabilidad. Además se pueden encontrar también: registros de ensayos, protocolos, respuestas clínicas o editoriales. Su editor jefe es David Tovey y los colaboradores que publican sus estudios son un equipo multidisciplinar que trabaja de forma independiente.
Epistemonikos	Es una base de datos sobre temática de salud que abarca la mayor colección de revisiones bibliográficas sobre este tema del mundo, además de contar con otro tipo de trabajos basados en la evidencia. Sus fundadores fueron Gabriel Rada y Daniel Pérez. Estos trabajan de forma conjunta con un gran número de instituciones y colaboradores, implicados de forma altruista.
IBECS	El índice bibliográfico español en ciencias de la salud es una base de datos que contiene artículos de más de 200 revistas científicas editadas en España sobre los diferentes campos que componen las ciencias de la salud. Forma parte de la Biblioteca virtual de la salud.

4.2. Criterios de selección

Es necesario determinar una serie de criterios de inclusión y exclusión de artículos encontrados para que la selección final se adapte al máximo a las expectativas de vigencia y calidad de evidencia esperadas. A continuación se detallan los criterios seguidos:

Criterios de inclusión:

- Se aceptan aquellos estudios científicos que sean ensayos clínicos o cuasi experimentales.
- Son incluidos los trabajos provenientes de cualquier parte del mundo.
- Se incluyen los estudios publicados en el periodo de tiempo comprendido entre 2011 y 2021.
- Se aceptan estudios cuya muestra está formada únicamente por enfermeras.
- Son incluidos los artículos que presentan, al menos, un 80% de las variables de las que se espera obtener información.
- Se aceptan artículos escritos en inglés y castellano.

Criterios de exclusión:

- Son excluidos aquellos estudios científicos que no presentan texto completo disponible o disponibilidad de descarga para su análisis.
- Se excluyen aquellos artículos que no demuestran rigor científico tras la evaluación de su calidad metodológica mediante el uso de la herramienta de lectura crítica Critical Appraisal Skills Program Español (CASPe).
- Se excluyen los artículos que se encuentran de manera repetida en las diferentes fuentes consultadas.

4.3. Estrategia de búsqueda

Identificación de descriptores en ciencias de la salud

En primer lugar se accede a la fuente Descriptores de ciencias de la salud y, a partir del lenguaje natural, se obtienen las palabras clave en castellano e inglés tal y como se muestra a continuación:

Tabla 2: Palabras clave. Fuente: Elaboración propia.

Lenguaje natural	Descriptor español (DeCS)	Medical terms (MeSH)
Desgaste laboral	Agotamiento profesional	Burnout, professional
Atención plena	Atención plena	Mindfulness
Enfermeras	Enfermeras y enfermeros	Nurses

Tabla 3: Definición de palabras clave. Fuente: Elaboración propia

Descriptor (DeCS)	Medical term(MeSH)	Definición	Sinónimos
Agotamiento profesional	Burnout, professional	Reacción de estrés excesivo al entorno ocupacional o profesional. Puede caracterizarse por sentimientos de agotamiento emocional y físico, unido a un sentimiento de frustración y fracaso. Disponible en : http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/	Agotamiento Laboral, Agotamiento Ocupacional, Agotamiento en la Carrera, Desgaste Laboral, Desgaste Profesional
Atención plena	Mindfulness	Un estado psicológico de conciencia, las prácticas que promueven esta conciencia, un modo de procesamiento de la información y un rasgo del carácter. Como terapia de estar atento se define como una conciencia momento a momento de la propia experiencia, sin juicio y como un estado y no un rasgo. Disponible en: http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/	Mindfulness, conciencia plena
Enfermeras y enfermeros	Nurses	Profesionales calificados graduados de una escuela acreditada de enfermería y por el paso de un examen nacional de concesión de licencias para la práctica de enfermería. Ellos proporcionan servicios a los pacientes en la recuperación o el mantenimiento de su salud física o mental. Disponible en: http://decs2020.bvsalud.org/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/	Enfermera y Enfermero, Enfermeros Registrados

Proceso de búsqueda según fuente de información

- **Pubmed:** se accede al generador de búsqueda avanzada, se introducen los términos MeSH unidos mediante el operador booleano AND, según el clasificador “todos los campos” y se emplea el filtro de fecha de publicación de 10 años. De este modo se obtienen 74 artículos, de los cuales se eligen 23.
- **Biblioteca Cochrane:** se accede al generador de búsqueda avanzada, se introducen los términos burnout, nurses y mindfulness unidos mediante el operador booleano AND, según el clasificador “título, resumen, palabra clave”. Se especifica en el límite de búsqueda que se desean obtener ensayos desde 2011 hasta 2021. Se obtienen, de este modo, 40 resultados. Se escogen 4.
- **Epistemonikos:** se accede al generador de búsqueda avanzada, se introducen los términos burnout, mindfulness y nurses unidos mediante el operador booleano AND, según el clasificador “título/resumen”. Se filtra la vigencia de publicación a los últimos 10 años utilizando el rango personalizado. Se obtienen 13 resultados de entre los que se elige 1.
- **IBECs:** se accede al formulario de búsqueda avanzada, se introducen los términos burnout, mindfulness y enfermería según el clasificador “palabras”. Tras varios intentos usando palabras clave y obteniendo 0 resultados, se decide probar con estas variantes. Se obtienen 3 estudios y se escoge 1 de ellos.

Tabla 4: Estrategia de Búsqueda. Fuente: Elaboración propia

Fuente	Estrategia de búsqueda	Nºart.
Pubmed	Búsqueda: ((mindfulness) AND (burnout, professional)) AND (enfermeras) Filtros: de 2011 a 2021("mente a" [Todos los campos] O "mentalidad" [Todos los campos] O "consciente" [Todos los campos] O "atención plena" [Terminos MeSH] O "atención plena" [Todos los campos] O "atención" [Todos los campos] O "mentes" [Todos los campos]) Y ("agotamiento, profesional" [Terminos MeSH] O ("agotamiento" [Todos los campos] Y "profesional" [Todos los campos]) O "agotamiento profesional" [Todos los campos] O ("agotamiento "[Todos los campos] Y" profesional "[Todos los campos]) O" profesional agotado "[Todos los campos]) Y (" enfermeras "[Todos los campos] O" enfermeras "[Terminos MeSH] O" enfermeras "[Todos los campos] O "enfermera" [Todos los campos] O "enfermeras" [Todos los campos])	74
Biblioteca Cochrane	(mindfulness): ti, ab, kw AND (burnout): ti, ab, kw AND (nurses): ti, ab, kw con Año de publicación de 2011 a 2021, en Ensayos (se han buscado variaciones de palabras)	40
Epistemonikos	(title:(mindfulness) OR abstract:(mindfulness)) AND (title:(burnout) OR abstract:(burnout)) AND (title:(nurses) OR abstract:(nurses))	13
IBECS	burnout [Palabras] y mindfulness [Palabras] y enfermería [Palabras]	3

4.4. Variables consideradas

Los artículos elegidos para esta revisión bibliográfica deben informar sobre, al menos, el 80% de las siguientes variables:

Generales: año de publicación, país de procedencia, tipo de estudio y número de participantes.

Específicas:

- **Relativas a la muestra:** puesto de trabajo y años de experiencia profesional.
- **Relativas a la intervención:** tipo de intervención y duración de la intervención (sin tener en cuenta la duración del periodo hasta la evaluación de seguimiento).
- **Relativas a la medición de resultados:** tipo de escala de medición del desgaste profesional utilizada y existencia de seguimiento después de la intervención.

4.5. Método de selección de estudios

La selección de artículos para esta revisión se lleva a cabo en cuatro pasos:

- El primer paso consiste en leer el título y el resumen (si aparece) y confirmar los siguientes puntos:
 - Si se ajusta a la vigencia.
 - Si también se ajusta al contenido en palabras clave.
 - Si además se ajusta al tipo de estudio.
 - Si además no se encuentra repetido.
- El segundo paso consiste en el acceso al texto completo.
- El tercer paso consiste en llevar a cabo la lectura del artículo para averiguar si contiene las variables que se necesita conocer y confirmar que se adapta a los criterios de inclusión.
- El cuarto paso consiste en hacer una lectura crítica utilizando la plantilla específica para ensayos clínicos que ofrece CASPe. Los estudios cuasiexperimentales son analizados con esta herramienta teniendo en cuenta sus diferencias con los estudios aleatorios.

4.6. Evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos (Anexo 3)

El Programa de Habilidades de Lectura Crítica en español o Critical Appraisal Skills Program español (CASPe) es una organización en el territorio español que se dedica a instruir a profesionales de diferentes campos sobre cómo evaluar la calidad de un artículo científico. Forma parte del Programa de Habilidades de Lectura Crítica o Critical Appraisal Skills Program (CASP) de ámbito internacional.

Entre los diferentes materiales docentes que ofrece, se encuentran una serie de plantillas específicas para cada tipo de estudio. En esta revisión se ha utilizado la plantilla de análisis de ensayos clínicos.

Los estudios cuasiexperimentales se han analizado con esta misma plantilla dadas las similitudes que comparten con los ensayos clínicos aleatorios (realización de una intervención, evaluación de los efectos de esta y posibilidad de aplicación en diferentes contextos), no obstante, se ha tenido en cuenta que en ellos no existe aleatorización, ciegos, ni, en ocasiones, grupos de comparación.

Ésta plantilla cuenta con 11 preguntas a las que se puede dar respuesta afirmativa o negativa (a excepción de la séptima y octava). Cuenta también con unas directrices, junto a las preguntas, que guían sobre cómo responderlas. Las características principales de las preguntas se muestran a continuación:

- Las tres primeras preguntas son de evaluación. Pretenden dar respuesta a si los resultados que arroja el estudio son válidos. Si se da respuesta afirmativa a todas ellas durante el análisis de un estudio clínico aleatorio, se considera que vale la pena seguir analizando.
- Las siguientes tres preguntas son de detalle y complementan a las tres anteriores.
- Las preguntas séptima y octava pretenden averiguar cuáles han sido los resultados del estudio basándose en el efecto y la precisión de la intervención
- Las tres últimas preguntas tratan de averiguar la conveniencia de la aplicación de los resultados obtenidos a la práctica clínica.

5. RESULTADOS

5.1. Selección de estudios

Mediante la estrategia de búsqueda explicada en el apartado anterior se obtiene un total de 130 artículos.

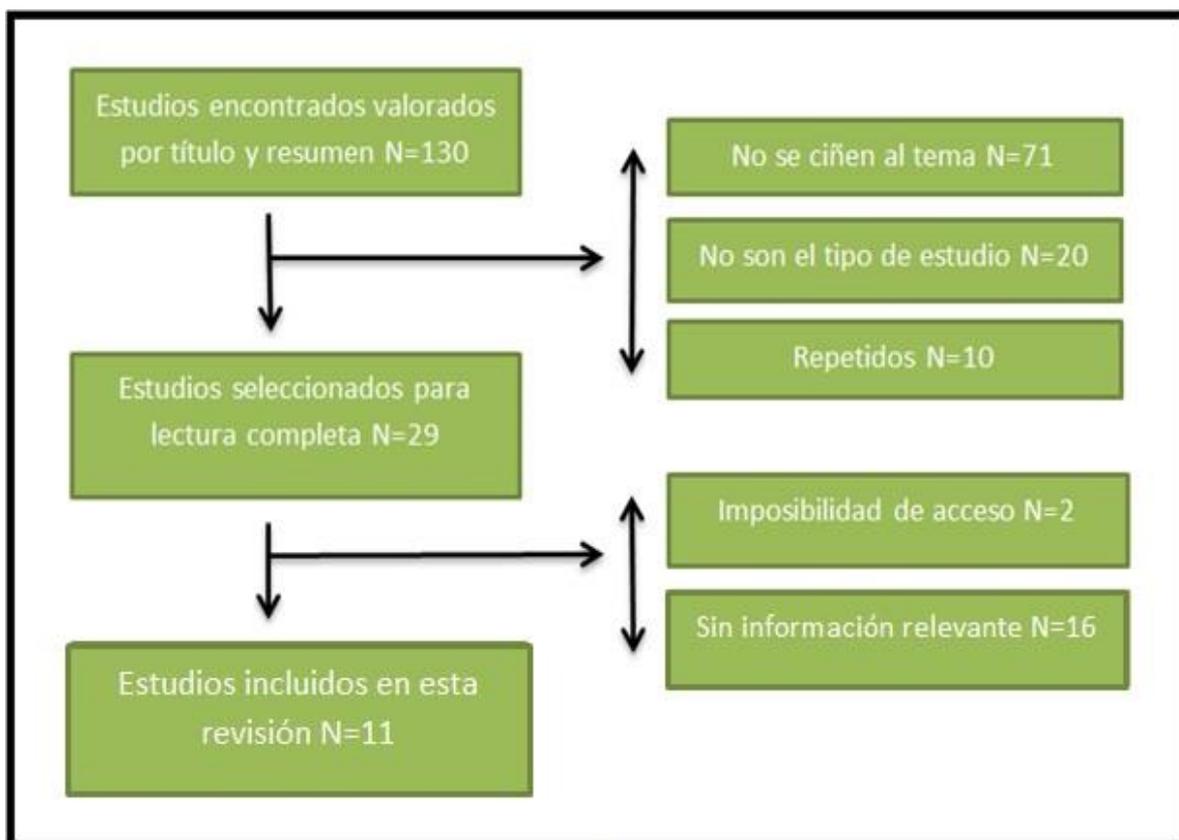
Después de la lectura de título y resumen se excluyen 101 estudios. De estos 101 excluidos, 71 se desechan por no ceñirse específicamente al tipo de información buscada, 20 se descartan por no ser el tipo de estudio que se requiere y 10, por estar repetidos, ya sea en la misma base de datos o en otra.

Un total de 29 artículos son elegidos para su lectura completa y de estos se desechan 2 por la imposibilidad de acceso.

De los 27 restantes se descartan 16 artículos por no presentar la información esperada en cuanto al tipo de muestra (estudios efectuados sobre otro tipo de profesionales sanitarios además de enfermeras) o por no contener las variables de las que se desea extraer información.

Los 11 estudios restantes contienen información relevante y pasan favorablemente el proceso de lectura crítica, por tanto, forman parte de esta revisión. Esta estrategia de selección queda reflejada en la siguiente figura:

Figura 1: Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia



5.2. Clasificación de estudios según variables

Atendiendo a diferentes variables que se pueden encontrar en los artículos seleccionados, se lleva a cabo una serie de clasificaciones distintas con el fin de presentar claramente los aspectos que se consideran de mayor relevancia.

Las variables que se han elegido para este fin se pueden dividir en variables generales y variables específicas.

Las variables generales corresponden a los rasgos más superficiales de los artículos seleccionados, fácilmente identificables como son: el año de publicación, el país de procedencia, el tipo de estudio y el número de participantes de cada estudio. Estas ofrecen información sobre el contexto en que se desarrolla cada trabajo de investigación.

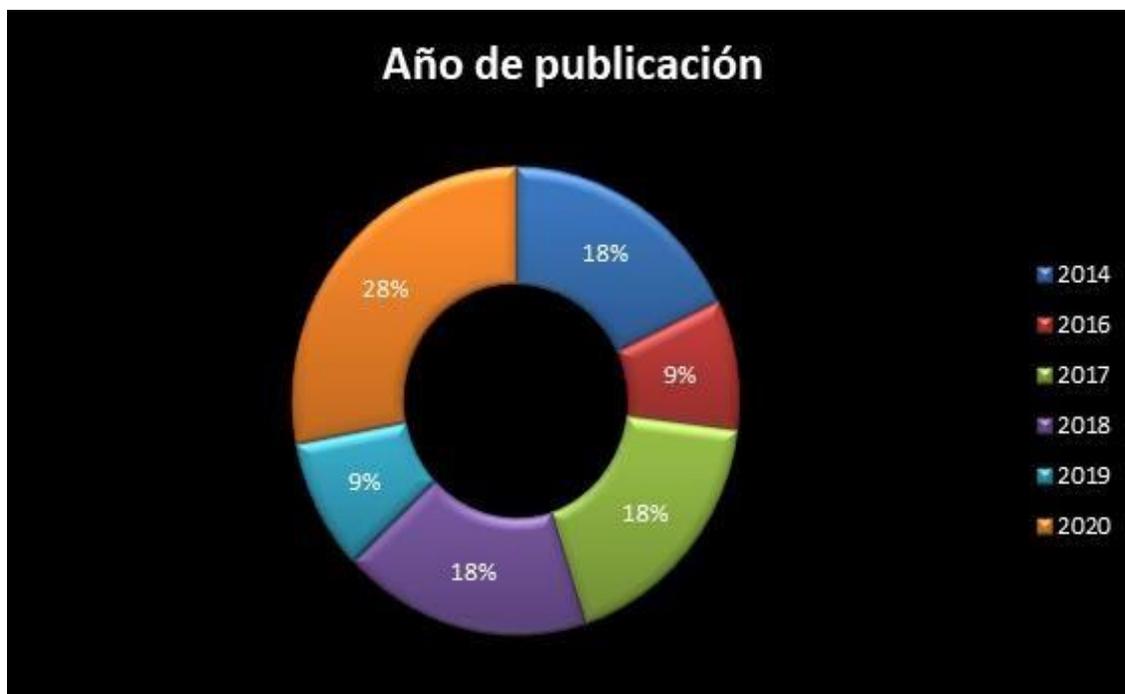
Las variables específicas se centran en características intrínsecas de la muestra, la intervención y la medición de los resultados, como son: el puesto de trabajo y los años de experiencia profesional, el tipo de intervención y la duración de esta y la herramienta de medición utilizada y la existencia de seguimiento.

5.2.1. Variables generales

Año de publicación del estudio

Un 18% de los estudios (n=2) (20,25) fueron publicados en el 2014, un 9% (n=1) (10) en el año 2016, un 18% (n=2) (18,23) fueron publicados en el año 2017, un 18% (n=2) (3,17) en el 2018, un 9% (n= 1) (22) de los estudios encontrados fueron publicados en el año 2019, un 28% (n=3) (19,21,24) en el año 2020 No se encontraron estudios con información relevante o adecuados a los criterios de selección de esta revisión durante los años 2011, 2012, 2013, 2015 y 2021

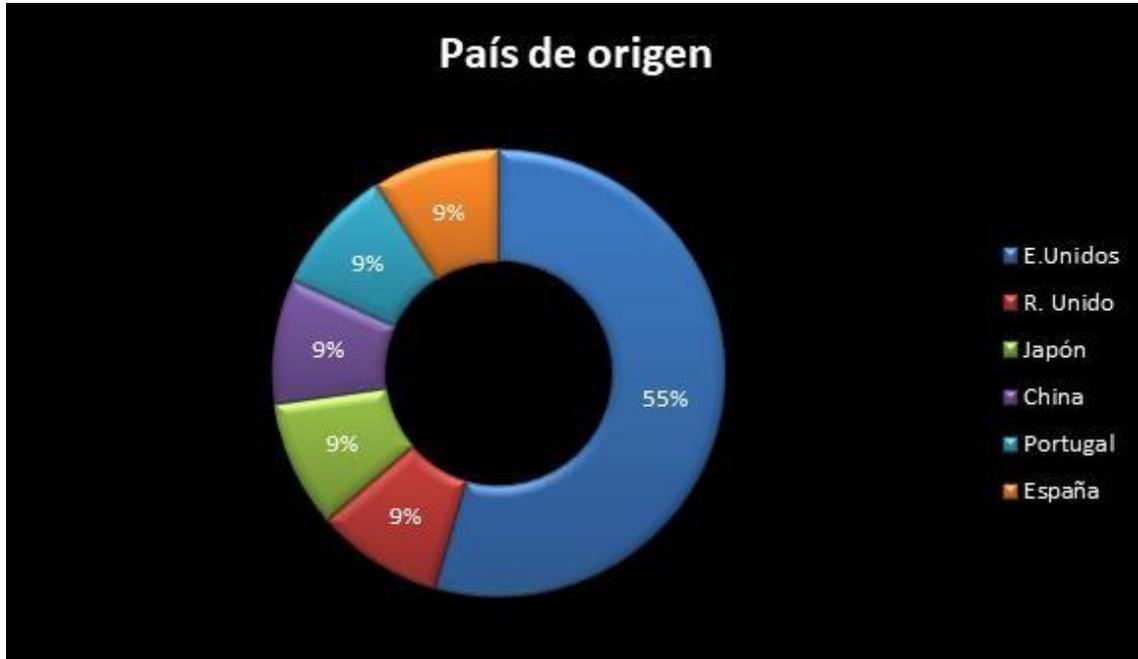
Figura 2: Año de publicación. Fuente: Elaboración propia



País de origen

Un 55% (n= 6) (3,18-21,25) de los estudios encontrados provienen de Estados Unidos, un 9%(n=1) (17) del Reino Unido, un 9% (n=1) (23) de España, un 9% (n=1) (22) de Japón, un 9% (n=1) (10) de Portugal y un 9% (n=1) (24) se realizaron en China.

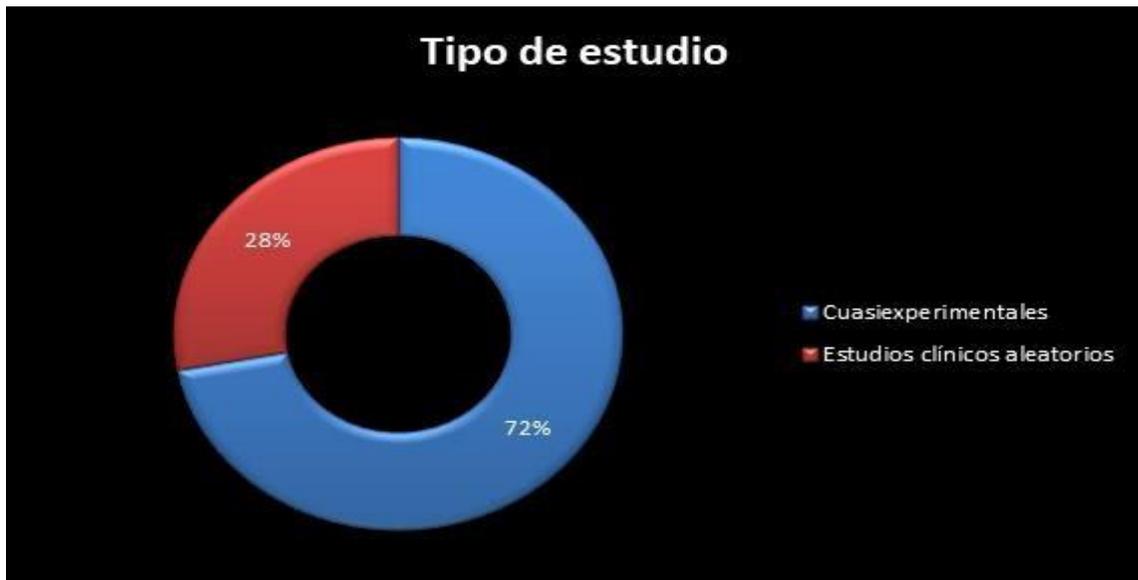
Figura 3: País de origen. Fuente: Elaboración propia



Tipo de estudio

El 72% (n= 8)(3,10,17-21,23) de los estudios que componen esta revisión son de tipo cuasiexperimental y el 28% (n= 3) (22,24,25) restante son estudios clínicos aleatorios.

Figura 4: Tipo de estudio. Fuente: Elaboración propia



Número de participantes

El 9% (n=1) (17) de los estudios, informa de un número de participantes inferior a 20, el 9%(n=1) (25) informa de un número de individuos comprendido entre 20 y 40, el 55%(n=6) (3,18-21,23) muestra una cantidad de participantes de entre 40 y 60, el 9% (n=1) (22) informa de un número de sujetos comprendido entre 60 y 80 y el 18% (n=2) (10,24) refleja un número de participantes superior a 80.

Figura 5: Número de participantes. Fuente: Elaboración propia



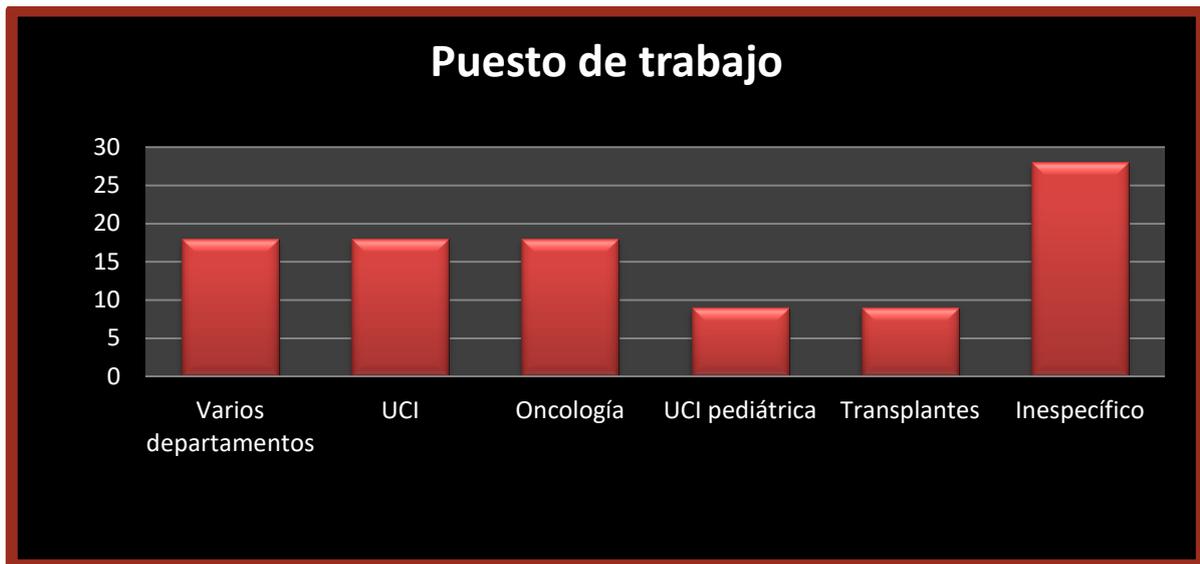
5.2.2. Variables específicas

Puesto de trabajo de los participantes

El 72% (n=8) (10,17-20,23-25) de los estudios informa sobre la variable puesto de trabajo específico, es decir, no solo muestra que las participantes son enfermeras, sino que, además, identifica el tipo de unidad o departamento en el trabajan. El 28% (n=3) (3,21,22) no lo hace.

El 9% (n=1) (20) informa sobre enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos pediátricos, el 9%(n=1)(18) informa sobre enfermeras que trabajan en unidades dedicada a pacientes que han sido trasplantados, el 18%(n=2) (10,19) informa sobre enfermeras que trabajan en departamentos de oncología, el 18% (n=2) (24,25) informa sobre enfermeras de que ejercen en unidades de cuidados intensivos para adultos y el 18%(n=2) (17,23) informa sobre enfermeras procedentes de varios departamentos, tales como: servicio de urgencias, maternidad, unidades de cuidados intensivos, urología o partería.

Figura 6: Puesto de trabajo. Fuente: Elaboración propia



Años de experiencia profesional de los participantes

El 36% (n=4) (21,18,24,25) no informa sobre la variable años de experiencia profesional. El 64%(n=7) (3,10,17,19,20,22,23) de los estudios si lo hace .En el 36%(n=4) (3,20,22,23) de estos estudios se observa una media de experiencia profesional inferior a 15 años, el 18% (n=2) (10,19) de los estudios refleja una media de experiencia profesional aproximadamente igual a 15 años y el 9%(n=1) (17) muestra una media de experiencia en la profesión superior a 15 años.

Figura 7: Años de experiencia profesional. Fuente: Elaboración propia



Tipo de intervención llevada a cabo

El 9%(n=1)(18) de los estudios informa sobre una intervención para la que se emplea el programa SMART, el 46% (n=5) (3,10,20-22) de los estudios informa sobre intervenciones con base en el programa MBSR, el 9%(n=1) (19) de los estudios habla acerca de una intervención basada en La Rueda de la Conciencia, en el 9%(n=1) (17) se lleva a cabo una intervención basada en MSC, el 9% (n=1) (23) muestra una intervención regida por los principios de la ACT y el 18% (n=2) (24,25) de los estudios informa sobre combinaciones de ejercicios provenientes de distinto tipo de terapias o programas relacionados con la atención plena.

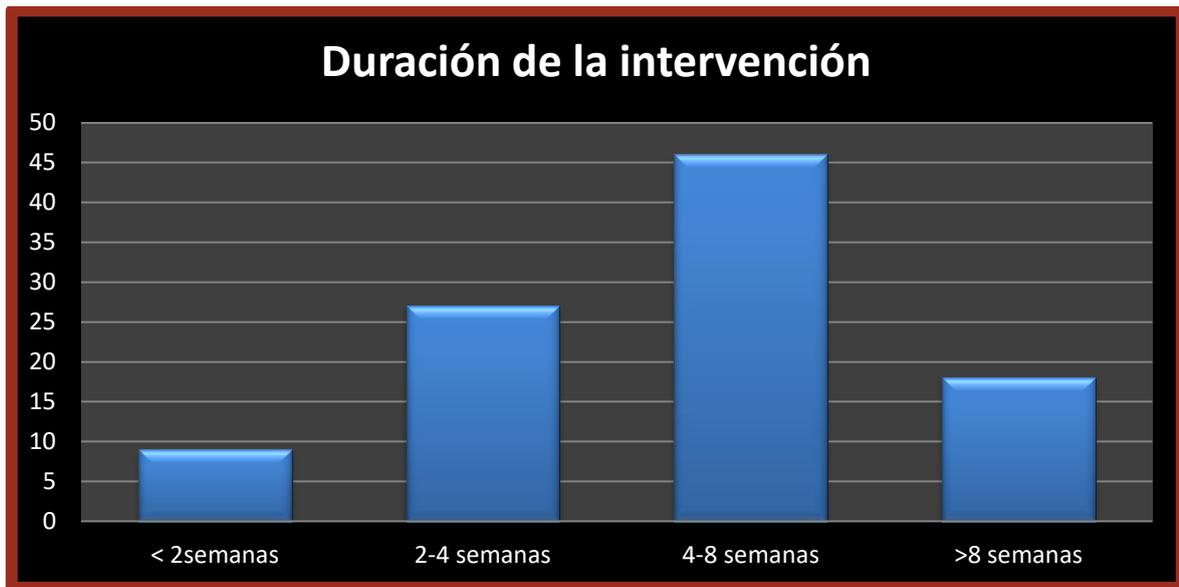
Figura 8: Tipo de intervención. Fuente: Elaboración propia



Duración de la intervención

El 9%(n=1) (21) de los estudios muestra un periodo de duración de intervención inferior a 2 semanas, el 27% (n=3) (19,20,23) de los estudios muestra un periodo de duración de intervención de entre 2 y 4 semanas, en el 46% (n=5) (3,10,17,18,24) se observa un periodo de duración de intervención de entre 4 y 8 semanas y el 18% (n=2) (22,25) exhibe un periodo de duración de intervención de más de 8 semanas.

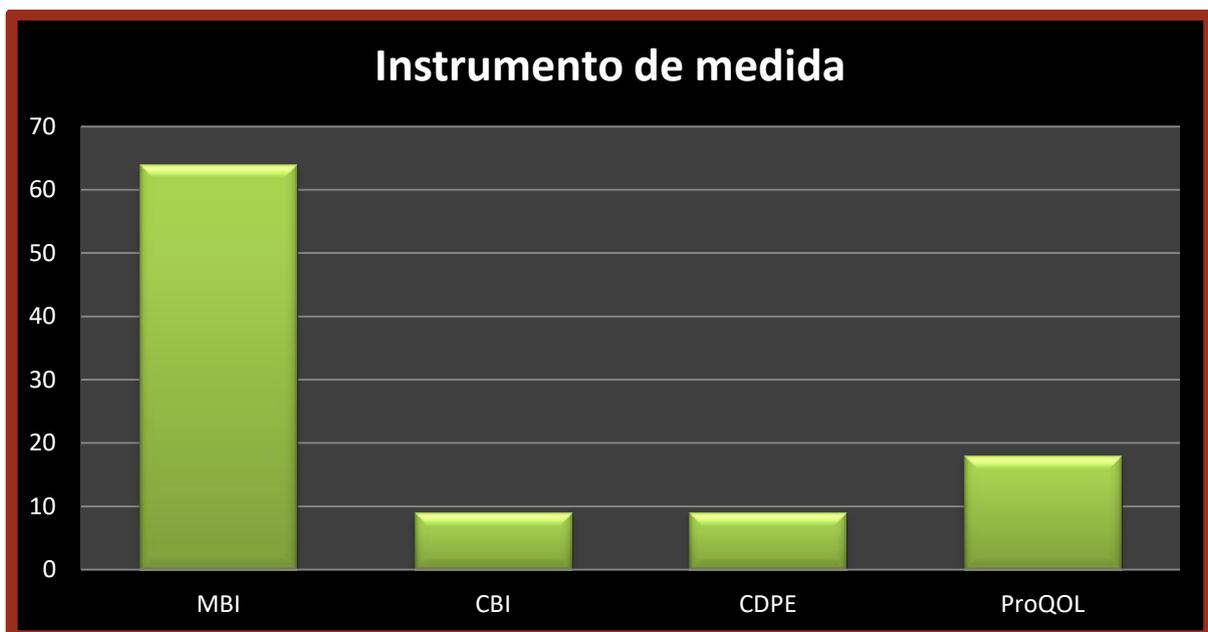
Figura 9: Duración de la intervención. Fuente: Elaboración propia



Instrumento de medida utilizado

El 9%(n=1) (18) de los estudios informa sobre la utilización del CBI para la medición del desgaste profesional, el 9%(n=1) (23) muestra que se empleó el CDPE para dicha medición, el 18% (n=1) (10,17) refleja que la medición del desgaste profesional se llevó a cabo mediante la ProQOL y el 64%(n=8) (3,19-22,24,25) de los estudios muestra que el desgaste profesional se midió con el MBI.

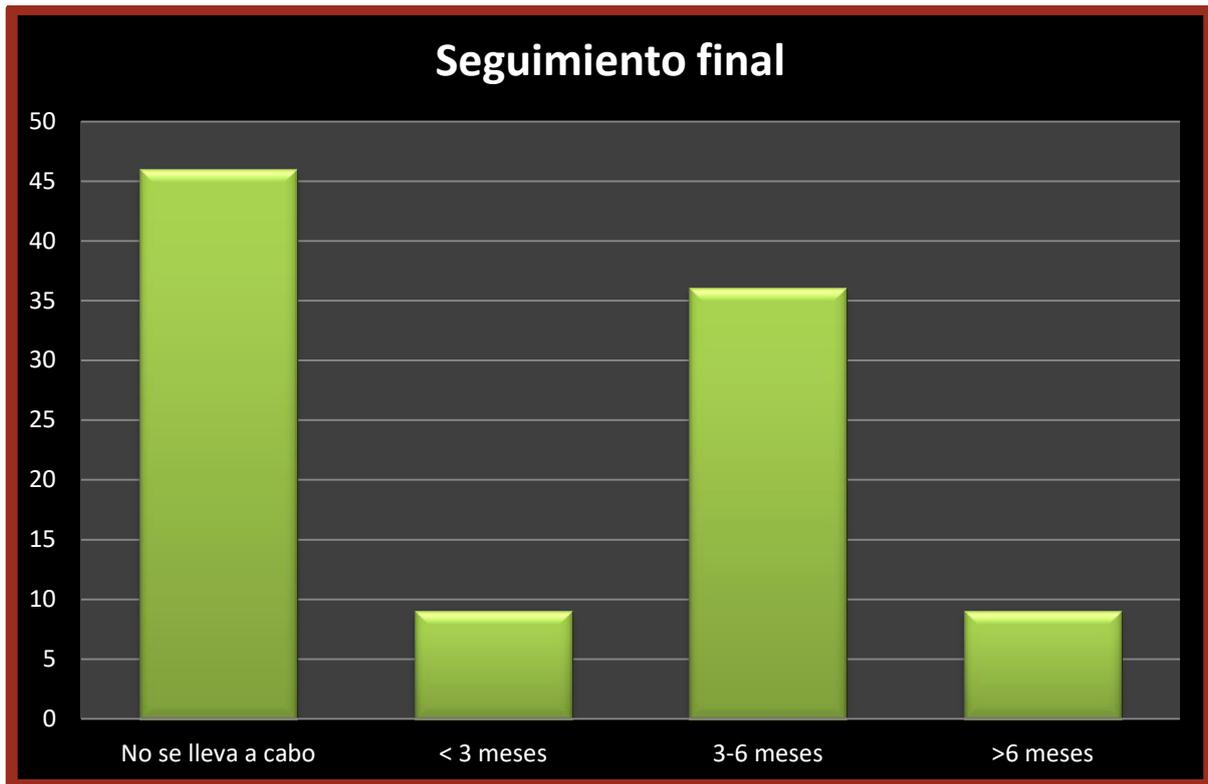
Figura 10: Herramienta de medición. Fuente: Elaboración propia



Existencia de seguimiento

En el 46 % (n=5) (3,10, 18,19, 25) de los estudios no se ha llevado a cabo seguimiento. El 54% (n=6) (18,20-24) de los estudios refleja que se llevó a cabo seguimiento para evaluar las variaciones en los resultados obtenidos al final de la intervención. El 9%(n=1) (20) de estos estudios muestra que el seguimiento final se llevó a cabo en un intervalo inferior a 3 meses después de la intervención, el 36 % (n=4) (18,21,23,24) refleja que el seguimiento final ocurrió entre 3 y 6 meses después de la intervención y el 9% (n=1) (22) informa de que el seguimiento final se produjo después de un intervalo mayor a 6 meses.

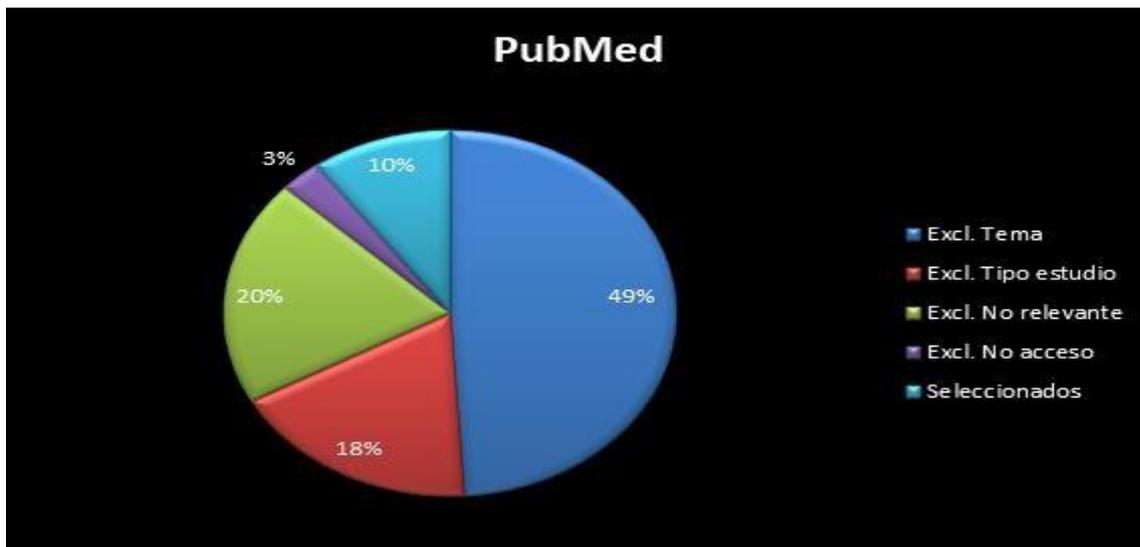
Figura 11: Seguimiento. Fuente: Elaboración propia



5.3. Relación de artículos según fuente de información

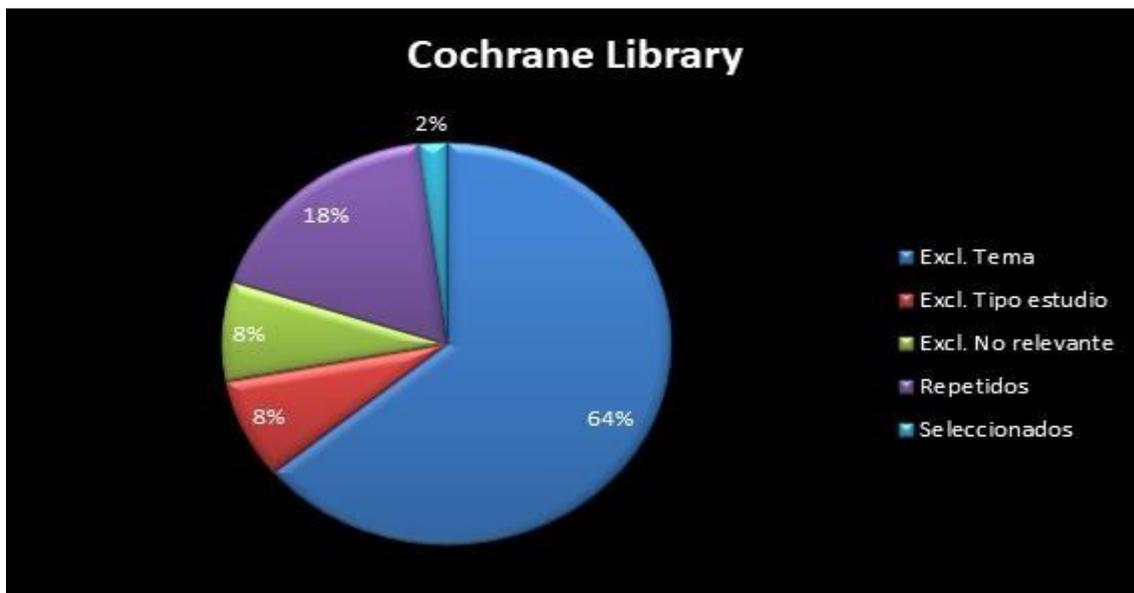
PubMed: Se encuentra un total de 74 artículos, un 49% (n=37) se descartan por no adecuarse al tema de interés (no cumplen algún criterio de inclusión antes de la lectura completa), un 18% (n=14) se excluyen por no ajustarse al tipo de estudio que se solicita, un 3% (n=2) se desecha por la imposibilidad de acceso al texto completo y un 20% (n=15) se elimina por no presentar información relevante (no se ajusta a algún criterio de inclusión) después de haber sido consultado en formato íntegro. Finalmente se selecciona un 10% (n=8)

Figura 12: Artículos procedentes de PubMed. Fuente: Elaboración propia



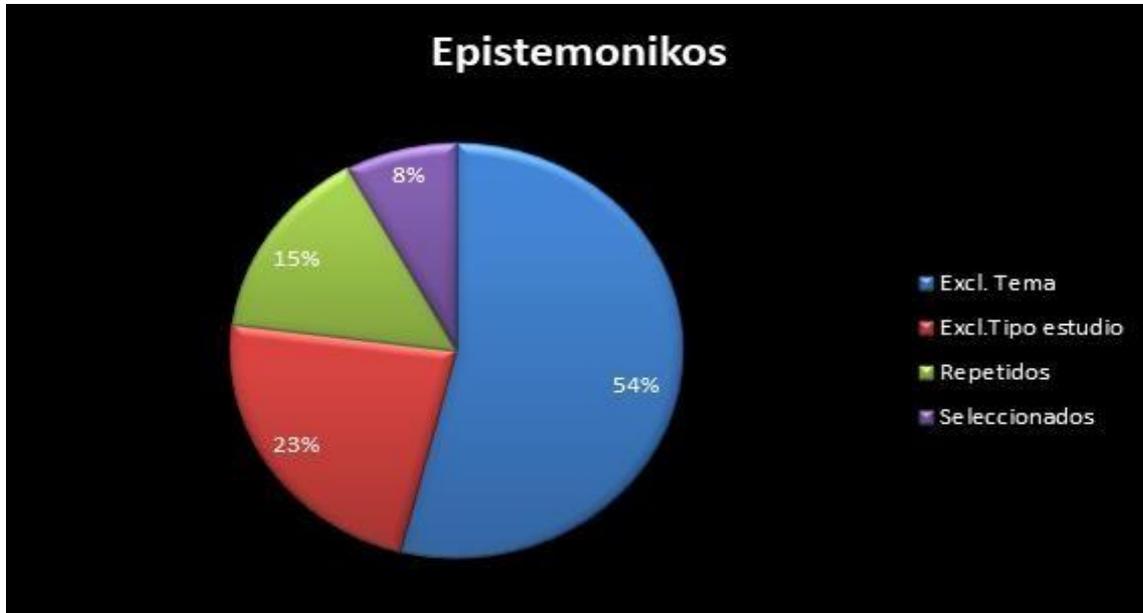
Cochrane Library: Se encuentra un total de 40 artículos, un 64% (n=26) se excluye por no adecuarse al tema de interés, un 8% (n=3) se descarta por no ser el tipo de estudio buscado, un 18% (n=7) se elimina por ser material que ya se ha encontrado previamente y un 8% (n=3) se rechaza por no presentar información relevante tras su lectura completa. Se selecciona un 2% (n=1) para formar parte de esta revisión.

Figura 13: Artículos procedentes de Cochrane Library. Fuente: Elaboración propia



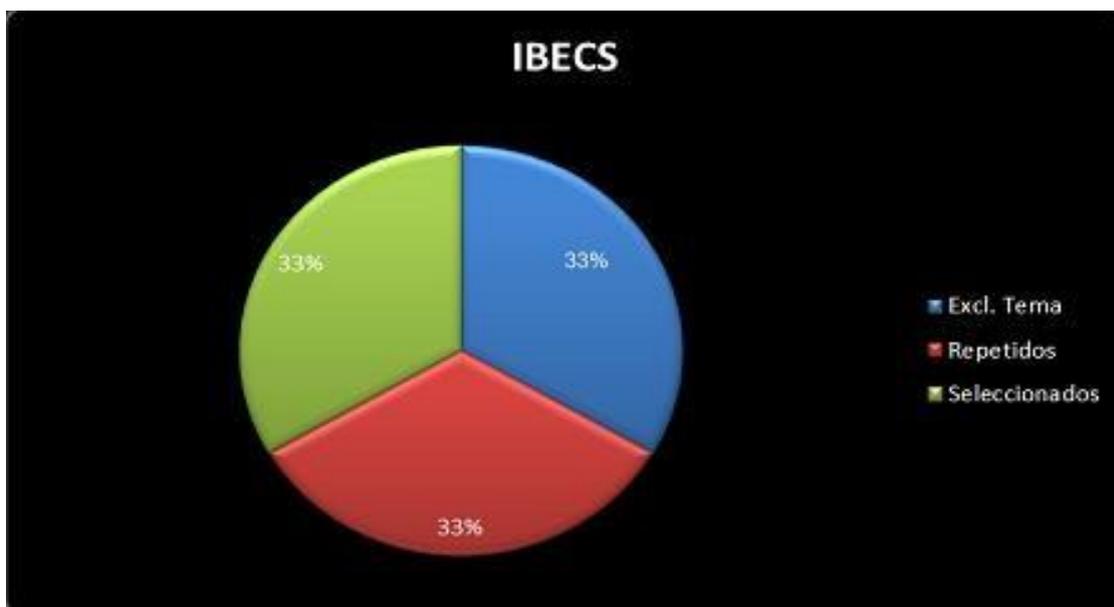
Epistemonikos: Se encuentra un total de 13 artículos, un 54%(n=7) se descarta por no ajustarse al tema que se requiere, un 23% (n=3) se eliminan por no ser el tipo de estudio que se desea incluir y un 15% (n=2) se excluye por ser artículos que ya se han encontrado anteriormente. Un 8%(n=1) es finalmente incluido en esta revisión.

Figura 14: Artículos procedentes de Epistemonikos. Fuente: Elaboración propia



IBECS: Se encuentra un total de 3 artículos, un 33,3%(n=1) se descarta por no ofrecer información sobre el tema deseado y un 33,3% (n=1) se excluye por haber sido encontrado ya en otras bases de datos. Se escoge un 33,3% (n=1) para ser integrado en esta revisión.

Figura 15: Artículos procedentes de IBECS. Fuente: Elaboración propia.



5.4. Principales resultados extraídos

La característica más valorada en esta revisión, es la existencia o inexistencia de mejoras significativas en los parámetros que miden el síndrome de desgaste profesional después de una intervención en atención plena, ya que esto va a determinar la consecución del objetivo general que se plantea. No obstante, se tiene también en cuenta el grado de satisfacción que las participantes muestran con la intervención y el grado de adherencia que han presentado. Estos son factores de gran importancia que complementan la eficacia de la intervención.

Resultados relativos a la efectividad de las intervenciones

En el 54% (n=6) (10,17,18,21,24,25) de los estudios que comprenden esta revisión, se pueden observar claras manifestaciones de efectividad, no obstante, a la hora de valorar con precisión la efectividad de las intervenciones, se deben tener en cuenta ciertos puntos :

- Es necesario hacer una distinción entre los estudios que evalúan resultados mediante la comparación del antes y el después de la intervención y los que lo hacen mediante la comparación de grupos (en los estudios donde se comparan grupos, se debe tener en cuenta también, si el grupo control participa en algún tipo de intervención o no lo hace).
- Se debe diferenciar entre los estudios que han llevado a cabo seguimiento y los que no lo han hecho.
- Hay que tener en cuenta que no pueden compararse estudios que han utilizado parámetros de medición distintos.

Los estudios que han evaluado los resultados atendiendo al antes y después de la intervención suponen un 54% (n=6) (3,17-21) del total.

Dentro de este conjunto se encuentra que en el 50 % (n=3) (3, 17,19) de los casos no se lleva a cabo seguimiento y en el 50% (n=3) (18, 20,21) sí que se lleva a cabo.

Entre los estudios en que no se ha realizado seguimiento, el 66% (n=2) (3,19) ha utilizado el MBI para medir resultados y el 34% (n=1) (17) ha utilizado la escala ProQOL.

Se observa así que el 66%(n=2) (3,19) de estos estudios no presenta cambios significativos en ningún parámetro que compone el MBI y el 34% (n=1) (17) manifiesta reducción del desgaste profesional.

Entre los estudios en que se ha realizado seguimiento, el 34% (n=1) (18) mide los resultados mediante los parámetros que contiene el CBI y el 66% (n=2) (20,21) lo hace mediante los parámetros del MBI.

En el primer caso se muestran mejoras significativas en todos los parámetros, tanto al final de la intervención como durante el último seguimiento realizado.

En el segundo caso, el 50 % (n=1) (20) de los estudios muestra que se dan mejoras en la realización personal al final de la intervención, pero no durante el seguimiento y que no se obtienen cambios favorables en los demás parámetros, ni al final de la intervención ni durante el seguimiento. El 50% (n=1) (21) de los estudios refleja que la realización personal y el agotamiento emocional experimentan mejoras significativas al ser evaluadas durante el seguimiento, pero no lo hacen al final de la intervención y que no se obtienen cambios significativos en la despersonalización en ningún momento.

Los estudios en que se han evaluado resultados mediante la comparación de grupos suponen el 46% (n= 5) (7,22-25) del total. En el 40% (n=2) (10,25) de los casos no se ha llevado a cabo seguimiento y en el 60% (n=3) (22-24) si se ha hecho.

Dentro del conjunto de estudios en que no se ha llevado a cabo seguimiento, el 50% (n=1) (10) utilizan la escala ProQOL para medir resultados y el 50% (n=1) (25) utilizan el MBI.

Se observa así que el 50%(n=1) (10) de los estudios refleja que en el grupo experimental la reducción del desgaste profesional ha sido mayor y el 50% (n=1) (25) muestra que el agotamiento emocional y la realización personal han alcanzado mejoras mayores en dicho grupo.

Atendiendo a los estudios en que sí se ha llevado a cabo seguimiento, el 66%(n=2) (22,24) han utilizado el MBI y el 34%(n=1) (23) ha utilizado el CDPE para la medición de resultados.

En el 50% (n=1) (22) de los estudios que han realizado la medición mediante el MBI no se observan diferencias significativas entre grupos ni al final de la intervención ni en el seguimiento. En el 50% (n=1) (24) se muestra que la mejora en agotamiento emocional es mayor en el grupo experimental al final de la intervención y durante el último seguimiento, que la despersonalización mejora al final de la intervención en el grupo experimental, que la mejora en realización personal es mayor en dicho grupo durante el último seguimiento y que al final de la intervención no hay diferencias significativas entre grupos en cuanto a este parámetro.

En estos dos estudios se llevan a cabo intervenciones alternativas a las intervenciones en atención plena sobre los participantes del grupo control.

En el estudio en que se realiza la medición mediante la subescala del CDPE correspondiente al agotamiento emocional, se observa que no se dan diferencias significativas entre grupos en relación a este parámetro en ningún momento.

Resultados relativos a la satisfacción de los participantes

El 45% (n=5) (3,7,17,23,25) de los autores ha ofrecido la oportunidad de dar su opinión acerca de la intervención a las participantes. El 100% (n=5) (3,10,17,23,25) de éstas ha manifestado, ya sea de forma oral o escrita, un elevado grado de satisfacción.

Resultados relativos a la adherencia de los participantes

Con el fin de identificar el grado de adherencia que los participantes han mostrado hacia a la intervención, se tiene en cuenta el número de personas que inicia la primera etapa del estudio y el número de personas que se mantiene hasta el final.

Se considera que esto supone una válida prueba de interés, aceptación y compromiso por parte del participante; no obstante, se tienen en cuenta las causas de fuerza mayor que hayan podido influir en el grado de adherencia en cada caso en particular.

De este modo, se puede ver que el 28%(n=3)(10,21,23) de los artículos informa de una reducción de más de la mitad de participantes desde el inicio hasta el final del estudio, el 18%(n=2) (3,19) muestra que la mitad de los participantes se mantiene hasta el final y el 54%(n=6) (17,18,20, 22,24,25) refleja que más de la mitad lo completa de principio a fin.

En la tabla que se adjunta a continuación se pueden apreciar, a modo de resumen, los aspectos considerados más relevantes en cuanto a resultados, intervenciones y características de la muestra del conjunto total de los artículos consultados:

Tabla 5: Resumen de la información extraída de los estudios. Fuente: Elaboración propia

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Mindfulness: evaluación de la viabilidad de una intervención piloto para reducir el estrés y el agotamiento	Montanari KM, Bowe CL, Chesak SS, Cutshall SM	2018	Estados Unidos	Cuasiexperimental	50 enfermeras. No se especifica puesto de trabajo. Experiencia profesional entre 1 y 15 años	<p>Se ofrecen varias técnicas del MBSR y las participantes eligen cuál desean realizar</p> <p>Transcurre durante un periodo de 6 semanas y se da durante los fines de semana en el lugar de trabajo</p> <p>La duración de cada sesión es dependiente del ejercicio escogido</p> <p>Se evalúan resultados con el MBI</p> <p>No se lleva a cabo seguimiento</p>	<p>Agotamiento emocional :</p> <p>Pre- intervención: media (M)=23,28 con desviación típica (SD)=8,71</p> <p>Post-intervención: M=22,03 con SD=9,03</p> <p>Despersonalización:</p> <p>Pre-intervención: M=8,02 con SD=6,36</p> <p>Post-intervención: M=7,28 con SD= 5,24</p> <p>Realización personal:</p> <p>Pre-intervención: M=37,10 con SD=5,67</p> <p>Post-intervención: M=37,19 con SD= 6,11</p> <p>Elevado grado de satisfacción de las participantes</p> <p>El 50% de las participantes se mantiene hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Efectividad de una intervención basada en la atención plena sobre los síntomas de fatiga por compasión y agotamiento de las enfermeras de oncología: un estudio no aleatorio	Duarte J, Pinto-Gouveia J	2016	Portugal	Cuasiexperimental	93 enfermeras que atienden a pacientes oncológicos de dos hospitales. Experiencia profesional M= 17,9 con SD= 8,60	Se dividen en dos grupos El grupo experimental lleva a cabo una intervención basada en MBSR de 6 semanas de duración. El otro grupo se mantiene a la espera. Se da una sesión semanal de 2h. en el lugar de trabajo y se insta a las participantes a practicar por su cuenta. Los resultados son evaluados mediante el ProQOL No se lleva a cabo seguimiento	Grupo experimental: Desgaste profesional : Pre-intervención: M=26,57 con SD=6,09 Post-intervención: M=24,59 con SD=5,09 Grupo control: Desgaste profesional: Pre- intervención: M= 24,74 con SD=4,64 Post-intervención: M= 23,89 con SD= 4,62 Se da correlación negativa entre frecuencia de práctica y desgaste profesional Gran satisfacción de las participantes 6 participantes se mantienen hasta el final del estudio

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Cuidando a los cuidadores: Evaluación del efecto de un programa piloto de capacitación de autocompasión consciente (MSC) de ocho semanas sobre la fatiga por compasión y la resiliencia de las enfermeras	Delaney MC	2018	Reino Unido	Cuasiexperimental	<p>18 enfermeras de diversos departamentos de un hospital (oncología, cardiología, maternidad, urología y UCI)</p> <p>El 70% de las participantes tienen una experiencia profesional de entre 21 y 40 años</p>	<p>Intervención basada en la MSC de duración de 8 semanas.</p> <p>Se dan sesiones semanales en el lugar de trabajo de 2,5 h. y se insta a las participantes a practicar por cuenta propia.</p> <p>La medición de resultados se lleva a cabo mediante el ProQOL</p> <p>No se lleva a cabo seguimiento</p>	<p>Desgaste profesional</p> <p>Pre-intervención: M= 29,07 con SD= 4,39</p> <p>Post-intervención: M= 23,07 con SD= 3,35</p> <p>Correlación negativa entre frecuencia de práctica y desgaste profesional</p> <p>Gran satisfacción de las participantes</p> <p>13 participantes se mantienen hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Disminución del estrés y el agotamiento en enfermeras: eficacia del aprendizaje combinado con el programa de capacitación en gestión del estrés y resiliencia	Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A.	2017	Estados Unidos	Cuasiexperimental	50 atendiendo a pacientes trasplantados de una misma clínica No se especifican los años de experiencia profesional	Intervención en programa SMART de manera principalmente telemática con opción a sesiones presenciales La duración son 8 semanas El tiempo de cada sesión está determinado por las preferencias de la participante Los resultados son evaluados con el CBI Se lleva a cabo un seguimiento final a los 3 meses del fin de la intervención	<p>Agotamiento personal</p> <p>Pre-intervención: M=52,58 con SD=19,87</p> <p>Seguimiento final: M=32,05 con SD=19,12</p> <p>Agotamiento relacionado con el trabajo</p> <p>Pre-intervención: M= 53,71 con SD=19,44</p> <p>Seguimiento final: M=34,18 con SD=20,03</p> <p>Agotamiento relacionado con la atención al cliente</p> <p>Pre-intervención: M=33,92 con SD=18,99</p> <p>Seguimiento final: M=19,29 con SD=19,14</p> <p>No se deja constancia de la satisfacción de las participantes</p> <p>El 66% de las participantes se mantiene hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Eficacia de una intervención basada en la atención plena para reducir el desgaste y aumentar la resiliencia en enfermeras tituladas que atienden a pacientes con neoplasias hematológicas	Kopp EA	2020	Estados Unidos	Cuasiexperimental	<p>40 enfermeras a cargo de pacientes con neoplasias de origen hematológico de un hospital.</p> <p>La media de experiencia profesional de la muestra es de 15 años</p>	<p>Se lleva a cabo una adaptación de la técnica conocida como La Rueda de la Conciencia.</p> <p>Se da de forma individual mediante una plataforma virtual</p> <p>El ejercicio tiene una duración de 10-15 minutos.</p> <p>Se recomienda realizar este ejercicio durante los descansos de la jornada laboral</p> <p>Se insta a las participantes a practicar de forma frecuente</p> <p>Los resultados son medidos con el MBI</p> <p>No se lleva a cabo seguimiento</p>	<p>Agotamiento emocional:</p> <p>Pre-intervención: M=31,55 con SD=9,44</p> <p>Post-intervención: 30,05 con SD= 9,48</p> <p>Despersonalización:</p> <p>Pre-intervención: M=10,35 con SD= 4,52</p> <p>Post-intervención: M=10,10 con SD= 5,26</p> <p>Falta de realización personal:</p> <p>Pre-intervención: M=44,5 con SD=5,75</p> <p>Post-intervención: M=44,2 con SD= 6,62</p> <p>Se muestra una correlación negativa entre la práctica de la técnica y el agotamiento emocional</p> <p>No hay constancia de satisfacción de las participantes</p> <p>20 participantes se mantienen hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Una intervención basada en la atención plena en el trabajo para enfermeras de UCI pediátricas: un piloto	Gauthier T, Meyer RML, Grefe D, Gold JI	2014	Estados Unidos	Cuasiexperimental	<p>45 enfermeras provenientes de dos unidades de cuidados intensivos pediátricos de un mismo hospital</p> <p>La media de experiencia profesional de la muestra es inferior a 5 años</p>	<p>La intervención es una adaptación del MBSR. Consiste en llevar a cabo una meditación guiada de 5 minutos al inicio de la jornada laboral.</p> <p>Su duración es de 30 días</p> <p>Se insta a las participantes a practicar por cuenta propia</p> <p>Se utiliza el MBI para la evaluación de resultados.</p> <p>Se hace un seguimiento final un mes después de la conclusión de la intervención</p>	<p>Incremento de la realización personal post- intervención y descenso al seguimiento</p> <p>Agotamiento emocional sin cambios significativos</p> <p>Despersonalización sin cambios significativos.</p> <p>Se establece una correlación negativa entre frecuencia de práctica y agotamiento emocional y una correlación positiva entre frecuencia de práctica y realización personal</p> <p>No se tiene constancia de la satisfacción de las participantes con la intervención</p> <p>38 participantes se mantienen hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Efectos de los talleres de Mindfulness en el agotamiento, el estrés y las habilidades de Mindfulness de las enfermeras	Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R	2020	Estados Unidos	Cuasiexperimental	53 enfermeras de una clínica No se informa del puesto de trabajo. No hay información sobre años de experiencia profesional	Se lleva a cabo un taller de cuatro horas basado en MBSR La medición de resultados se ejecuta mediante el uso del MBI Se establecen rangos para definir el nivel de cada parámetro: El rango moderado de agotamiento emocional va de 17 a 25 El rango moderado de despersonalización va de 7 a 12 El rango moderado de realización personal va de 32 a 38 El seguimiento final tiene lugar 6 meses después de la intervención.	Agotamiento emocional: Pre-intervención: 25,1 Seguimiento: 16 Despersonalización Pre-intervención: 8,6 Seguimiento: 6,2 Realización personal Pre-intervención: 35,4 Seguimiento: 39,8 No queda constancia de satisfacción de las participantes. El 38 % de las participantes se mantiene hasta el final del estudio

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias	Blanco Donoso, LM. García Rubio, C. Moreno Jimenez, B. Aldea, S.Garrosa,E	2017	España	Cuasiexperimental	46 enfermeras provenientes de unidad de cuidados intensivos y servicio de urgencias de un hospital Años de experiencia profesional M= 12,65 con SD=7,15	Se dividen en dos grupos. El grupo experimental participa en una intervención basada en ACT. El otro grupo se mantiene a la espera La intervención se lleva a cabo en tres sesiones de 3 h. La primera sesión y la segunda se dan en semanas consecutivas, la tercera se da 3 meses después de la segunda y es de refuerzo. Esta sesión se utiliza también para llevar a cabo el seguimiento. El instrumento utilizado para la medición de resultados es el CDPE. Se tiene en cuenta la subescala correspondiente al agotamiento emocional Se lleva a cabo un seguimiento final después de tres meses de la primera sesión	Grupo experimental: Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=2,68 con SD= 0,58 Seguimiento: M=2,67 con SD= 0,80 Grupo control: Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=2,88 con SD=0,77 Post-intervención: M=2,95 con SD=0,76 Elevado grado de satisfacción por parte de las participantes 15 enfermeras se mantienen hasta el final del estudio

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Breve programa de manejo del estrés basado en la atención plena para un mejor estado mental en las poblaciones trabajadoras. Happy Nurse Project: Un ensayo controlado aleatorio	Watanabe N, Horikoshi M, Shinmei I, Oe Y, Narisawa T, Kumachi M, et al.	2019	Japón	ECA	80 enfermeras procedentes de tres hospitales. No se especifica el departamento en que trabajan. Media de 5 años de experiencia profesional	Se hacen dos grupos de características similares. El grupo experimental lleva a cabo ejercicios propios del MBSR y el grupo control recibe educación para mejorar la salud mental. La intervención en MBSR se lleva a cabo en sesiones presenciales en el lugar de trabajo de 30 minutos que tienen lugar cuatro veces por semana durante 13 semanas consecutivas. El grupo control actúa de forma autodidacta después de ser provisto del material docente correspondiente Se evalúan resultados mediante el MBI El seguimiento final tiene lugar 52 semanas después del final de la intervención	<p>Grupo experimental:</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=21,7 Post-intervención: M=21,8 Seguimiento final: M= 22,6</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=7,1 Post-intervención: M=7,3 Seguimiento final: M=8,3</p> <p>Falta de realización personal: Pre-intervención: M=22,2 Post-intervención: M=22,2 Seguimiento final: M=21,2</p> <p>Grupo control:</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=21,1 Post-intervención: M=22,8 Seguimiento final: M=22,8</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=6,9 Post-intervención: M=9 Seguimiento final: M=9,4</p> <p>Falta de realización personal: Pre-intervención: M=21,5 Post-intervención: M=22,6 Seguimiento final: M=22</p> <p>No se deja constancia de satisfacción de las participantes</p> <p>76 personas se mantienen hasta el final de la intervención</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTUDIO	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Intervención educativa versus intervención basada en mindfulness para enfermeras de UCI con agotamiento ocupacional: un ensayo controlado paralelo	Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J. y Hu, X	2020	China	ECA	<p>106 enfermeras procedentes de dos unidades de cuidados intensivos del mismo hospital</p> <p>No hay información acerca de los años de experiencia profesional</p>	<p>La UCI A participa en una intervención psicoeducativa y la UCI B, en una intervención basada en varios tratamientos en atención plena.</p> <p>La UCI A atiende dos sesiones de 1,5 h. La primera sesión se da en la semana 1 y la segunda, en la semana 4</p> <p>La UCI B atiende sesiones semanales de 2,5 h. durante 8 semanas durante el tiempo no dedicado a la actividad laboral.</p> <p>Se miden los resultados con el MBI</p> <p>El seguimiento final tiene lugar 3 meses después de la conclusión de la intervención</p>	<p>Grupo experimental (UCI B):</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=31,3 con SD=8,8 Post-intervención: M=24,9 con SD=6,5 Seguimiento final: M= 27,5 con SD=6,7</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=12,6 con SD=5,3 Post-intervención: M= 8,5 con SD= 3,6 Seguimiento final: M=9,2 con SD=3</p> <p>Realización personal: Pre-intervención: M= 23,09 con SD=6,6 Post-intervención: M=28,5 con SD= 6,8 Seguimiento final: M=28,6 con SD=5,6</p> <p>Grupo control (UCI A):</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=32,9 con SD=8,9 Post-intervención: M=31,7 con SD= 3,8 Seguimiento final: M=31,9 con SD=3,1</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=13,4 con SD=6,1 Post-intervención: 12,4 con SD=3,2 Seguimiento final: M=14,2 con SD=4,1</p> <p>Realización personal: Pre-intervención: M=23,8 con SD= 7,2 Post-intervención: M=26,8 con SD=6,1 Seguimiento final:23,4 con SD=5,5</p> <p>No se da información sobre satisfacción de los participantes</p> <p>91 participantes se mantienen hasta el final del estudio</p>

ESTUDIO	AUTOR/ES	AÑO	PAÍS ORIGEN	TIPO ESTU	PARTICIPANTES	INTERVENCIÓN	RESULTADOS
Viabilidad y aceptabilidad de un programa de entrenamiento en resiliencia en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos	Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M	2014	Estados Unidos	ECA	<p>29 enfermeras provenientes del departamento de cuidados intensivos de un hospital</p> <p>No consta información acerca de los años de experiencia profesional de las participantes</p>	<p>Se dividen en dos grupos.</p> <p>En uno de los grupos se lleva a cabo una intervención de carácter multimodal en la que se incluyen varios tratamientos en atención plena.</p> <p>El otro grupo se mantiene a la espera</p> <p>La duración de la intervención es de 12 semanas .Las sesiones tienen duración variable dependiendo del ejercicio que se lleva a cabo en cada una de ellas.</p> <p>Se dan sesiones presenciales y telemáticas.</p> <p>La medición de resultados se lleva a cabo mediante el MBI</p> <p>No se lleva a cabo seguimiento</p>	<p>Grupo experimental:</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=9 Post-intervención: M= 13</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=12 Post-intervención: M=9</p> <p>Realización personal: Pre-intervención: M=11 Post-intervención: M= 37</p> <p>Grupo control:</p> <p>Agotamiento emocional: Pre-intervención: M=10 Post-intervención: M=25</p> <p>Despersonalización: Pre-intervención: M=12 Post-intervención: M=10</p> <p>Realización personal: Pre-intervención: M=11 Post-intervención: M=32</p> <p>Se informa de elevado nivel de satisfacción por parte de las participantes en la intervención</p> <p>27 enfermeras se mantienen hasta el final del estudio</p>

6. DISCUSIÓN

6.1. Efectividad de la intervención

En los estudios de Sarazine et al. (21) y Xie et al. (24) se muestra que las intervenciones en atención plena pueden considerarse efectivas para la reducción del agotamiento emocional a largo plazo. En el estudio de Mealer et al. (25) se observa que se pueden considerar efectivas en este parámetro aunque solo a corto plazo.

En los trabajos de Kopp (19) y de Gauthier et al. (20), a pesar de no darse cambios significativos sobre el agotamiento emocional, se identifica una correlación negativa entre este parámetro y la práctica de atención plena. El estudio de Kopp (19), es destacable en este aspecto, ya que está compuesto por una muestra perteneciente a uno de los ámbitos en que se da mayor vulnerabilidad al desgaste profesional y además, se lleva a cabo durante la primera ola de covid-19 en los Estados Unidos.

En contraposición, se encuentran Blanco et al. (23), Watanabe et al. (22), Montanari et al. (3) cuyos estudios no han aportado ningún tipo de resultado de mejora en cuanto a este parámetro.

Los autores Blanco et al. (23) explican la falta de resultados favorables afirmando que el agotamiento emocional está fuertemente vinculado a las condiciones de trabajo, y que, dado que su intervención no modificó ninguna de ellas, tampoco se vieron cambios en el parámetro. Los autores destacan que es necesario que se produzcan cambios a nivel organizacional porque las intervenciones a nivel estrictamente personal no son suficientemente efectivas.

El contar con el respaldo de dos estudios de la mayor evidencia científica y, además, un estudio cuasiexperimental permite hacerse la idea de que la atención plena puede ser efectiva contra esta dimensión del síndrome. De igual modo, el hallazgo de una correlación negativa entre práctica de atención plena y agotamiento emocional es un punto más a su favor, sobre todo si se da en un contexto altamente favorecedor al desgaste profesional.

No obstante, un estudio de la más alta evidencia y dos estudios cuasiexperimentales muestran resultados que indican lo contrario.

En los trabajos de Xie et al. (24) y Sarazine et al. (21) se observan mejoras en el parámetro de realización personal a largo plazo y en el de Mealer et al. (25) a corto. Gauthier et al. (20) a su vez, exponen que se da una correlación positiva entre la atención plena y la realización personal.

Por el contrario, en los estudios de Watanabe et al. (22), Montanari et al. (3) y Kopp (19) no se observan resultados significativamente favorables sobre esta dimensión.

Al igual que ocurre con el parámetro de agotamiento emocional, se cuenta con el soporte de dos estudios de la mayor evidencia científica y de un estudio cuasiexperimental para poder suponer que la atención plena es efectiva contra esta dimensión del síndrome y, además se añade el hallazgo de una correlación positiva entre práctica de atención plena y realización personal.

De igual modo, aquí también se observan resultados opuestos a esta idea en un estudio de la más elevada evidencia científica y en dos estudios cuasiexperimentales.

Xie et al. (24) destacan entre el resto de autores por ser los únicos que obtienen resultados mejoras en el parámetro de despersonalización a corto plazo. El trabajo de estos autores es de la mayor evidencia científica, no obstante, la evidencia de que la atención plena no parece ser efectiva contra esta dimensión del síndrome tiene mucho más peso.

Delaney (17) y Duarte et al. (7) coinciden en que se da una reducción significativa del desgaste profesional al final de la intervención y en que existe una correlación negativa entre el síndrome de desgaste profesional y la práctica de atención plena.

El instrumento de medición que utilizan estos autores considera al síndrome en su totalidad en lugar de dividirlo en dimensiones. La generalidad de la medición no permite la precisión que se puede obtener con otras herramientas, no obstante, gracias es posible deducir que la atención plena puede ser efectiva contra el desgaste profesional a corto plazo.

El estudio de Magtibay et al. (18) muestra resultados significativos durante el seguimiento final en todos los parámetros evaluados: el agotamiento personal, el agotamiento relacionado con el trabajo y el agotamiento relacionado con la atención al cliente. Esto supone un punto más a favor de la efectividad de la atención plena contra el desgaste profesional a largo plazo.

Por otro lado, en los estudios de Watanabe et al. (22) y Xie et al. (24) es posible comparar la efectividad de una intervención en atención plena con la efectividad de una intervención psicoeducativa. Xie et al. (24) muestran que la atención plena es más efectiva que la psicoeducación y Watanabe et al. (22) reflejan que ambas intervenciones presentan el mismo grado de efectividad.

Ambos trabajos son de la mayor evidencia y presentan características equiparables que permiten la comparación, gracias a ello se puede extraer que no es posible afirmar que la atención plena sea más efectiva que la psicoeducación contra el desgaste profesional en enfermeras pero, que tampoco es menos efectiva.

6.2. Satisfacción de los participantes

A los participantes de los estudios de Delaney et al. (17), Duarte et al.(7), Mealer et al.(25), Blanco et al. (23) y Montanari et al.(3) se la da la oportunidad de dar su opinión sobre la intervención en la que han participado. En todos los casos, los participantes se muestran satisfechos y afirman que les ha resultado de utilidad.

Esto lleva a la suposición de que a las enfermeras les puede resultar interesante y útil llevar a cabo intervenciones en atención plena. No obstante, no se puede afirmar con total certeza ya que, no se cuenta con la opinión de la mayoría de participantes.

6.3. Adherencia de los participantes

En este aspecto son destacables los trabajos de Xie et al. (24) y de Watanabe et al.

Watanabe et al. (22) consiguen el mayor nivel de adherencia por parte de las participantes, a pesar del largo periodo de tiempo que transcurre hasta la fecha del seguimiento final y Xie et al. (24) mantienen un elevado porcentaje de participantes hasta el final de su estudio, a pesar de la necesidad de emplear tiempo de ocio para atender presencialmente la intervención.

De igual modo, Mealer et al. (25) Gauthier et al. (20) , Delaney (17) y Magtibay et al. (18) logran que más de la mitad de las participantes de sus estudios se mantengan hasta que estos se dan por concluidos.

Los estudios de Duarte et al. (7) y Blanco et al. (23) y Sarazine et al. (21) muestran, en cambio, un grado de adherencia bajo, ya que sufren el abandono prematuro de más de la mitad de las participantes

Duarte et al. (7) explican que la razón de tal bajo nivel de adherencia es que muchas participantes no entregan los cuestionarios de evaluación pertinentes, por tanto, no se puede probar que han participado en la intervención.

La atrición en el estudio de Blanco et al. (23) se explica por el movimiento de personal que afecta a las enfermeras organizadoras, que ya no pueden seguir en el proyecto, y también por la demanda de trabajo en los servicios, que imposibilita que muchos participantes sigan.

En más del 50% de los trabajos se observa que más de la mitad de las participantes completan el estudio de principio a fin. Esto lleva a pensar que las enfermeras son capaces de comprometerse seriamente con la práctica de la atención plena en la mayoría de los casos.

6.4. Limitaciones

Los estudios de Watanabe et al. (22), Sarazine et al. (21), Xie et al. (24) y Kopp (19) presentan una vigencia menor a 3 años, siendo el de Kopp (19) el más reciente, mientras que los trabajos de Mealer et al. (25) y Gauthier et al. (20) se llevaron a cabo en 2014.

Estas diferencias hacen que no se pueda afirmar que la información con que se cuenta es incuestionablemente vigente y, por tanto, representativa del contexto actual.

Mealer et al.(24), Kopp (18), Sarazine et al (21), Magtigbay et al. (18), Montanari et al. (3) y Gauthier et al. (20) son autores estadounidenses, Duarte et al. (7) son portugueses, Blanco et al. (23) son españoles, Delaney (17) es británico, Xie et al. (24) son chinos y Watanabe et al. (22) son japoneses.

Las diferencias culturales que existen entre los diferentes países donde se han desarrollado los estudios representan una dificultad a la hora de evaluar los resultados obtenidos. Dada la naturaleza de estos estudios, los resultados no pueden ser puramente objetivos, sino que son irremediabilmente dependientes de la percepción de cada participante.

Watanabe et al. (22), Xie et al. (24) y Mealer et al. (25) presentan estudios clínicos aleatorios, y, a priori, de mayor evidencia. Los estudios cuasiexperimentales de Duarte et al. (7) y Blanco et al. (23), a su vez, presentan mayor evidencia que los de los demás autores ya que, estos basan su método de obtención de resultados en la comparación de grupos en lugar de comparar los parámetros del antes y el después de la intervención.

Los distintos grados de evidencia que se dan en esta revisión no permiten comparar resultados de forma equitativa.

Muchos son los autores que ven el tamaño de la muestra de sus estudios demasiado reducida, así lo reflejan Duarte et al. (7), Mealer et al. (25), Kopp (19), Montanari et al. (3), Sarazine et al. (21), Delaney (17) e, incluso Watanabe et al. (22) y Xie et al. (24) cuyas muestras contienen el número de participantes más alto de esta revisión.

El reducido número de participantes en estos estudios supone que no esté suficientemente justificado considerar la validez de los resultados extraídos más allá del ámbito en que se han llevado a cabo.

Duarte et al. (7) y Delaney (17) llevan a cabo la medición mediante el ProQOL en el cual existe una subescala específica para evaluar el grado de desgaste profesional. Blanco et al. (23) se decantan por la utilización del CDPE. Magtigbay et al. (18) utilizan el CBI. Xie et al. (24), Watanabe et al. (22), Mealer et al. (25), Sarazine et al. (21), Gauthier et al. (20), Montanari et al. (3) y Kopp (19) emplean MBI.

La utilización de diferentes instrumentos de medición supone un gran inconveniente a la hora de valorar adecuadamente los resultados obtenidos ya que, esto no permite hacer comparaciones precisas.

Gauthier et al. (20), Mealer et al. (25) y Xie et al. (24) llevan a cabo su estudio sobre enfermeras que trabajan en unidades de cuidados intensivos (UCI). Duarte et al. (7) y Kopp (19) lo hacen sobre enfermeras que trabajan al cuidado de pacientes oncológicos, Blanco et al. (23) estudian a enfermeras que trabajan en UCI y urgencias y Delaney (17) efectúa su estudio sobre enfermeras provenientes de departamentos diversos. El resto de autores no especifica el puesto en que trabajan las enfermeras que participan en sus estudios.

Montanari et al. (3), Gauthier et al. (20), Watanabe et al. (22) y Blanco et al. (23) llevan a cabo su estudio sobre participantes que llevan menos de 15 años en la profesión mientras que Duarte et al. (7), Kopp (19) y Delaney (17) muestran grupos de enfermeras con igual o más de 15 años de experiencia profesional.

Dado que el síndrome de desgaste profesional está causado por la exposición crónica al estrés y dado que se trata de un trastorno de prevalencia dependiente del lugar en que se desempeña la actividad laboral, la variabilidad que se da en estos dos aspectos no permite que los resultados del conjunto global de estudios puedan considerarse equitativamente.

Xie et al. (24) y Mealer et al. (25) utilizan ejercicios extraídos de diferentes terapias mientras que el resto de autores se ciñen a un único programa o terapia.

Watanabe et al. (22) y Mealer et al. (25) llevan a cabo su intervención durante el transcurso de 3 meses, mientras que Blanco et al. (23), Gauthier et al. (20) y Kopp (19) emplean un periodo de un mes y Sarazine et al. (21) llevan a cabo una intervención de tan solo 4 horas de duración.

Mealer et al. (25) diseñan una intervención compleja que supone un elevado uso de recursos como la implicación de profesionales de la salud mental, el acceso a conferencias y a instalaciones deportivas y la dedicación constante a los participantes. La intervención en el estudio de Kopp (19), por otro lado, tan solo supone la necesidad de otorgar acceso a una plataforma virtual y de ofrecer un breve periodo de instrucción y la intervención en el estudio de Sarazine et al. (21) no supone mayor complejidad que la de dedicar un corto espacio de tiempo a la instrucción y supervisión de los participantes.

Las intervenciones en cada estudio son diferentes en cuanto a tipo de terapia o programa utilizado, en cuanto a duración y en cuanto a complejidad. Esto supone otro grado de dificultad añadido a la hora de valorar la eficacia general de la atención plena en este campo.

Los autores Montanari et al.(3), Mealer et al.(25), Duarte et al.(7), Kopp (19) y Delaney (17) no incluyen evaluaciones de seguimiento en sus estudios. Entre los autores que sí llevan a cabo seguimientos, Watanabe et al. (22) llevan a cabo el último seguimiento después de más de un año de la conclusión de la intervención, Magtibay et al. (18), Sarazine et al.(21), Blanco et al.(23) y Xie et al. (24) llevan a cabo el seguimiento en un periodo comprendido entre 3 y 6 meses y Gauthier et al. (20) efectúan un seguimiento al cabo de un mes.

Las diferencias en estos aspectos hacen imposible averiguar si la atención plena tiene efecto a largo plazo y, dado el caso, en qué momento deja de tenerlo.

En todos los estudios, la extracción de datos se ha llevado a cabo mediante cuestionarios de autoinforme que han rellenado los participantes. Gauthier et al. (20), Duarte et al. (7), Montanari et al. (3) y Sarazine et al. (21) se pronuncian al respecto argumentando que este método ha podido representar sesgos que limitan la validez del estudio.

La imposibilidad de extraer datos puramente objetivos, no permite afirmar que los datos extraídos sean totalmente veraces, aunque, no exista razón alguna para que los participantes no sean sinceros.

6.5. Futuras líneas de investigación

Esta revisión ha fomentado en gran medida, la curiosidad y el interés por el tema planteado. Desafortunadamente, a consecuencia de las limitaciones que la envuelven, no ha sido posible satisfacer la necesidad de respuestas.

Se considera de gran interés averiguar cuál sería el resultado de aplicar una intervención en atención plena con el fin de reducir el nivel de desgaste profesional en un ámbito más concreto y cercano. Por ese motivo se sugiere la posibilidad de llevar a cabo estudios de esta índole sobre muestras de enfermeras en el ámbito local.

7. CONCLUSIÓN

7.1. Efectividad de la atención plena

Debe reconocerse que esta revisión bibliográfica no consigue alcanzar de forma satisfactoria los objetivos planteados.

No puede afirmarse con certeza que la atención plena sea una herramienta efectiva contra el síndrome de desgaste profesional en las enfermeras puesto que la información que aportan los estudios consultados genera excesiva incertidumbre. Se ha dado gran variabilidad, tanto en metodología como en resultados, esto ha supuesto que, en lugar de hallarse respuestas, se hayan formulado nuevas preguntas.

El hecho de que en ciertos estudios se haya logrado reducir el agotamiento emocional, aumentar la realización personal, reducir el agotamiento relacionado con la atención al usuario o atenuar las manifestaciones del síndrome de forma general muestra que la atención plena resulta efectiva para un elevado número de participantes, más no es posible afirmar que sea efectiva para todo tipo de enfermeras en todo tipo de circunstancias.

Como elementos complementarios a la efectividad, puede observarse que las intervenciones en atención plena son deseables para una elevada cantidad de participantes, aunque no se tiene constancia del punto de vista de la mayoría. Igualmente, se puede ver que consiguen que la mayoría de participantes se comprometan a seguirlas de forma seria en ausencia de contratiempos de fuerza mayor.

Por otro lado, coincidiendo con el punto de vista de algunos autores, se puede llegar a la conclusión de que es posible, que el desgaste profesional suponga un impacto demasiado elevado para ser reducido con intervenciones que actúen tan solo a nivel personal. Posiblemente sea necesario que estas sean orientadas desde una visión holística, es decir, que incluyan tanto al individuo como a la institución.

7.2. Conocimientos en atención plena

Se considera que el objetivo ampliar conocimientos en atención plena ha sido alcanzado con éxito ya que, se han descubierto gran variedad de técnicas, programas y terapias que antes se desconocían y se ha expandido la perspectiva con que se partía de base. Puede incluso suponerse, que se han alcanzado la capacidad de llevar a cabo ciertas intervenciones en atención plena de baja complejidad.

7.3. Nivel actual de desgaste profesional en enfermeras

No puede afirmarse que se haya averiguado el nivel de desgaste profesional que afecta a las enfermeras en la actualidad.

Las fuentes consultadas han permitido conocer de manera muy general cuál es el contexto actual, no obstante, el carácter general de esta revisión no ha permitido centrarse en poblaciones concretas.

A esto se añade el hecho de que, a día de hoy, el síndrome de desgaste profesional no sea un diagnóstico como tal. Observando la sencillez con la que este síndrome se puede confundir con un trastorno depresivo, un trastorno por ansiedad o con el estrés laboral, se comprueba la gran dificultad que existe a la hora de obtener datos verídicos y fiables pertenecientes a este trastorno.

7.4. Conclusión general

Como conclusión general se extrae la necesidad de mayor investigación acerca del efecto de la atención plena sobre el desgaste profesional en enfermeras. El número de estudios a los que se ha podido acceder ha sido escaso y, a consecuencia no se ha podido escoger entre un amplio abanico de posibilidades. Un mayor número de opciones, posiblemente, hubiera aumentado la probabilidad de contar con la vigencia, la concreción y la evidencia que las expectativas iniciales perseguían.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. García Campayo J, Demarzo M, Cebolla Martí A. ¿Qué es mindfulness? En: Alvear Morón, David Arguís Rey, Ricardo Cebolla Martí, Ausiàs Cifre León, Ignasi Dermazo, Marcelo García Campayo, Javier Santed Germán, Miguel Ángel Simón Pérez, Vicente Soler Ribaudi J, editor. Mindfulness y Ciencia. Madrid: Alianza Editorial; 2014. P.20-40
2. Pietra A. ¿Quién es Jon Kabat-Zinn?. Wordpress [Internet]. 2017 [consultado 28 Nov 2020]; Disponible en: <https://agustinprieta.wordpress.com/2013/10/10/quien-es-jon-kabat-zinn/>
3. Montanari KM, Bowe CL, Chesak SS, Cutshall SM. Mindfulness: evaluación de la viabilidad de una intervención piloto para reducir el estrés y el agotamiento. J Holist Nurs [Internet]. 2019 Jun 1 [consultado 31 Ene 2021]; 37(2):175 -88.doi: 10.1177/0898010118793465. Epub 2018 Aug 28. PMID: 30152244. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0898010118793465?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed
4. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. Revista de Neuro-Psiquiatría [Internet]. 2016 [consultado 25 Dic 2020]; vol. 79(1), 42.doi: 10.20453/rnp.v79i1.2767. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S003485972016000100006&script=sci_arttext&lng=pt
5. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Muñoz-Sanjosé A, Palao Tarrero A, Bayón Pérez C, Amador Sastre B. Vista de Mindfulness y compasión en el Sistema Nacional de Salud. RIECS [Internet]. 2019 [consultado 20 Feb 2021]; Disponible en: <https://riecs.es/index.php/riecs/article/view/128/171>
6. De Guispert Nuñez A, Espejo Jimenez JC. Mindfulness: Sufrimiento primario y secundario. Mindfulness acción [Internet]. 2020 [consultado 9 Ene 2021]; Disponible en: <https://www.mindfulnessaccion.com/2016/06/mindfulness-sufrimiento-primario-y-secundario/>
7. García Campayo J. ¿Cuál es el origen del mindfulness, cómo se desarrolla en occidente y cuáles son los ámbitos de aplicación?. Javiergarciacampayo [Internet]. 2018 [consultado 28 Nov 2020]; Disponible en: <https://www.javiergarciacampayo.com/2019/01/14/cual-es-el-origen-de-mindfulness-como-se-desarrolla-en-occidente-y-cuales-son-los-ambitos-de-aplicacion/>
8. García Campayo J, Raziol Tobar R. El impacto del mindfulness en el mundo. Researchgate [Internet]. 2017 [consultado 28 Nov 2020]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/320625449_El_Impacto_de_mindfulness_en_el_mundo
9. Martínez Y. ¿Qué cambia en nuestro cerebro con la práctica de Mindfulness? [Internet]. Hablemos de neurociencia. 2016 [consultado 2021 Ene 5]; Disponible en: <https://hablemosdeneurociencia.com/mindfulnessque-cambia-cerebro-entrenamiento/>
10. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Efectividad de una intervención basada en la atención plena sobre los síntomas de fatiga por compasión y agotamiento de las enfermeras de oncología: un estudio no aleatorio. Int J Nurs Stud [Internet]. 2016 Dec 1 [consultado 10 Ene 2021]; 64:98-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002. Epub 2016 Oct 8. PMID: 27744228. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748916301821?via%3Dihub>
11. Martín García C. Guía básica para practicar mindfulness. CuidatePlus [Internet]. 2016 [consultado 7 Ene 2021]; Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/ejercicio-fisico/2016/08/31/guia-basica-practicar-mindfulness-114211.html>

12. Tovar R. Estadísticas de Mindfulness ¿Cuántas personas lo practican? Mindful Academy [Internet]. 2020 [consultado 29 Nov 2020]; Disponible en: <https://mindfulacademy.com.mx/estadisticas-de-mindfulness/>
13. Las mejores universidades apuestan por el Mindfulness contra el estrés. Psicología y mente [Internet]. 2020 [consultado 29 Nov 2020]; Disponible en: <https://psicologiymente.com/meditacion/universidades-mindfulness-contra-estres>
14. Barbado J. El “mindfulness” llama a la puerta de la sanidad. Revista Médica [Internet]. 2015 [consultado 2 Dic 2020]; Disponible en: <https://www.rmedica.es/edicion/265/el-mindfulness-llama-a-la-puerta-de-la-sanidad>
15. Los 8 mejores Máster (y Postgrados) en Mindfulness. Una selección de la mejor formación en esta disciplina en auge. Psicología y mente [Internet]. 2020 [consultado 7 Ene 2021]; Disponible en: <https://psicologiymente.com/meditacion/masters-posgrados-mindfulness>
16. Aemind-Asociación Española de Mindfulness y Compasión [Internet]. 2020 [consultado 7 Ene 2021]; Disponible en: <http://www.aemind.es/>
17. Delaney MC. Cuidando a los cuidadores: Evaluación del efecto de un programa piloto de capacitación de autocompasión consciente (MSC) de ocho semanas sobre la fatiga por compasión y la resiliencia de las enfermeras. PLoS One [Internet]. 2018 Nov 1[consultado 31 Ene 2021]; 13(11):e0207261. doi: 10.1371/journal.pone.0207261. PMID: 30462717; PMCID: PMC6248952. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6248952/>
18. Magtibay DL, Chesak SS, Coughlin K, Sood A. Disminución del estrés y el agotamiento en enfermeras: eficacia del aprendizaje combinado con el programa de capacitación en gestión del estrés y resiliencia. J Nurs Adm. [Internet]. 2017 Jul/Aug [consultado 31 Ene 2021]; 47(7-8):391-395. doi: 10.1097/NNA.0000000000000501. PMID: 28727625. Disponible en: https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2017/07000/Decreasing_Stress_and_Burnout_in_Nurses_Efficacy.9.aspx
19. Kopp EA. Eficacia de una intervención basada en la atención plena para reducir el desgaste y aumentar la resiliencia en enfermeras tituladas que atienden a pacientes con neoplasias hematológicas. Diss Abstr Int Sect B Sci Eng [Internet]. 2020 [consultado 31 Ene 2021]; 82(1-B). Disponible en: <https://www.epistemonikos.org/en/documents/d51f04b617a8800d0b81c8317ced797d42ee54f0>
20. Gauthier T, Meyer RML, Grefe D, Gold JI. Una intervención basada en la atención plena en el trabajo para enfermeras de UCI pediátricas: un piloto. J Pediatr Nurs [Internet]. 2015 [consultado 31 Ene 2021]; 30(2):402-9. doi: 10.1016/j.pedn.2014.10.005. Epub 2014 Oct 20. PMID: 25450445. Disponible en: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(14\)00272-3/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(14)00272-3/fulltext)
21. Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R. Efectos de los talleres de Mindfulness en el agotamiento, el estrés y las habilidades de Mindfulness de las enfermeras. Holist Nurs Pract [Internet]. 2020 [consultado 31 Ene 2021]; 35(1):10-18. doi: 10.1097 / HNP.0000000000000378. Disponible en: https://journals.lww.com/hnpjjournal/Fulltext/2021/01000/Mindfulness_Workshops_Effects_on_Nurses_Burnout..3.aspx
22. Watanabe N, Horikoshi M, Shinmei I, Oe Y, Narisawa T, Kumachi M, et al. Breve programa de manejo del estrés basado en la atención plena para un mejor estado mental en las poblaciones trabajadoras. Happy Nurse Project: Un ensayo controlado aleatorio. J Affect Disord [Internet]. 2019 May 15 [consultado 31 Ene 2021]; 251:186-194. doi: 10.1016/j.jad.2019.03.067. Epub 2019 Mar 22. PMID: 30927579. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032718327794?via%3Dihub>

23. Blanco Donoso, LM. García Rubio, C. Moreno Jimenez, B. pintam NLR. Moraleda Aldea, S. Garrosa, E. Intervención breve basada en ACT y mindfulness: estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *Int J Psychol Psychol Ther* [Internet]. 2017 [consultado 31 Ene 2021]; 17(1) 57-73. Disponible en: <https://www.ijpsy.com/volumen17/num1/457/intervencion-breve-basada-en-act-y-mindfulness-ES.pdf>
24. Xie, C., Zeng, Y., Lv, Y., Li, X., Xiao, J. y Hu, X. Intervención educativa versus intervención basada en mindfulness para enfermeras de UCI con agotamiento ocupacional: un ensayo controlado paralelo. *Complement Ther Med* [Internet]. 2020 [consultado 31 Ene 2021]; 52. doi: 10.1016/j.ctim.2020.102485. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-02182686/full>
25. Mealer M, Conrad D, Evans J, Jooste K, Solyntjes J, Rothbaum B, Moss M. Viabilidad y aceptabilidad de un programa de entrenamiento en resiliencia en enfermeras de una unidad de cuidados intensivos. *Am J Crit Care* [Internet]. 2014 Nov [consultado 31 Ene 2021]; 23(6):e97-105. doi: 10.4037/ajcc.2014747. Erratum in: *Am J Crit Care*. 2016 Mar; 25(2):172. PMID: 25362680. Disponible en: <https://aacnjournals.org/ajcconline/article/23/6/e97/4006/Feasibility-and-Acceptability-of-a-Resilience>
26. Grupo de trabajo CRAI UB. El modelo de Selye. *Psicología ambiental* [Internet]. 2020 [consultado 31 Ene 2021]; Disponible en: http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/unidad-4-tema-8-2-1
27. Blasco Muñoz S, María J, Valdés R, Llorens AC. Análisis del burnout entre distintos niveles sanitarios [tesis doctoral]. Elche: Universidad Miguel Hernandez; 2016 [consultado 19 Dic 2020]. Disponible en: <http://193.147.134.18/bitstream/11000/3117/1/Blasco%20Mu%C3%B1oz%2C%20Soledad%20TFM.pdf>
28. Ramírez Baena L. Prevalencia de burnout e identificación de grupos de riesgo en el personal de enfermería del Servicio Andaluz de Salud [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada; 2019 [consultado 19 Dic 2020]; Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/55980>
29. Portero De la cruz S. Estrés laboral, burnout, satisfacción, afrontamiento y salud general del personal sanitario de urgencias [tesis doctoral]. Córdoba. Universidad de Córdoba; 2019 [consultado 21 Feb 2021]; Disponible en: <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/18579/2019000001929.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Gutierrez GA, Axayacatl G, Aceves G, Ángel M, López C, Moreno Jiménez S, et al. Síndrome de burnout Tema selecto. *Medigraphic en línea* [Internet]. 2006 [consultado 21 Dic 2020]; Vol. 11, Arch Neurocién (Mex). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2006/ane064m.pdf>
31. Gil-Monte P. (PDF) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. *Researchgate* [Internet]. 2005 [consultado 22 Dic 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263278349_El_sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_burnout_una_perspectiva_historica
32. AFP. La OMS incluye por primera vez el “síndrome del trabajador quemado” en su lista de enfermedades. *Bienestar. El mundo* [Internet]. 2019 [consultado 23 Dic 2020]; Disponible en: <https://www.elmundo.es/vida-sana/bienestar/2019/05/28/5cecec45fc6c83d0578b4641.html>
33. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Revisión bibliográfica del síndrome de burnout. *Resumen. Scielo* [Internet]. 2015 [consultado 9 Ene 2021]; 32(1). Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>

34. La sanidad española defiende el “burnout” como enfermedad. Consalud [Internet]. 2019 [consultado 9 Ene 2021]. Disponible en: https://www.consalud.es/pacientes/que-opina-sanidad-espanola-incorporacion-burnout-enfermedad_64443_102.html
35. Castro Hermida ME. Sintomatología clínica asociada al Burnout en la empresa Comercial Salvador Pacheco Mora S.A. [tesis de grado] Cuenca, Ecuador: Universidad de Azuay; 2020 [consultado 19 Dic 2020]; Disponible en: <http://201.159.222.99/bitstream/datos/9673/1/15304.pdf>
36. Gil-Monte P. CESQT-Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Researchgate [Internet]. 2011 [consultado 23 Dic 2020]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/263276331_CESQT_Cuestionario_para_la_Evaluacion_del_Sindrome_de_Quemarse_por_el_Trabajo_Manual
37. Moreno B, Garrosa E, González JL. El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. Arch Prev Riesgos Labor [Internet]. 2000 [consultado 31 Ene 2021];3(1):18-28. Disponible en: https://archivosdeprevencion.eu/view_document.php?tpd=2&i=1023
38. Yuki Yamada, Dominik-Borna Ćepulić, Tao Coll-Martín, Stéphane Debove, Guillaume Gautreau, Hyemin Han, Jesper Rasmussen, Thao P. Tran GAT. Conjunto de datos de la encuesta global de COVIDSTRESS sobre consecuencias psicológicas y conductuales del brote de COVID - 19. Researchgate [Internet]. 2020 [consultado 28 Dic 2020]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/341841911_COVIDiSTRESS_Global_Survey_dataset_on_psychological_and_behavioural_consequences_of_the_COVID-19_outbreak
39. Síndrome de Burnout: qué es y cómo prevenirlo. Cigna [Internet]. 2020 [consultado 28 Dic 2020]; Disponible en: <https://www.cignasalud.es/biblioteca-de-salud/sindrome-de-burnout-que-es-y-como-prevenirlo>
40. Organización mundial de la salud .La COVID-19 interrumpe los servicios de salud mental en la mayoría de los países, encuesta de la OMS [Internet]. 2020 [consultado 28 Dic 2020]; Disponible en: <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
41. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalencia de estrés, depresión, ansiedad y trastornos del sueño entre enfermeras durante la pandemia de COVID-19: revisión sistemática y metanálisis. J Psychosom Res [Internet]. 2021 Feb [consultado 02 Mar 2021]; 141:110343. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110343. Epub 2020 Dec 17. PMID: 33360329; PMCID: PMC7831768.Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399920309053?via%3Dihub>
42. El Covid reduce la satisfacción de ser enfermera. Revista Médica [Internet]. 2020 [consultado 20 Feb 2021]; Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/covid-una-cada-4-enfermeras-completamente-agotada-infeliz-3819>
43. Organización mundial de la salud. La OMS y sus asociados hacen un llamamiento urgente para que se invierta en el personal de enfermería [Internet]. 2020 [consultado 10 Ene 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-04-2020-who-and-partners-call-for-urgent-investment-in-nurses>

44. Zuñil M. De los aplausos a los insultos: aumentan las agresiones a sanitarios en la segunda ola. El confidencial [Internet]. 2020 [consultado 13 Ene 2021]; Disponible en: https://www.elconfidencial.com/espana/2020-10-04/pandemia-agresiones-sanitarios-aumentan-segunda-ola_2773220/
45. Tratar la depresión y la ansiedad es muy rentable, según un estudio de la OMS. Noticias de enfermería y salud. Diario enfermero [Internet]. 2016 [consultado 13 Ene 2021]; Disponible en: <https://diarioenfermero.es/tratar-la-depresion-y-la-ansiedad-es-muy-rentable-segun-un-estudio-de-la-oms/>
46. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe) [Internet]. 2020 [Consultado 5 Mar 2021]; Disponible en: <http://www.redcaspe.org/>

ANEXOS

ANEXO 1: Instrucciones para la práctica de ejercicios de atención plena

A continuación se describen los pasos básicos para llevar a cabo distintos ejercicios extraídos de las intervenciones que se han llevado a cabo en los estudios que forman parte de esta revisión.

Figura 16: Ejercicios formales de atención plena. Fuente: Elaboración propia

MEDITACIÓN FORMAL
Meditación en bondad amorosa
<ul style="list-style-type: none">• Escoja un lugar tranquilo y adopte una posición cómoda (puede estar sentado o acostado)• Cierre los ojos y respire profundamente. Lleve su atención a las sensaciones que provoca el aire entrando y saliendo de su cuerpo. Inspire y espire profundamente unas cuantas veces hasta que consiga sentirse en calma y relajado.• Visualice la imagen de alguien que lo ama incondicionalmente, ese alguien puede ser cualquiera, incluso puede ser alguien a quien no conozca o que no exista físicamente.• No cuestione ese amor, siéntalo. Siéntase merecedor de ese amor. Lleve su atención a esa sensación. Ese ser le ama, lo protege, no lo juzga y lo acepta.• Imagine que usted mismo es ese ser. Sienta ese amor. Sienta que usted a sí mismo se ama, se protege, no se juzga y se acepta.• Puede utilizar estos "mantras" para potenciar esa sensación: "Puedo sentirme seguro y protegido, libre de todo daño interno", " Puedo ser feliz", "Puedo estar en paz"• Puede llevar el ejercicio a un nivel más avanzado mediante la visualización del amor que le inspiran otras personas. Sienta su amor por esos seres. Sienta que los ama, los protege, no los juzga y los acepta.
Disponible en: https://www.letraskairos.com/mindfulness/una-meditacin-guiada-sobre-la-bondad-amorosa-por-jon-kabat-zinn

Escaneo corporal

- escoja un lugar tranquilo y adopte una posición cómoda (es recomendable que esté acostado)
- Cierre los ojos y respire profundamente hasta que se sienta completamente en calma
- Lleve la atención a cada una de las partes de su cuerpo. Puede ayudarse de pequeños movimientos y contracciones musculares para tomar conciencia con mayor facilidad. Intente visualizar cada miembro de su cuerpo. Pregúntese si nota presión, frío, calor, si siente picor, si la ropa que lo envuelve le aporta suavidad, si lo comprime...
- Comience por uno de sus pies. Sienta sus dedos, sienta la planta de su pie, sienta su talón y su empeine. Vaya subiendo por el resto de su pierna, sintiendo, en este orden, el tobillo, la espinilla y el gemelo, la rodilla, el muslo, la ingle y la cadera
- Lleve la atención a su otro pie. Sienta sus dedos, sienta la planta de su pie, sienta su talón y su empeine. Vaya subiendo por el resto de su pierna, sintiendo, en este orden, el tobillo, la espinilla y el gemelo, la rodilla, el muslo, la ingle y la cadera
- Lleve su atención a la parte pélvica, sienta sus caderas, sus nalgas y sus genitales.
- Seguidamente, lleve la atención a la parte baja de la espalda, al abdomen.
- Fijese en la parte alta de la espalda, en el pecho y en las costillas. Concéntrese en sentir el latido de su corazón. Concéntrese en sentir cómo se expanden los pulmones en cada inspiración y se retraen en cada espiración.
- Lleve su atención a los omóplatos, a las clavículas y a los hombros.
- Lleve su atención a dedos de una de sus manos, sienta la palma, la muñeca, el antebrazo, el codo, la parte superior de los brazos, la axila y el hombro
- Lleve la atención a los dedos de su otra mano, sienta la palma, la muñeca, el antebrazo, el codo, la parte superior de los brazos, la axila y el hombro
- Sienta su cuello, su garganta, su nuca.
- Visualice su cara, sus mejillas, sus labios, sus cejas, su nariz, su frente, pregúntese qué siente en su cara.
- Por último, observe que siente en su cuero cabelludo. Visualice su pelo, pregúntese qué sensación le aporta.
- Coja aire profundamente y expúlselo despacio, repita el proceso unas cuantas veces.
- Abra los ojos despacio y prepárese para incorporarse o levantarse de la silla.
- Cuando vaya a incorporarse hágalo lentamente y sin movimientos bruscos.

Disponible en: <https://psicologiaymente.com/meditacion/escaneo-corporal-tecnica-relajacion>

Meditación compasiva

- Escoja un lugar tranquilo y adopte una posición cómoda (si se encuentra sentado, dirija la barbilla hacia su pecho)
- Lleve la atención a su respiración, visualice y sienta el aire entrando y saliendo de su cuerpo
- Identifique en qué área de su vida experimenta algún tipo de emoción negativa(miedo, tristeza, ira...)
- Concéntrese solamente en una emoción, siéntala desde este espacio controlado.
- Si en algún momento le desborda el miedo a perder el control, abandone la práctica por el momento.
- Pregúntese qué le está diciendo esa emoción, cuál es su origen verdadero, cómo puede ser aliviada
- Una vez identificados estos puntos, lleve la atención a su corazón.
- Visualice el malestar que le produce esa emoción desvaneciéndose gracias al calor que irradia su corazón.
- Lleve la atención a su respiración, visualice que con cada respiración el malestar llega hasta su corazón y allí se desvanece.
- Pronuncie estos mantras para sí mismo o en voz alta: "Que yo pueda ser feliz."
- "Que yo pueda liberarme de las causas del sufrimiento."
- "Que yo pueda sentirme a salvo y seguro."
- "Que mi dolor se pueda transformar en sabiduría."
- No busque esquivar el malestar, busque verlo y sentirlo, para poder entenderlo y así, permitir que se vaya
- Puede llevar este ejercicio a otro nivel en el que en lugar de centrarse en su malestar, se centra en el malestar de otro ser y, de igual modo usted hace que se desvanezca con el calor de su corazón.

Disponible en: https://www.cuerpomente.com/salud-natural/mente/meditacion-compasiva-vencer-malestar_2615

Figura 17: Ejercicios informales de atención plena. Fuente: Elaboración propia

MEDITACIÓN INFORMAL

Ejercicio de la pasa

- Para hacer este ejercicio puede utilizarse una pasa o cualquier otro alimento.
- Sostenga la pasa sobre su mano y obsérvela, fíjese en su color, su forma, su textura, sus pliegues, su brillo a la luz, su ligereza.
- Identifique los pensamientos que llegan a su mente mientras observa la pasa, no juzgue, sea consciente de ellos y déjelos ir.
- Huela la pasa
- Acérquela a la boca, sienta su textura en los labios, observe que está salivando, huela de nuevo.
- Introduzca la pasa en su boca, sienta su peso sobre la lengua, mastique despacio, sienta como la pasa se desplaza de un lado a otro de su boca.
- Saboree la pasa, identifique el sabor dulce, agrio, amargo, identifique sus matices.
- Observe cómo se dirige al interior de su boca y como pasa por su garganta hacia su esófago.
- Aprecie el sabor que queda en su boca.

Disponible en: <https://mindfulnessartes.org/2016/12/11/meditacion-de-la-uva-pasa/>

Escritura expresiva

- Escoja un lugar donde pueda estar a solas, donde nada pueda interrumpirle y se sienta seguro y cómodo.
- Escriba sobre eso que le preocupa, sobre eso que le hace daño, sobre sus miedos, sus frustraciones, sus sentimientos heridos, sus inseguridades, su incertidumbre, su desesperación.
- Tome conciencia del contenido de su mente, de lo que este le hace sentir y llévelo hasta el papel.
- Gracias a la escritura va a poder observar de forma clara aquello que está en su cerebro.
- Escriba durante todo el tiempo que necesite
- No se preocupe por la ortografía, la gramática o la belleza de su escritura.
- Lea lo que escribe, sea consciente de lo que ocurre en su mente, trate de aceptarlo, sin juzgar, intente entenderlo tal y como es..
- Cuando finalice, puede guardar lo que ha escrito o deshacerse de ello, aunque, es recomendable que lo guarde para poder consultarlo en un futuro.
- Lleve a cabo este ejercicio especialmente, si siente una emoción negativa que lo desborda, si desea tomar control de sus impulsos o si necesita tomar decisiones y no se decanta por ninguna opción.

Disponible en: <https://www.uoc.edu/portal/es/news/actualitat/2018/134-escritura-expresiva.html>

Meditación caminando

- Puede llevar a cabo este ejercicio cada vez que se desplace de un lugar a otro.
- Observe lo que le rodea: si camina por la ciudad fíjese en los edificios, los coches, las personas, las calles, las señales de tráfico...
- Sienta cómo se contraen y relajan los músculos de sus piernas con cada paso, sienta los desniveles del suelo que pisa y la sensación que aportan a sus pies los zapatos que lleva.
- Sienta el aire movilizándose en torno a usted con cada movimiento que hace, puede notar si es frío, si es cálido, si transporta algún olor.
- Escuche los sonidos a su alrededor: las voces de la gente, los pitidos y los motores en marcha de los coches, música proveniente de algún establecimiento, el ruido que hacen sus propios pies sobre el suelo, el sonido de su respiración.
- Cuando algún elemento del entorno le traiga algún recuerdo, observe ese pensamiento, acéptelo y déjelo marchar.
- Puede ayudarle el imaginar que sus pensamientos son maletas que viajan sobre una cinta transportadora y que usted las está viendo llegar y marcharse.

Disponible en: <https://intimind.es/como-practicar-meditacion-caminando/>

ANEXO 2: Herramientas de medición del desgaste profesional

A continuación se muestra el contenido de los instrumentos que han utilizados los autores estudiados, para determinar el desgaste profesional. En primer lugar se señalan las preguntas que forman el Inventario de desgaste profesional de Maslach, en segundo lugar se muestran las cuestiones incluidas en el inventario de Copenhague, seguidamente se cita la pregunta referente al desgaste profesional en el cuestionario de calidad de vida profesional y, para finalizar, se muestran las preguntas del cuestionario de desgaste profesional de enfermería:

Figura 18: Inventario de desgaste profesional de Maslach. Fuente: Elaboración propia

INVENTARIO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH

1. Me siento emocionalmente defraudado con mi trabajo
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado
4. Siento que puedo comunicarme fácilmente con las personas con que tengo que relacionarme en el trabajo
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender
8. Siento que mi trabajo me está desgastando
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo
10. Siento que me he hecho más duro con la gente
11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo
13. Me siento frustrado por el trabajo
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas

Disponible en : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000400005

Figura 19: Inventario de desgaste profesional de Copenhague. Fuente: Elaboración propia

INVENTARIO DE DESGASTE PROFESIONAL DE COPENHAGUE	
DESGASTE PERSONAL	
1.	¿Con qué frecuencia te sientes cansado?
2.	¿Con qué frecuencia piensas que no puedes más?
3.	¿Con qué frecuencia te sientes débil y susceptible de enfermarse?
4.	¿Con qué frecuencia estás físicamente agotado?
5.	¿Con qué frecuencia te encuentras agotado?
6.	¿Con qué frecuencia estás psicológicamente agotado?
DESGASTE RELACIONADO CON EL TRABAJO	
1.	¿Te sientes agotado al final de tu jornada laboral?
2.	¿Por la mañana te agota pensar en otro día de trabajo?
3.	¿Sientes que cada hora de trabajo es agotadora?
4.	¿Tienes suficiente energía para la familia y los amigos durante el tiempo libre?
5.	¿Te sientes quemado por tu trabajo?
6.	¿Te sientes frustrado por tu trabajo?
7.	¿Tu trabajo es emocionalmente agotador?
DESGASTE RELACIONADO CON LA ATENCIÓN AL CLIENTE	
1.	¿Estás cansado de trabajar con clientes o usuarios?
2.	¿A veces te preguntas cuánto tiempo podrás continuar trabajando con clientes o usuarios?
3.	¿Es duro trabajar con clientes o usuarios?
4.	¿Sientes que das más de lo que recibes cuando trabajas con clientes o usuarios?
5.	¿Es frustrante trabajar con clientes o usuarios?
6.	¿Trabajar con clientes o usuarios consume tu energía?
Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000200006	

Figura 20: Cuestionario de calidad de vida profesional. Fuente: Elaboración propia

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PROFESIONAL

1. Estoy preocupado/a por la persona a quién ayudo
2. Soy feliz
3. Alcanzo satisfacción de poder ayudar a otra persona
4. Me siento conectado/a a los demás
5. Me asusto por ruidos inesperados
6. Me siento más vigoroso/a después de trabajar ayudando a la gente
7. Encuentro dificultades a la hora de separar mi vida personal de mi rol de cuidador/a
8. Soy menos productivo/a en mi trabajo porque tengo problemas para dormir derivados de los traumas secundarios que experimento por ayudar a otra persona
9. Creo que los traumas de la persona a quien ayudo me están afectando
10. Me siento atrapado/a por mi trabajo de cuidador/a
11. A causa de mi rol de cuidador/a, me he visto al límite en varias razones
12. Me gusta mi trabajo de cuidador/a
13. Me siento deprimido/a a causa de las experiencias traumáticas de las personas a mi cuidado
14. Siento que estoy experimentando el trauma de alguna persona a la que he cuidado.
15. Tengo creencias que me amparan
16. Estoy satisfecho/a con la forma en que me manejo con las técnicas y los protocolos
17. Soy la persona que siempre quise ser
18. Mi trabajo me hace sentir satisfecho/a
19. Me siento agotado/a a causa de mi rol de cuidador
20. Tengo pensamientos positivos en cuanto a aquellos a quienes ayudo
21. Me veo sobrepasado/a porque mi trabajo parece no tener fin
22. Creo que puedo destacar a través del trabajo que hago.
23. Evito ciertas actividades y situaciones que me puedan recordar a malas experiencias de las personas que cuido
24. Estoy orgulloso/a de lo que soy capaz de hacer para ayudar a la gente
25. A causa de mi rol de cuidador/a tengo pensamientos intrusivos aterradores
26. Me siento atascado/a en el sistema
27. Pienso que soy un exitoso/a cuidador/a
28. No puedo recordar importantes partes del trabajo ejercido hacia víctimas traumáticas.
29. Soy una persona que se preocupa por los demás
30. Estoy contento/a de haber elegido hacer este trabajo

Disponible en: https://proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf

Figura 21: Cuestionario de desgaste profesional de enfermería. Fuente: Elaboración propia

CUESTIONARIO DE DESGASTE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

1. De cara a los pacientes el médico es el protagonista, los/as enfermeros/as están totalmente subordinados a ellos.
2. A los/as enfermeros/as se nos considera como subordinados del médico, sin autonomía o responsabilidad.
3. Los/as enfermeros/as que tenemos tareas distintas dentro de mi planta nos llevamos mal.
4. La gente de mi servicio se esfuerza en ayudar a los recién contratados para que estén a gusto.
5. Los detalles para la elaboración de las tareas no se dan o se dan de una manera vaga.
6. Los supervisores animan a los/as enfermeros/as para tener confianza en sí mismos cuando surgen problemas.
7. Me aburre la rutina diaria.
8. Los médicos no tienen en cuenta nuestras opiniones respecto al paciente.
9. La monotonía de mis tareas como enfermero/a me causa apatía por este trabajo.
10. Mis superiores no me dan ninguna información sobre si he hecho el trabajo bien o mal.
11. Sólo recibo alguna comunicación sobre el desarrollo de mi trabajo cuando hago algo mal.
12. El ambiente en mi servicio es bastante impersonal..
13. Puedo contar los problemas personales a mis compañeros.
14. En este trabajo siempre te critican, nunca te reconocen lo que haces
15. Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez.
16. El equipo técnico para poder realizar mi trabajo es insuficiente.
17. Las condiciones físicas de mi lugar de trabajo son insuficientes para la realización del mismo.
18. Creo que la planificación que me dan sobre el trabajo es clara.
19. La gente de mi servicio cada uno va por su lado.
20. Me he sentido agobiado/a por mi trabajo debido a la escasez de personal.
21. Siento una sobrecarga en mi trabajo debido a la escasez de personal.
22. Cuando un enfermero/a comete un fallo, las críticas se generalizan a todos nosotros.
23. A mis superiores no les importas nada, ni tú mismo ni el trabajo que realizas.
24. Los supervisores sólo muestran interés por lo que nos pasa cuando les afecta directamente a ellos.
25. Las relaciones con mi supervisor sólo son de tipo profesional.
26. Los pacientes y/o familiares te piden cosas como si las tuvieras que hacer por obligación.
27. Cuando surge algún contratiempo o error en el tratamiento del paciente, éste y/o sus familiares nos culpabilizan de ello.
28. Cuando un enfermero/a comete un fallo, las críticas se generalizan a todo lo que realizamos.
29. Me afectan las complicaciones en el cambio de salud de los pacientes.
30. Me afecta no tener medios suficientes para dar a los pacientes (terminales) buena calidad de vida.
31. Me duele que los pacientes no reciban visitas de sus familiares.
32. Me afecta ver como un familiar del paciente sufre por esto.
33. La información de cómo llevar a cabo mi trabajo, por parte de mis superiores es poco clara.
34. Tengo trabajo en exceso debido a la calidad de mis pacientes
35. Las órdenes que se me dan son vagas y ambiguas.
36. Las órdenes que me dan mis superiores son poco sistemáticas.
37. Me afecta ver morir a un paciente con el que he pasado el proceso de la enfermedad.
38. Mis superiores reconocen que me esfuerzo en el trabajo. Se me felicita por la buena realización de mi trabajo.
39. Creo que en mi planta no existe el trabajo en equipo.
40. Las interrupciones e imprevistos en mi trabajo están a la orden del día.
41. El trabajo diario exige demasiada responsabilidad.
42. Me afecta aplicar tratamiento dolorosos..
43. No se valora el trabajo que realizamos.
44. A lo largo del día tengo que hacer tareas que no son de mi competencia.
45. Continuamente tengo interrupciones en mi trabajo.
46. Los médicos no te dan apoyo de verdad, temen que les quites el protagonismo
47. Los médicos se dirigen a mí en tono autoritario.
48. En mi trabajo no existen suficientes descansos.
49. Tengo que atender a demasiados pacientes.
50. Los médicos nos echan las culpas de sus propios errores.
51. Los pacientes/familiares nos culpan de lo que les pasa.
52. Me falta tiempo para acabar mi trabajo
53. Creo que una jornada de trabajo no da de sí para cumplir con todo mi trabajo diario.
54. Los pacientes y/o familiares te tratan como si fueras su enfermero/a particular.
55. Considero que las tareas que se me asignan están bien planificadas
56. Me afecta bastante la muerte de un paciente joven
57. Me afecta el cuidado de un paciente en condiciones críticas o terminales.

58. Creo que las tareas que realizo con monótonas.
59. Creo que las tareas que realizo son repetitivas.
60. Recibo más órdenes de los supervisores que apoyo.
61. Me agobia el realizar tantas tareas a la vez.
62. Nadie me considera, me siento como "un/a criado/a para todo".
63. Siento que no influyo de manera positiva en la vida de otras personas.
64. Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes.
65. Voy al trabajo cansado/a y vuelvo de él cansado/a, me cuesta ir a trabajar.
66. Al final de la jornada laboral estoy agotado/a.
67. A veces pienso que los pacientes no merecen el esfuerzo que les dedico.
68. Necesito un cambio, me siento desmotivado por el trabajo diario.
69. Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos.
70. Muchas veces me siento agotado/a física y mentalmente.
71. Estoy harto/a de esforzarme en dar mi opinión y que no me escuchen.
72. Intento despersonalizar al máximo el trato con los familiares de los pacientes, y si puedo evito el contacto.
73. Respetto a mis pacientes, no me implico en sus problemas; es como si no existieran.
74. Trato a mis pacientes de forma diferente según la conducta de los mismos.
75. Me siento escéptico/a ante los problemas de mis pacientes.
76. No hay que implicarse, la culpa de que el paciente esté en el hospital no es mía.
77. A veces me siento cansado/a, sin ganas de hacer nada o de esforzarme.
78. Me siento quemado/a con mi trabajo.
79. Siento que me alejo emocionalmente de mi trabajo.
80. Creo que me he endurecido con el trato de los pacientes.
81. Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta.
82. Estoy deseando que llegue la hora de salida.
83. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.
84. Siento que mi trabajo no sirve para nada.
85. La muerte de un paciente no me afecta emocionalmente.
86. Siento que mi autoestima está por los suelos.
87. Me desborda el trabajo, parece que no voy a dar más de sí.
88. Me siento quemado/a después de un día de trabajo.
89. Haces lo justo para que la persona esté atendida.
90. Me siento inútil.
91. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo.
92. Tengo una gran curiosidad por lo novedoso tanto a nivel personal como profesional.
93. Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él.
94. Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos.
95. Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy.
96. Aunque me esfuerce no se consigue nada.
97. Mis propias ilusiones son las que hacen que siga adelante con la realización de mi actividad.
98. Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo.
99. Aun cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva.
100. En mi trabajo profesional me atraen aquellas tareas y situaciones que implican un desafío personal.
101. No importa lo que me empeñe, a pesar de mis esfuerzos no suelo conseguir nada.
102. La mejor manera que tengo de alcanzar mis propias metas es implicándome a fondo.
103. A menudo trabajo duro, pues es la mejor manera para alcanzar mis propias metas.
104. La mayoría de las veces mis jefes o superiores toman en consideración lo que yo tenga que decir.
105. No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, cualquier forma, el resultado es el mismo.
106. Siento que si alguien trata de herirme poco puedo hacer para intentar pararle.
107. En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano.
108. En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos.
109. La mayoría de las veces no merece la pena que me esfuerce ya que haga lo que las cosas nunca me salen.
110. Aunque hagas un buen trabajo jamás alcanzarás las metas.
111. Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo.
112. Ante una situación conflictiva me mantengo firme y peleo por lo que quiero.
113. Ante un problema intento olvidarme de todo.
114. Manifiesto mi enfado a las personas responsables del problema.
115. Si un problema me atañe personalmente tomo decisiones comprometidas.
116. Cuando tengo problemas suelo buscar a alguien a quien poder contarlos.
117. Cuando tengo problemas procuro no quedarme parado/a sino actuar.
118. Dejo los problemas de lado tratando de tomar perspectivas de la situación.
119. Cuando tengo dificultades le cuento a alguien cómo me siento.

120. Cuando estoy en dificultades acepto la simpatía y comprensión de alguna persona..
121. Ante situaciones problemáticas, sigo adelante como si no hubiera pasado nada.
122. Cuando me enfrento a un problema rehúso pensar en él durante mucho tiempo.
123. Algunas veces, tengo ganas de cambiar de profesión.
124. Me gustaría dejar la profesión por un tiempo o cambiar a otros servicios.
125. Mi trabajo me vuelve irritable con la familia
126. Mi trabajo me impone una vida familiar restringida.
127. Algunas veces, he tenido pensamientos de abandono de mi trabajo.
128. No me ilusiona tanto el trabajo como antes.
129. Evito implicarme en trabajos que no me atraen directamente
130. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.
131. Cuanto más tiempo pasa me implico menos, hago mi trabajo pero hay cosas que podría hacer y no hago
132. Algunas veces tengo ganas de tirar la toalla.
133. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.
134. He tenido deseos de abandonar la profesión.
135. A veces, siento indiferencia ante trabajos que no se han realizado correctamente.
136. Mi trabajo hace que tenga que dejar de lado otras actividades.
137. Cuanto más tiempo pasa, mi interés por el trabajo disminuye.
138. Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión.
139. Noto que ya no me implico en el trabajo como antes.
140. Cuanto menos hagas, mejor: se te reconoce lo mismo.
141. Mi profesión está afectando negativamente mis relaciones
142. Mi trabajo hace que mi actividad social sea menor.
143. Algunas veces, te da igual que los pacientes estén mejor o peor atendidos.
144. El trabajo está afectando desfavorablemente a mi salud.
145. He tenido la sensación de no encontrarme bien.
146. He padecido frecuentes dolores de cabeza
147. He tenido problemas musculares.
148. He tenido trastornos en la presión arterial.
149. He tenido problemas de tipo circulatorio.
150. He padecido frecuentemente palpitaciones, taquicardias.
151. He padecido frecuentes mareos.
152. He notado un aumento de la tensión muscular.
153. Me he sentido poco feliz o deprimido/a.
154. He venido viviendo sin esperanza.
155. He pensado en la posibilidad de "quitarme de en medio".
156. Me noto preocupado/a e incluso obsesionado/a por temas laborales.
157. Estoy irritable y me enoja si las cosas no salen a mi gusto.
158. Me siento ansioso/a y tenso/a al ir a trabajar cada día.
159. Me he sentido agotado/a y sin fuerzas para nada.
160. He tenido temor a caerme desmayado/a en un sitio público.
161. He perdido confianza en mí mismo/a.
162. Me noto nervioso/a y a punto de "explotar" constantemente.
163. Me siento incapaz de tomar decisiones
164. Me reprocho mis dificultades.
165. Me despisto fácilmente.
166. He tenido ansias de llorar, correr o esconderme
167. Me siento siempre sobreexcitado/a
168. Estoy hipersensible a la crítica.
169. Los problemas familiares o del trabajo me afectan fácilmente.
170. Me despierto cansado/a.
171. Tengo problemas de sueño.
172. Me despierto demasiado temprano y soy incapaz de volverme a dormir.
173. He pasado noches inquietas o intranquilas.
174. He tenido algunos problemas de tipo sexual.
175. He notado que últimamente soy más propenso/a a tener algún tipo de accidentes menores
176. He notado la imposibilidad de estarme quieto/a

Disponible: <https://silو.tips/download/claudia-lorena-gomez-acevedo-doris-amparo-barreto-osma-universidad-pontificia-bo>

ANEXO 3: Evaluación de la calidad metodológica de los artículos incluidos

Para llevar a cabo la evaluación metodológica de los artículos, se utiliza la herramienta CASPe (46).

Con el fin de plasmar gráficamente y de forma clara este proceso se elaboran tres tablas diferentes. La primera está compuesta por los estudios clínicos aleatorios, la segunda por los estudios cuasiexperimentales en que se comparan resultados de dos grupos y la tercera por los estudios cuasiexperimentales en que se comparan los resultados de antes y de después de la intervención.

Con el fin de indicar el artículo al que se aplica cada análisis, se ha utilizado el número que corresponde a la referencia bibliográfica en que se puede encontrar y se han señalado sus autores.

Figura 22: Preguntas para el análisis de ensayos clínicos. Fuente: Elaboración propia

Preguntas para el análisis de ensayos clínicos
<ul style="list-style-type: none">• P1: ¿Se orienta el ensayo a una pregunta claramente definida?• P2: ¿Fue aleatoria la asignación de los pacientes a los tratamientos?• P3: ¿Fueron adecuadamente considerados hasta el final del estudio todos los pacientes que entraron en él?• P4: ¿Se mantuvo el cegamiento a los pacientes, los clínicos, el personal del estudio?• P5: ¿Fueron similares los grupos al comienzo del ensayo?• P6: ¿Al margen de la intervención en estudio los grupos fueron tratados de igual modo?• P7: ¿Es muy grande el efecto del tratamiento? (¿Qué desenlaces se midieron? ¿Los desenlaces medidos son los del protocolo?)• P8: ¿Cuál es la precisión de este efecto?(¿Cuáles son sus intervalos de confianza?)• P9: ¿Puede aplicarse estos resultados en tu medio o población local?• P10: ¿Se tuvieron en cuenta todos los resultados de importancia clínica?• P11: ¿Los beneficios a obtener justifican los riesgos y los costes?

Tabla 7: Lectura crítica de ECA. Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULOS SEGÚN BIBLIOGRAFÍA	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11
22 (Watanabe et al.)	sí	si	sí	Sí, a pacientes	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
25 (Mealer et al.)	sí	si	sí	Sí, a pacientes	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
24 (Xie et al.)	sí	sí	sí	sí, a pacientes	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no se

Tabla 8: Lectura crítica de cuasiexperimentales con grupos. Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULOS SEGÚN BIBLIOGRAFÍA	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11
10 (Duarte et al.)	sí	no	sí	no	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
23 (Blanco et al.)	sí	no	sí	no	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé

Tabla 9: Lectura crítica de cuasiexperimentales sin grupos. Fuente: Elaboración propia

ARTÍCULOS SEGÚN BIBLIOGRAFÍA	p1	p3	p7	p8	p9	p10	p11
3 (Montanari et al.)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	sí
17 (Delaney)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
18 (Magtibay et al.)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
19 (Kopp)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé
20 (Gauthier et al.)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no se
21 (Sarazine et al.)	sí	sí	Se miden las variables que se incluyen en el protocolo	Preciso en variable desgaste profesional	no sé	sí	no sé

