

Influencia de la Atención Plena en personal del área de la salud con Síndrome de Agotamiento Profesional (*Burnout*)

Rosario García Romero,
Maritza Verónica García Montañez

Resumen

Este estudio tiene como objetivo conocer la influencia del programa Reducción del Estrés por la Atención Plena (REBAP) (Kabat-Zinn, 1993), sobre el Síndrome del Agotamiento Profesional (SAP), Estrés y la percepción de la Calidad de Vida en profesionales de la salud, enfermeras básicamente. Se midieron el SAP (Maslach Burnout Inventory [MBI]), el estrés (Perfil de Estrés de Nowack) y la percepción de Calidad de Vida (sf-36 v1) en 30 personas (enfermeras, administrativos y médicos) de un hospital psiquiátrico. El diseño fue preexperimental, intrasujetos de medidas repetidas (pretest y post-test, un mes y un año después). El entrenamiento fue uno por semana, dura nueve semanas. Los datos fue-

Abstract

The objective of this study is to know the influence of the program Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1993), on the Syndrome of Professional Exhaustion (SAP), Stress and the perception of the Quality of Life in professionals of health, nurses basically. The sap (Maslach Burnout Inventory (MBI) was measured; Stress (Stress Profile of Nowack); the perception of Quality of Life (SF-36 v1). in 30 people (nurses, administrative and medical) of a psychiatric hospital. The design was pre-experimental, intra-subjects of repeated measures (pre-test and post-test, one month and one year later). The training was 1 per week, for 9 weeks. The data were analyzed with the Student "t" test for related samples. The re-

ROSARIO GARCÍA ROMERO. Universidad Nacional Autónoma de México, México. MARITZA VERÓNICA GARCÍA MONTAÑEZ, Universidad Intercontinental, México. Responsable de la publicación y tutora de tesis de pregrado de Rosario García Romero. Contacto: [docenciamaritza2011@gmail.com].

Revista Intercontinental de Psicología y Educación, vol. 21, núm. 1, enero-junio 2019, pp. 41-56.
Fecha de recepción: 12 de febrero de 2019 | Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2019.

ron analizados con la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Los resultados indicaron diferencias estadísticamente significativas y muestran que el programa REBAP reduce el SAP y los signos de estrés; además de aumentar drásticamente la percepción de calidad de vida gracias a dicha disminución.

sults indicated statistically significant differences observing that the MBSR program reduces the SAP and signs of stress, in addition to drastically increasing the perception of Quality of life thanks to said decrease.

KEYWORDS

MBSR, SAP, Stress, Quality of Life.

PALABRAS CLAVE

Atención Plena, SAP, estrés, calidad de vida.

Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (REBAP)

En la actualidad, existen diversos enfoques psicoterapéuticos basados en la Atención Plena que ya forman parte de la corriente principal de la psicología contemporánea, dejando gradualmente el terreno de lo alternativo o complementario.

En la psicología contemporánea, la Atención Plena ha sido adoptada como una aproximación para incrementar la conciencia y responder hábilmente a los procesos mentales que contribuyen al diestrés emocional y al comportamiento desadaptativo (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, Abbey, Speca, Velting y Devins, 2004); por ello, de 1980 a la fecha se han realizado más de 2 mil 700 estudios basados en REBAP.

El programa REBAP (Reducción del Estrés basado en la Atención Plena, Mindfulness Based Stress Reduction [MBSR], en inglés) es un tratamiento que consiste en el desarrollo de *Mindfulness* o Atención Plena cuya finalidad es reducir el malestar psicológico o sufrimiento asociado al estrés, y que muestra eficacia y aplicabilidad en muy variadas circunstancias, como el dolor crónico, ansiedad, depresión, malestar, entre otros (Bishop, 2002, Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004). Fue desarrollado por Jon Kabat-Zinn y sus colegas en la Clínica de Reducción

del Estrés, fundada en 1979 en la Universidad de Massachusetts (Kabat-Zinn, 2003).

El programa REBAP se define explícitamente como programa educativo en el contexto de la medicina mente-cuerpo para reducir el estrés y mejorar la salud (Kabat-Zinn, 1990).

Consiste en percibir la conciencia del individuo mientras se practica Atención Plena; como percepciones, cogniciones, emociones o sensaciones, observándolos de manera cuidadosa, pero no evaluados como “buenos” o “malos”, “verdaderos” o “falsos”, “sanos” o “enfermos”, “importantes” o “triviales” (Marlatt y Kristeller, 1999; Germer, Siegel y Fulton, 2005).

Para Kabat-Zinn (2004), Atención Plena o *Mindfulness* es la habilidad que consiste en “centrar la atención de un modo intencional: en un objeto, en el momento presente, y sin juzgar”.

Actualmente, en PubMed, se encuentran publicaciones sobre Atención Plena (*Mindfulness*) y terapia cognitiva (3 mil 103), estrés (2 mil 347), ansiedad (1 mil 435), reducción del estrés (1 mil 005), cerebro (649), dolor (662), cáncer (490), neurociencias (464) y alimentación consciente (260). Esto muestra la importancia de la práctica de la Atención Plena en el ámbito de la salud.

Podemos decir que en estudios basados en la Atención Plena se ha demostrado que mejoran la aflicción y el sentido de control en individuos con enfermedades crónicas de tipo médico o psiquiátrico; incluso mejora la calidad de vida de personas no enfermas (Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995; Kutz, Borysenko y Benson, 1985); autorregula la percepción del dolor (Kabat-Zinn, Lipworth y Burney, 1985; Soehlemann-Riemens y García-Montañez, 2016); reduce la sintomatología por estrés; aumenta de la sensación general de dominio específico de control y utilización de un modo de aceptar o ceder el control de sus vidas (Astin, 1997). En síntesis, se sugiere que el programa REBAP puede ayudar a una amplia gama de individuos a enfrentar sus problemas clínicos y no clínicos, ya que el enfoque asume que una mayor conciencia proporcionará una percepción más verídica, reducirá el efecto negativo y mejorará la vitalidad y el afrontamiento (Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004).

En un estudio metaanalítico, se encontró que, utilizando las estimaciones del efecto meta (g de Hedge [apéndice 1]), los resultados indicaron efectos beneficiosos después del entrenamiento para la atención plena ($g = 0.45$, $p < 0.001$) y el estrés ($g = 0.56$, $p < 0.001$), ansiedad ($g = 0.62$, $p < 0.001$) y estrés psicológico ($g = 0.69$, $p < 0.001$) y para el bienestar ($g = 0.46$, $p = 0.002$) y el sueño ($g = 0.26$, $p = 0.003$) (Bartlett, Martin, Neil, Memish, Otahal, Kilpatrick y Sanderson, 2019).

En específico, sobre *mindfulness* y *burnout*, en PubMed aparecen 282 publicaciones a partir de 2004, hasta febrero de 2019. Uno de estos estudios es el de Pérula-de Torres, Atalaya, García-Campayo, Roldán-Villalobos, Magallón-Botaya, Bartolomé-Moreno..., Moreno (2019), que confirma que el personal del área de la salud es proclive a altos niveles de estrés laboral y, por lo tanto, SAP, debido a las demandas psicológicas y emocionales de su trabajo; encontró que, comparando programa tradicional de ocho semanas de REBAP con el MINDUDD (este programa es un ensayo controlado aleatorizado por grupos multicéntricos con tres brazos paralelos) que dura cuatro semanas, éste es igualmente efectivo, por lo que proponen incorporarlo a la currícula de profesionales de la salud. Además de existir una clara relación entre la atención plena como rasgo personal y el agotamiento entre las enfermeras chinas, dado que la atención plena se asoció con menos agotamiento emocional y despersonalización, y actuar con conciencia mostró los coeficientes de regresión más altos (Zhao, Li, Xiao, Cui, Sun y Xu, 2018); y cómo la atención plena es una estrategia efectiva para prevenir y manejar adecuadamente el estrés y el agotamiento en el lugar de trabajo, no sólo de enfermeras, sino de estudiantes de enfermería (Van der Riet, Levett-Jones y Aquino-Russell, 2018); o cómo disminuye el SAP en enfermeras pediátricas, incluso por teléfono móvil o celular *smartphone* (Morrison, Mahrer, Meyer y Gold, 2017); aunado a cómo aumenta el estado de relajación, disminuyen los síntomas físicos y el estrés después del REBAP, lo que aumenta la conciencia de la atención, la autocompasión y el sentido de coherencia (Halm, 2017), además de mejorar el bienestar (Cohen, Wiley, Capuano, Baker y Shapiro, 2004). Y así, muchos más estudios que confirman cómo el REBAP favorece la dis-

minución del estrés, del agotamiento, la autocompasión, la relajación e incluso el autocuidado.

Muy propicio para estudiantes de enfermería es el resultado de las investigaciones de Lazar, Kerr, Wasserman, Gray, Greve, Treadway y McGarvey (2005) y Andrews (2005), quienes han encontrado que las áreas cerebrales asociadas a la atención, la memoria y los procesos sensoriales (ctx del cuerpo calloso posterior e hipocampo) son aproximadamente 5% más gruesas en personas que practican la Atención Plena, que quienes no lo hacen.

Estrés

Este término es sinónimo de Síndrome General de Adaptación o Síndrome de Estrés, definido como la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda; representa la evolución cronológica de la respuesta a los estresores cuando su acción es prolongada. Se divide en tres fases: alarma, resistencia y agotamiento (Selye, 1976).

Toda persona hace constantes esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar adecuadamente las situaciones que se le presentan; por lo tanto, no todo el estrés tiene consecuencias negativas, sino sólo cuando la situación desborda la capacidad de manejo del sujeto y se producen consecuencias negativas. Este resultado negativo se denomina *diestrés*, a diferencia del estrés positivo, o *euestrés*, que puede ser un buen dinamizador de la actividad conductual —laboral, por ejemplo— (Lazarus y Folkman, 1986).

Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP)

Se define como una serie de signos y síntomas que se manifiesta como respuesta a la situación laboral cuando las estrategias de afrontamiento no son lo bastante adecuadas para manejar el estrés resultante; es la fase aguda del estrés laboral (Gil-Monte y Peiró, 2000).

Calidad de vida

Para algunos autores, la calidad de vida se origina a fin de distinguir resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida (Smith, Avis y Assman, 1999).

Podemos decir que el SAP tiende a disminuir la calidad de vida de los seres humanos que la padecen, por lo cual es importante puntualizar este concepto.

Kaplan y Sadock (1991) definen calidad de vida como el impacto de la enfermedad y la incapacidad sobre el funcionamiento diario. Rivera (1992a) nos aporta que no hay duda que la variable salud es la de mayor peso en la percepción de bienestar y, que el déficit de salud constituye el primer elemento a tener en cuenta.

Por lo anterior, se antoja un cuestionamiento: ¿cuál es la influencia de la intervención REBAP sobre el SAP, estrés y percepción de la calidad de vida en un grupo de profesionales de la salud? El objetivo general de cuestionar es medir y analizar el efecto del programa rebap en SAP, estrés y la percepción de la calidad de vida, aplicado en profesionales de la salud.

HIPÓTESIS

Si el programa rebap utiliza como herramienta la atención plena, entonces éste disminuirá el estrés, el SAP y mejorará la percepción de la calidad de vida.

MÉTODO

Participantes: 30 profesionales de la salud; 24 enfermeras, 3 administrativos y tres médicos, entre 22 y 60 años. Todos fueron invitados a participar a través de la evaluación del SAP por medio del MBI (Maslach y Jackson, 1986), en la cual mostraron síntomas de agotamiento profesional.

El tipo de estudio es de campo; el de investigación es correlacional (Ander-Egg, 1995); el diseño de investigación es preexperimental, lon-

gitudinal, cuantitativo (Campbell y Stanley, 1973) y el escenario es el auditorio de un hospital psiquiátrico del Estado de México.

Instrumentos

- Consentimiento informado.
- Maslach Burnout Inventory (MBI) (Maslach y Jackson, 1986).
- Perfil de Estrés de Nowack (Nowack, 2002).
- Escala de calidad de vida SF-36 (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

Procedimiento

Después de ofrecer una plática informativa sobre el programa REBAP, se invitó a los médicos, enfermeros, personal administrativo, directivos del hospital a participar en el programa. Se hizo una primera sesión con quienes se inscribieron, en la cual se les aplicaron las pruebas correspondientes, después de darles a conocer el objetivo de cada una de ellas. Las sesiones del programa fueron los jueves de 09:00 a 12:30 horas, por un periodo nueve semanas; la sesión 7, llamada *retiro no residencial*, fue de seis horas. Las sesiones se realizaron en el auditorio del hospital, ya que contaba con las adecuaciones necesarias de espacio, iluminación y ventilación. Al inicio de cada encuentro, se les dieron las indicaciones correspondientes y las instrucciones que debían seguir, junto con el instructor. Al concluir las sesiones, se compartieron méritos y el alcance. Al cabo de un mes y de un año de terminado el programa, se repitieron las pruebas correspondientes: SAP, Estrés y Calidad de vida.

La medición estadística se llevó a cabo empleando la prueba *t* de *Student* para muestras relacionadas (Carrasco y Hernán, 1993). Se utilizó el paquete estadístico SPSS, v. 19.

RESULTADOS

Del total de la muestra, 86.66% fueron mujeres. De los 30 sujetos, 3 eran administrativos, 3 médicos y 24 enfermeras. El promedio de edad fue de 41.2 (rango 22-60). El promedio de antigüedad en el trabajo actual en años es de 6.18 (min. = 2, máx. = 29).

En cuanto a los resultados obtenidos con el MBI del SAP, en la tabla 1 se muestra que, tanto al mes, como al año, hubo disminución, con una diferencia significativa (* $p = 0.002\%$).

Tabla 1. Datos del MBI, tras la prueba t de Student, con nivel de significancia de *5%

Antes del programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	
73.53	33.01	47.13	25.71			0.002*
73.53	33.01	-	-	54.13	26.46	0.001*

Se utilizó el paquete Estadístico IBM SPSS Statistics v. 19.

Respecto de los resultados obtenidos por la prueba de Novack, el estrés también disminuyó significativamente al mes y se mantenía al año. Estos resultados tomaron en cuenta que fueron reportados por quienes afirmaron seguir practicando el programa.

Tabla 2. Perfil de Estrés de Nowack, tras la prueba t de Student con nivel de significancia de 5%

Antes del programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	
85.36	36.26	69.96	29.49	-	-	0.002*
85.36	36.26	-	-	74.26	30.68	0.001*

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v. 19.

Los datos obtenidos de la escala de estrés de Nowack se analizaron con una prueba t de Student para muestras relacionadas. La media de

estrés antes de la implementación del REBAP fue de 85.36, mientras que la de un mes después fue de 69.96. La diferencia implica una reducción de 15.4 puntos, la cual fue estadísticamente significativa ($p = *0.0002$). Además, después de un año, al recabar datos de mantenimiento observamos que se ha mantenido una reducción en las medias, ya que el dato obtenido fue de 74.26, lo que conlleva una disminución de 11.1.

Las medias de la muestra desglosada en las diferentes subescalas se mostraron de la siguiente manera: el signo de Estrés que se ve más afectado debido al SAP es el signo físico.

La percepción de la calidad de vida a través de la prueba SF-36 dio como resultado diferencia estadísticamente significativa ($*p = 0.0273$) al mes, pues la medias antes del programa fueron de 48 puntos, y aumentaron un mes después a 99.76; al año, sin haber diferencia significativa, de todas formas, se obtuvo un puntaje de 75.76; es decir, el aumento se mantuvo constante.

Tabla 3. Escala de Percepción de Calidad de SF-36 v. 1, tras la prueba *t* de Student con un nivel de significancia de 5%

Antes del programa		Un mes después del programa		Un año después del programa		Sig.
\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	\bar{X}	Σ	
53.73	4.80	99.76	4.58	-	-	0.0273*
53.73	4.80	-	-	75.76	8.15	1.489

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics v. 19.

La percepción de calidad de vida se midió en tres esferas: *física, psicológica y social*. Se encontró una mejoría sustancial en ellas.

DISCUSIÓN

Tanto en el estrés, como en el síndrome del agotamiento profesional, los resultados obtenidos muestran diferencias significativas al mes, así como al año; al mes, en la percepción de la calidad de vida. También una valoración muy positiva por parte de los asistentes que atribuyen

al programa cambios orientados hacia un mayor autocuidado y un mayor profesionalismo.

La hipótesis acierta a que las variables estudiadas disminuyen, gracias al programa basado en la Atención Plena; es decir, el entrenamiento en Atención Plena mejora el estado de los participantes, al disminuir significativamente el SAP y los signos de estrés. También se registró una mejora significativa en la percepción de la calidad de vida profesional al mes, sin mantenerse tales resultados al año, a pesar de que los niveles de estrés y SAP se mantuvieron bajos. Es un tema interesante para estudiar a futuro; quizá se relacione con situaciones de clima laboral. Pero esto no estaba dentro del objetivo de este trabajo.

Como resultado de la intervención, los componentes del SAP mejoran significativamente hasta situarse en un nivel bajo. Resulta interesante confirmar que las magnitudes del cambio observado (en nuestro caso, en sólo nueve semanas) son similares a las del estudio de Krasner, Epstein, Beckman *et al.* (2009) y se mantuvieron hasta después de un año. Esto último es de suma importancia, ya que en muchos de los estudios realizados se mide nuevamente en un periodo muy corto de tiempo (en cuanto se termina el programa). En el presente trabajo, se midió un año después y se observa que el cambio continuó, y también 27 de los 30 participantes reportaron seguir con la práctica de REBAP, sólo 3 de ellos (quienes reportan nuevamente tener signos de SAP) abandonaron por completo la práctica de la Atención Plena.

De igual manera, se identificaron los signos de estrés y, al observar los resultados, hay una disminución notable un año después en los participantes que aún practican la Atención Plena mediante los ejercicios proporcionados en el programa REBAP.

Otro aspecto importante es la percepción de calidad de vida, que se ve mermada al presentar signos de estrés y al haber desarrollado SAP; sin embargo, al haber participado estos profesionales de la salud en el programa REBAP, tal percepción mejoró, aunque no se tenga ningún dato estadísticamente significativo al año de práctica.

CONCLUSIONES

El desempeño del personal del área de la salud —en específico, en un hospital psiquiátrico— involucra una serie de actividades que indefectiblemente necesitan un manejo mental y emocional mayor que en otros servicios.

El programa REBAP, como el utilizado en esta investigación, resulta muy efectivo para reducir el malestar del SAP y el estrés, en profesionales de la salud.

Las manifestaciones físicas y psicológicas de personas que presentan estrés pueden reducirse con base en la práctica de la atención plena. Reportan bienestar.

La calidad de vida es una parte esencial en el desarrollo de nuestra vida diaria; cómo observamos y sentimos el mundo a nuestro alrededor influye drásticamente en ella. La bondad de la práctica de la atención plena radica en el hecho que todas las cosas son objetos de ella. La respiración es sólo el objeto *primario* (“Si no hay otro objeto para notar, simplemente continúe notando su respiración; y si hay otros objetos, simplemente nóte-los. Ya sea que mantenga su mente en la respiración o en otras distracciones, está meditando bien si es consciente de los objetos”).

La práctica de la atención plena tuvo efectos positivos para mejorar la calidad de vida de cada uno de los profesionistas, en diferentes niveles; es decir, en situaciones sociales, mentales y emocionales.

El hecho de que la Atención Plena, aunque proveniente de una tradición contemplativa, sea esencialmente una habilidad que pueda ser entrenada y que su enseñanza y práctica pueda realizarse con independencia de cualquier tipo de filiación, filosofía de vida o creencia religiosa, la hace especialmente adecuada para su implementación en contextos terapéuticos por medio de grupos de práctica guiados por instructores idóneos.

Por lo tanto, no debería considerarse como opción, sino más bien como una corriente principal. Dejando bien establecido que no existe la intención de suplir los cuidados médicos tradicionales con medicina

mente-cuerpo, sino que deberían ser complementarios. Por lo cual, el personal de salud debiera estar entrenado en esta práctica.

De igual manera, podemos mencionar que un programa formativo como el utilizado, implementa cambios de comportamiento orientados hacia el autocuidado y hacia un mayor profesionalismo, lo que indica aumentos de eficacia y calidad de su trabajo, o mejoras en su comunicación, con pacientes y colegas. En consecuencia, se produce un sentimiento de bienestar y sobreviene una mayor satisfacción en el trabajo.

El programa formativo de Atención Plena resulta muy estimado por los profesionales de la salud, como lo demostró la buena asistencia, la adhesión a las prácticas propuestas y la alta valoración recibida. Por lo tanto, es un programa que puede aplicarse con éxito en los planes de formación de prevención de riesgo laborales en los profesionales de la salud.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Aunque los resultados del estudio fueron muy satisfactorios existen algunas limitaciones en él. En primer lugar, este diseño experimental basado en autoevaluaciones no mide el efecto que tiene la intervención en el trabajo de los participantes, en sus relaciones con los pacientes, o con el equipo, sino que se basa sólo en la impresión que cada uno tiene de sí mismo. En el futuro, sería interesante contar con métodos de medida que complementaran las autoevaluaciones con indicadores fisiológicos para relacionar estos aspectos y mediante informes de pacientes o número de visitas al día, reclamaciones, etcétera y por medio de indicadores fisiológicos de los participantes en el programa, en aspectos relacionados sobre su salud (como presión arterial, peso, entre otros.).

En segundo lugar, el porcentaje elevado de mujeres que participaron en nuestro programa limita nuestro estudio. Para futuras investigaciones, se propone medir qué efecto tiene en una población masculina. También se sugiere investigar de nuevo el efecto de este programa contando con un mayor grupo de profesionistas y con un grupo control.

REFERENCIAS

- Abraira, V. (2010). Medidas del efecto en los metaanálisis. Unidad de Bioestadística Clínica. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Recuperado de <http://cort.as/-KbUO>
- Alonso, J., Prieto, L., Antó, J. M. (1995). Health Survey SF-36 (Cuestionario de Salud SF-36 Versión en español): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- Andrews, M. (2005). Why you shouldn't forget to meditate. *U.S. News & World Report*, 139 (24), 68-70.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychother Psychosom.*, 66 (2), 97-106.
- Ander-Egg, E. (1995). *Técnicas de investigación social*. Argentina: Lumen, 35-45.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 125-143.
- Bartlett, L., Martin, A., Neil, A. L., Memish, K., Otahal, P., Kilpatrick, M. y Sanderson, K. (2019). A systematic review and meta-analysis of workplace mindfulness training randomized controlled trials. *J. Occup. Health Psychol.*, 24 (1), 108-126.
- Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Psychosom Med.*, ene-feb, 64 (1), 71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and practice*. Recuperado de http://www.persanal.kent.edu/dfresco/minfulness/Bishop_et_al.pdf
- Campbell, D.T. y Stanley, J.C. (1973). *Diseños experimentales y cuasi-experimentales de investigación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Carrasco, J. L. y Hernán, M. A. (1993). *Estadística multivariante en las ciencias de la vida*. Madrid: Ciencia 3.

- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M. y Shapiro, S. (2004). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract.*, 18 (6), 302-308.
- Germer, C. K., Siegel, R. D., y Fulton, P. R. (2005). *Mindfulness and Psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (*Burnout*) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 135-149.
- Grossman, P, Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35-43.
- Halm, M. (2017). The role of mindfulness in enhancing self-care for nurses. *American Journal of Critical Care*, 26 (4), 344-348. Recuperado de <http://ajcc.aacnjournals.org/content/26/4/344.full>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Nueva York: Delacorte.
- (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. *Mind/Body Medicine*.
- (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144-156.
- (2004). *Vivir con plenitud las crisis. Cómo afrontar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- , Lipworth, L. y Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med.*, 8 (2), 163-90.
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1991). *Compendio de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H. *et al.* (2009). Association of an Educational Program in Mindful Communication with Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians, *JAMA*, 302 (12): 1284-1293. Recuperado de <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/302/12/1284>

- Kutz, I., Borysenko J. Z. y Benson H. (1985) Meditation and Psychotherapy: A rationale for the integration of dynamic psychotherapy, the relaxation response, and mindfulness meditation. *Am J Psychiatry*, 142 (1), 1-8.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T. y McGarvey, M. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *NeuroReport: For Rapid Communication of Neuroscience Research*, 16 (17).
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). El estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Paidós.
- Marlatt, G. A. y Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. En W. R. Miller (ed.), Integrating spirituality into treatment Washington, dc: *American Psychological Association*, 67-84.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Miller, J., Fletcher, K. y Kabat-Zinn, J. (1995), Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *Gen. Hosp. Psychiatry*, 17, 192-200.
- Morrison, W. C., Mahrer, N. E., Meyer, R. M. L. y Gold, J. I. (2017). Mindfulness for novice pediatric nurses: Smartphone application versus traditional intervention. *J Pediatr Nurs.*, 36, 205-212. doi: 10.1016/j.pedn.2017.06.008. Epub 2017 Jul 14
- Nowack, K. M. (2002). Perfil de estrés. México: El manual moderno.
- Pérula-de Torres, L. A., Atalaya, J. C. V., García-Campayo, J., Roldán-Villalobos, A., Magallón-Botaya, R., Bartolomé-Moreno, C., ... Moreno, C. M. y el equipo de colaboración en el estudio minduudd (2019). Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session program versus an 8-session program to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol. *BMC Fam Pract.* 6, 20 (1), 24. doi: 10.1186/s12875-019-0913-z
- PubMed*. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed> (Mindfulness and burnout; Mindfulness and burnout and nurses; Mindfulness and stress).
- Rivera, J. H. (1992a). Emotional climate: Social structure and emotional dynamics. *International Review of Studies on Emotions*, 2, 197-218.

- Rivera, J. H. (1992b). Emotional climate and the forecasting of violence. *Journal of Social Issues*, 63 (2), pp. 233-253. Recuperado de <http://cort.as/-KHhB>
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. Barcelona: McGraw-Hill.
- Smith, K., Avis, N., y Assman, S. (1999). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta-analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447- 459.
- Soehlemann-Riemens, S. A. y García-Montañez, M. V. (2016). Efectos del programa REBAP en sujetos con estrés y dolor en México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 18 (1-2), 61-84.
- Van der Riet, P., Levett-Jones, T. y Aquino-Russell, C. (2018). The effectiveness of mindfulness meditation for nurses and nursing students: An integrated literature review. *Nurse Educ Today*. 65, 201-211. doi: 10.1016/j.nedt.2018.03.018
- Zhao, J., Li, X., Xiao, H., Cui, N., Sun, L. y Xu, Y. (2018). Mindfulness and burnout among bedside registered nurses: A cross-sectional study. *Nurs Health Sci*. doi: 10.1111/nhs.12582

APÉNDICE

La g de Hedge es una prueba que se usa para evaluar el efecto del tratamiento al comparar el riesgo en el grupo tratado con el riesgo en el grupo control. Se usa sobre todo en metaanálisis, cuando los distintos estudios (de diferentes investigaciones) usan escalas distintas (Abraira, 2010).