

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Efectos de un programa de Mindfulness sobre el  
síndrome de burnout en personal de enfermería de  
un hospital de la región Centro**

Liliana Ordoñez Chavez  
Nataly Evelin Quicaño Jara  
Thalia Isabel Yauri Paucar

Para optar el Título Profesional de Licenciada en  
Psicología

Huancayo, 2022

Repositorio Institucional Continental  
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

### **Dedicatoria**

La presente investigación va dedicada en primer lugar a Dios, quien nos permite gozar de lo más preciado que poseemos en la vida como una familia y salud. En segundo lugar, va dedicado a nuestros padres, quienes día a día se esfuerzan y sacrifican para vernos alcanzar nuestros sueños y, por último, a nuestros maestros por brindarnos una adecuada formación profesional y así prepararnos para enfrentar el mundo laboral.

### **Agradecimiento**

Agradecemos en primer lugar a Dios por darnos la vida, también a cada uno de nuestros padres que con gran esfuerzo nos ayudaron a cumplir esta meta, así como a los que formaron parte de nuestro estudio por su tiempo y buena disposición y finalmente a nuestro asesor por ser nuestro guía.

## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el efecto de un programa de *mindfulness* sobre el síndrome de *burnout* en personal de enfermería de un hospital nacional de la región centro del Perú; para ello se empleó una metodología de diseño preexperimental por no contar con grupo control, además se realizó un pre y postest. La población estuvo conformada por 69 profesionales en enfermería de los cuales 19 participaron en la intervención. El programa de *mindfulness* en modalidad virtual, tuvo una duración de cinco semanas, con dos sesiones por semana, de aproximadamente 45 minutos, guiadas en relación con la fase de entrenamiento (fase 1 “estabilidad de la atención”, fase 2 “claridad mental” y fase 3 “resiliencia”). Para el recojo de información se utilizó el Inventario Burnout de Maslach MBI, para medir el síndrome de *burnout*, antes y después de la intervención. Los resultados de la aplicación del programa se analizaron con la prueba t de student para muestras pareadas, la cual indica que hubo una diferencia significativa entre los puntajes globales ( $p=0.00<0.05$ ) y los puntajes por dimensiones del pre y postest ( $p=0.00<0.05$ ). Asimismo, se pudo identificar mediante la *d* de Cohen que el programa de *mindfulness* tuvo un efecto de nivel moderado ( $d=0.75$ ), en el *burnout* global, en su dimensión de cansancio emocional hubo un efecto grande ( $d=0.88$ ) por el contrario, en las dimensiones despersonalización y realización personal un efecto moderado con ( $d=0.62$ ) ( $d=0.76$ ) respectivamente, por lo que se llegó a la siguiente conclusión, que el programa de *mindfulness* tiene efectos significativos sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería.

**Palabras clave:** *burnout*, *mindfulness*, personal de enfermería, cansancio emocional, despersonalización, realización personal

## Abstract

The aim of this research was to determine the effect of a mindfulness program on burnout syndrome in nursing staff at a national hospital in the central region of Peru; For this purpose; a pre-experimental methodology was used for this, as there was no control group, and a pre- and post-test was also carried out. The population consisted of 69 nursing professionals, 19 of whom participated in the intervention. The virtual mindfulness program lasted five weeks, with two sessions per week of around 45 minutes, each guided in relation to the training phase (phase 1 "stability of attention", phase 2 "mental clarity" and phase 3 "resilience"). For data collection, the Maslach MBI Burnout Inventory was used to measure burnout syndrome before and after the intervention. The results of the application of the program were analyzed with Student's t-test for paired samples, which shows that there was a significant difference between the overall scores ( $p = 0.00 < 0.05$ ) and the scores by pretest and posttest dimensions ( $p = 0.00 < 0.05$ ). ( $p = 0.00 < 0.05$ ). Also, it was possible to identify through Cohen's d that the mindfulness program had a moderate level effect ( $d = 0.75$ ) on global burnout, in its dimension of emotional exhaustion there was a high level effect ( $d = 0.88$ ) and on the contrary, in the depersonalization and personal fulfillment dimensions there was a moderate effect with ( $d = 0.62$ ) ( $d = 0.76$ ) respectively, so the following conclusion was reached, that the mindfulness program has significant effects on the burnout syndrome in nursing staff.

**Keywords:** burnout, mindfulness, nurses, emotional exhaustion, depersonalization, personal fulfillment

## Índice

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento .....	iii
Resumen .....	iv
Abstract .....	v
Índice .....	vi
Índice de Tablas .....	ix
Índice de Figuras .....	xi
Introducción .....	xii
Capítulo I .....	15
Fundamentación y Planteamiento del Problema .....	15
1.1. Planteamiento del Problema .....	15
1.2. Formulación del Problema .....	16
1.2.1. Pregunta general .....	16
1.2.2. Preguntas específicas .....	16
1.2.3. Objetivo general .....	17
1.2.4. Objetivos específicos .....	17
1.3. Justificación .....	17
Capítulo II .....	19
Marco Teórico .....	19
2.1. Antecedentes .....	19
2.1.1. Internacionales .....	19
2.1.2. Nacionales .....	22
2.1.3. Locales .....	24
2.1. Bases Teóricas .....	24
2.1.1. Síndrome de <i>burnout</i> .....	24
2.1.1.1. Definición .....	24
2.1.1.2. Contexto histórico del burnout .....	24
2.1.1.3. Diferencia con otras variables psicológicas .....	27
2.1.1.4. Modelo tridimensional de Maslach .....	28
2.1.1.5. Fases del burnout .....	31
2.1.1.6. Causas y consecuencias del burnout .....	32
2.1.2. <i>Mindfulness</i> .....	36
2.1.2.1. Orígenes del mindfulness .....	36
2.1.2.2. Definición .....	37
2.1.2.3. Componentes del mindfulness .....	39
2.1.2.4. Técnicas del mindfulness .....	41
2.1.2.5. Mecanismos de acción del mindfulness .....	42

2.1.2.6.    Programas que incluyen el mindfulness.....	46
2.1.2.7.    Definición de términos básicos .....	49
Capítulo III.....	50
Hipótesis y Variables .....	50
3.1.    Hipótesis general.....	50
3.2.    Hipótesis específicas .....	50
3.3.    Operacionalización de variables .....	51
Capítulo IV.....	52
Metodología .....	52
4.1.    Diseño de Investigación.....	52
4.2.    Población .....	52
4.3.    Muestra .....	52
4.3.1.    Criterios de inclusión .....	53
4.3.2.    Criterios de exclusión .....	53
4.4.    Instrumentos de Recolección de Datos .....	53
4.4.1.    Inventario de Burnout de Maslach y Jackson .....	53
4.4.2.    Registro “Midiendo mi estrés”.....	55
4.5.    Procedimiento .....	56
4.6.    Análisis de Datos .....	56
4.7.    Aspectos éticos.....	57
Capítulo V.....	58
Resultados y Discusión .....	58
Discusión.....	77
Conclusiones .....	80
Recomendaciones .....	81
Limitaciones.....	82
Referencias Bibliográficas .....	83
Anexo 01.....	87
MBI Inventario Burnout de Maslach .....	87
Anexo 02.....	89
Midiendo mi Estrés .....	89
Anexo 03.....	90
Programa de Mindfulness .....	90
Anexo 04.....	100
Consentimiento Informado Para Personal de un Hospital de la Región Centro .....	100
Anexo 05.....	101
Carta de aceptación .....	101



Anexo 06.....	102
Matriz de consistencia de la investigación.....	102
Anexo 7.....	103
Evidencias de las Sesiones del Programa de Mindfulness.....	103
SESIÓN 01 .....	103
SESIÓN 02 .....	104
SESIÓN 03 .....	105
SESIÓN 04 .....	106
SESIÓN 05 .....	107
SESIÓN 06 .....	108
SESIÓN 07 .....	109
SESIÓN 08 .....	110
SESIÓN 09 .....	111
SESIÓN 10 .....	112

## Índice de Tablas

Tabla 1 .....	28
<i>Diferencias con otras variables psicológicas .....</i>	<i>28</i>
Tabla 2 .....	47
<i>Programa de Reducción De estrés Basado en Mindfulness .....</i>	<i>47</i>
Tabla 3 .....	49
<i>Programas que hacen uso del mindfulness formal .....</i>	<i>49</i>
Tabla 4 .....	58
<i>Edad de los participantes del pretest .....</i>	<i>58</i>
Tabla 5 .....	59
<i>Género de los participantes del pretest .....</i>	<i>59</i>
Tabla 6 .....	59
<i>Estado civil de los participantes del pretest .....</i>	<i>59</i>
Tabla 7 .....	60
<i>Presencia de hijos en los participantes del pretest.....</i>	<i>60</i>
Tabla 8 .....	60
<i>Número de guardias por semana de los participantes del pretest.....</i>	<i>60</i>
Tabla 9 .....	61
<i>Número de participantes por área de trabajo pretest .....</i>	<i>61</i>
Tabla 10 .....	61
<i>Situación laboral de los participantes pretest .....</i>	<i>61</i>
Tabla 11 .....	62
<i>Tiempo en su trabajo actual de los participantes del pretest .....</i>	<i>62</i>
Tabla 12 .....	62
<i>Tiempo en esta profesión de los participantes del pretest .....</i>	<i>62</i>
Tabla 13 .....	63
<i>Resultados pretest (selección de la muestra).....</i>	<i>63</i>
Tabla 14 .....	64
<i>Asistencia al programa de mindfulness .....</i>	<i>64</i>
Tabla 15 .....	65
<i>Edad de los participantes del programa mindfulness (postest).....</i>	<i>65</i>
Tabla 16 .....	65
<i>Género de los participantes del programa de mindfulness .....</i>	<i>65</i>
Tabla 17 .....	66
<i>Estado civil de los participantes del programa de mindfulness .....</i>	<i>66</i>
Tabla 18 .....	66
<i>Hijos en los participantes del programa de mindfulness.....</i>	<i>66</i>

Tabla 19 .....	67
<i>Participantes del programa de mindfulness según el área de trabajo</i> .....	67
Tabla 20 .....	68
<i>N.º de guardias por semana de los participantes del programa de mindfulness</i> .....	68
Tabla 21 .....	68
<i>Situación laboral de los participantes del programa de mindfulness</i> .....	68
Tabla 22 .....	69
<i>Tiempo de trabajo actual de los participantes del programa de mindfulness</i> .....	69
Tabla 23 .....	69
<i>Tiempo de profesión de los participantes del programa de mindfulness</i> .....	69
Tabla 24 .....	70
<i>Estadísticos referentes a la distribución normal de las variables de estudio del pretest</i> .....	70
Tabla 25 .....	71
<i>Estadísticos referentes a la distribución normal de las variables de estudio del postest</i> .....	71
Tabla 26 .....	71
<i>Estadísticos descriptivos del síndrome de burnout (puntaje general)</i> .....	71
Tabla 27 .....	72
<i>Estadísticos descriptivos de las dimensiones del síndrome de burnout</i> .....	72
Tabla 28 .....	73
<i>Diferencias significativas de la variable síndrome de burnout (puntaje general) pre y postintervención</i> .....	73
Tabla 29 .....	73
<i>Diferencias significativas de las dimensiones del síndrome de burnout pre y postintervención</i> .....	74
Tabla 30 .....	74
<i>Valores para la interpretación del coeficiente de Cohen</i> .....	75
Tabla 31 .....	75
<i>Tamaño del Efecto de la Variable de Síndrome de burnout</i> .....	75
Tabla 32 .....	75
<i>Tamaño del efecto de las dimensiones del síndrome de burnout</i> .....	75

**Índice de Figuras**

<i>Figura 1.</i> Etapas del burnout .....	31
<i>Figura 2.</i> Modelos de mediación .....	34

## Introducción

Uno de los síndromes que afecta a un gran número de trabajadores y que desde el 2019 la Organización Mundial de la Salud lo incluye, por primera vez, en su lista de enfermedades es el síndrome de *burnout* o síndrome del trabajador quemado. Se lo define como aquella reacción del individuo que está sometido a exigencias y presiones laborales que no encajan con sus conocimientos y capacidades, y que les ocasiona un estrés crónico conforme pasa el tiempo (Diario Independiente de Contenido Enfermero, 2019), además este se caracteriza por un estado de extremo cansancio, sentimientos negativos relacionados al trabajo y una disminución considerable en el rendimiento laboral.

Se ha destacado al ámbito sanitario como aquel contexto con mayor vulnerabilidad a la sintomatología emocional y física del *burnout*, ya que a diario afrontan eventos complicados provenientes de la relación y atención a los procesos de salud y enfermedad, ya sea con los pacientes o sus familiares de estos. A ello se suman los frecuentes desbalances entre las exigencias del entorno, la presión social, las expectativas de los pacientes, la autoexigencia y la disponibilidad de los recursos que no permiten que lleguen a cumplir sus objetivos como profesionales de manera eficiente. Este síndrome no solo involucra al individuo, sino también a las organizaciones, puesto que se percibe un incremento en el deterioro de la calidad asistencial, y aumenta el absentismo laboral, lo que ocasiona el abandono de la organización, debido a que son más constantes los errores, aumentan los conflictos, se evidencia una insensibilidad con los cuidados que ofrecen, lo que reduce la satisfacción de los pacientes o usuarios atendidos. Por ello, las organizaciones sanitarias tienen que afrontar una doble responsabilidad, puesto que deben velar por la salud de sus

trabajadores y la salud de los pacientes que se ven afectados por la mala praxis del personal sanitario (Albedín, 2016).

Diversos estudios señalan que el personal de enfermería está afectado por este síndrome en un 43 %, siendo este un porcentaje alto. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) menciona que las organizaciones que ayuden a sus trabajadores a manejar el estrés, así como a mejorar el ambiente laboral, en función de aquellas aptitudes y aspiraciones humanas, obtienen mayor posibilidad de lograr ventajas competitivas. Una de las formas de hacer frente al *burnout* es mediante el *mindfulness* o atención plena, que viene a ser el estado de conciencia en el que la atención se focaliza sobre fenómenos internos y externos del presente (Como se citó en Gómez y Meléndez, 2017).

Desde 1979, gracias a Kabat Zinn, creador del primer programa de *mindfulness* dirigido a pacientes hospitalizados que experimentaban enfermedades y dolores crónicos, se hace más conocido y utilizado. Este investigador diseñó el programa Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR), y va teniendo éxito por ya casi 40 años, ya que reduce de manera significativa el dolor, el estrés, la ansiedad, entre otros. Pero desde alrededor de 15 años es que el *mindfulness* se viene extendiendo en el ámbito de trabajo y está estrechamente dirigido a reducir el estrés, contándose ya con evidencia empírica que muestra que las intervenciones en *mindfulness* reducen el estrés en el ambiente laboral, ya que permite centrar su atención en el aquí y ahora, en lugar de estar rumiando sobre situaciones que escapan de su control. También, permite hacer conscientes a las personas de los diversos estresores de su medio y de sus reacciones automáticas frente a estos, y les proporciona respuestas de afrontamiento como el acercamiento al estresor, así como estrategias para la evitación que genera mayor malestar (Gollean et al., 2020). Es por ello que la presente investigación buscó elaborar un programa de *mindfulness*

con la finalidad de corroborar si este tiene efectos significativos sobre el síndrome de *burnout* en enfermeros de un hospital.

El siguiente estudio está estructurado en cinco capítulos. El primero aborda la fundamentación y el planteamiento del problema que nos permitirá conocer las variables del problema actual, y se llega a la formulación del problema general y específicos, para luego mencionar a los objetivos y la justificación para resaltar la relevancia de esta investigación. En el segundo capítulo se empezará detallando el marco teórico tanto de la variable *burnout*, así como de *mindfulness*, considerando para ello los antecedentes, que vienen a ser estudios previos que también han abordado el mismo problema, de tal forma que permita fundamentar los resultados que se obtendrán; además se incluirá a la definición de términos básicos. En el tercer capítulo se formulan las hipótesis tanto general como específicas, las cuales servirán para establecer las posibles relaciones entre las variables del estudio, y se concluirá con la operacionalización de variables. En el capítulo cuarto se abordará la metodología empleada en el estudio, considerando el diseño de investigación, la población, la muestra, los instrumentos para recolectar datos, el procedimiento, el análisis de datos y los aspectos éticos. Y por último en el capítulo cinco se menciona los resultados y la discusión contrastando lo obtenido con otros estudios; y el estudio finaliza con las conclusiones, recomendaciones para posteriores estudios, referencias bibliográficas y los anexos. Las limitaciones que interfirieron en el desarrollo esperado de la investigación, fueron el difícil acceso a la población, la resistencia de los enfermeros a participar de programas psicológicos y la carga laboral, que concluyeron en una reducida muestra. El alcance principal de esta investigación es la obtención de un programa estructura y específico para el personal de enfermería dirigido a la prevención y reducción del síndrome de burnout.

## Capítulo I

### Fundamentación y Planteamiento del Problema

#### 1.1. Planteamiento del Problema

El personal de salud que se desempeña dentro de un hospital y sobre todo en áreas críticas como emergencias o la unidad de cuidados intensivos, entre otras, está propenso a niveles altos de tensión, por la gran responsabilidad de la labor que realizan, ya que una mínima dilatación del tiempo puede significar la pérdida de una vida. Además de estar atento a los procedimientos a seguir en cada situación que se presenta, el profesional debe lidiar con la angustia y las críticas de la familia y del propio paciente. Estar expuesto a niveles altos de ansiedad, a jornadas laborales extensas y el desgaste emocional que implica, con mucha frecuencia puede influir negativamente en el rendimiento laboral y el bienestar del profesional. Y él no contar con habilidades que ayuden a afrontar esta situación puede conllevar a desarrollar insatisfacción laboral, síndrome de burnout, depresión, ansiedad, fatiga por compasión, presentismo, entre otros (Baldonado, 2019).

En el entorno internacional, las investigaciones relacionadas al síndrome de burnout en el personal sanitario, se han realizado principalmente en Europa y Estados Unidos, lugares donde se identificó una prevalencia del 25 al 40% de este síndrome (Sansó et al., 2018), sin embargo, en Latinoamérica también se han realizado investigaciones relacionadas a este tema, como en Colombia, México, Chile, Ecuador y Brasil, lugares donde se identificó que la prevalencia de este síndrome en el personal sanitario fue de, 10.5% en Colombia, 35.34% en México, 89% de personal en riesgo de burnout en Chile, 30% en burnout alto en Ecuador, y 51% de prevalencia de burnout en Brasil.; lo cual indica que existe una clara necesidad de trabajar con esta variable (Foronda et al., 2018).



En relación al ámbito nacional, se logró identificar que existe muy poca investigación referida al síndrome burnout en personal sanitario, sin embargo, Muñoz (2019) en la ciudad de Arequipa identificó que el 92% del personal de salud estudiado tiene niveles moderados de Burnout, y en relación a sus dimensiones específicas se identificaron niveles severos en el personal de salud, siendo el 27% para el cansancio emocional, el 34.5% para despersonalización y el 25.8% para realización personal.

En el contexto local, se logró identificar algunas investigaciones, como la de Tello y Pomachagua (2019) quienes mencionan que la prevalencia del burnout en la ciudad de Huancayo en el personal de enfermería fue del 38%, así mismo Montero y Gavino (2021) nos dicen que la prevalencia del burnout es del 89% a nivel moderado en la ciudad de Huancayo.

Por lo mencionado, el síndrome de burnout en el personal de enfermería requiere una atención urgente, no solo para medir o describir, como ya se ha realizado anteriormente, sino para intervenir, para lo cual en esta investigación se utilizará la práctica de la meditación que es una de las formas mediante la cual se puede adquirir habilidades que permitan mantener el bienestar y el equilibrio emocional, enfatizando su práctica constante (Sarmiento y Gómez, 2013).

## **1.2. Formulación del Problema**

### **1.2.1. Pregunta general**

¿Cuáles son los efectos de un programa de *mindfulness* sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Cuál es el efecto de un programa de *mindfulness* sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?

- ¿Cuál es el efecto de un programa de *mindfulness* sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?
- ¿Cuál es el efecto de un programa de *mindfulness* sobre la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?

### **1.2.3. Objetivo general**

Determinar los efectos de un programa de *mindfulness* sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.

### **1.2.4. Objetivos específicos**

- Identificar el efecto de un programa de *mindfulness* sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.
- Identificar el efecto de un programa de *mindfulness* sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.
- Identificar el efecto de un programa de *mindfulness* sobre la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.

## **1.3. Justificación**

El síndrome de burnout en el personal sanitario ha sido estudiado en mayor medida en relación a su prevalencia, donde la mayoría de investigaciones concuerda en que más del 40% de profesionales padecen de este síndrome, que es entendido como una respuesta a estresores laborales crónicos, que con mayor frecuencia afectan a los profesionales de la salud, ya que ellos en su trabajo del día a día forman una relación subjetiva con los pacientes, debido a las emociones, los problemas y su sufrimiento; de esta forma se generan consecuencias potencialmente negativas para el profesional especialmente en su salud mental (Cole y Carlin, 2009).

Desde una perspectiva teórica, esta investigación se realizó con el propósito de ampliar el conocimiento existente sobre el uso del *mindfulness* como una herramienta

para contrarrestar el burnout en el personal de enfermería, con la propuesta de un programa sistematizado que será incorporado como conocimiento en la práctica clínica psicológica.

A nivel metodológico, este estudio se realizó con el fin de probar la eficacia de un programa de mindfulness en la modalidad virtual, ello debido a la coyuntura que se está vivenciando por la COVID-19 y porque siendo el personal de enfermería una población de difícil acceso, es necesario recurrir al uso de la tecnología para realizar algún tipo de intervención psicológica, de tal forma que les permita acceder a una pronta ayuda cuando más lo necesiten.

En la parte práctica, esta investigación se justifica porque al no contar con muchos estudios orientados a la intervención mediante el mindfulness a nivel nacional, se quiso probar que al emplear esta estrategia se puede lidiar contra el burnout y mejorar el bienestar psicológico del personal de enfermería, puesto que al ser una de las poblaciones vulnerables para este síndrome requieren de habilidades que los ayude tanto en su vida intrapersonal e interpersonal, como el de mejorar en la relación con sus pacientes y realizar una adecuada práctica clínica.

## Capítulo II

### Marco Teórico

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Internacionales

Al contar con un limitado número de investigaciones con las características del estudio propuesto, y a fin de enriquecerlo se han tomado en cuenta dos investigaciones que sobrepasan el límite de antigüedad por su importancia en el análisis de las variables.

La investigación “Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* en profesionales de atención primaria” tuvo como finalidad evaluar la validez de un entrenamiento en *mindfulness* para el personal del sector salud específicamente orientadas hacia el *burnout*, el estado emocional, la empatía y la conciencia plena. De corte longitudinal preexperimental, participaron 87 profesionales del sector salud entre enfermeros, psicólogos, y trabajadores sociales. Se obtuvieron los siguientes resultados: todas las escalas mejoraron su puntuación de forma significativa, esto se evidenció mejor a los 12 meses, ya que el 89 % de los asistentes realizaba los ejercicios por sí mismos y el 94 % reportó mejoría en autocuidado y profesionalismo. Por lo que se concluye que un plan de intervención basado en *mindfulness* es valioso en la reducción del síndrome de *burnout* y de la alteración emocional, como también logra mejorar la empatía y la conciencia plena (Martin et al., 2013).

Bazarko et al. (2013) realizaron una investigación titulada “The Impact of an Innovative *Mindfulness*-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting” [El impacto de un programa innovador de reducción del estrés basado en la atención plena en la salud y el bienestar de las enfermeras empleadas en un entorno empresarial], que propone una nueva y renovada

forma de utilizar un programa de *mindfulness* para la reducción de estrés (Mindfulness Based Stress Reduction MBSR). Esta investigación conto con la participación final de 36 enfermeras de 258, fue de tipo preexperimental, de corte longitudinal, con pre y postest. El programa de intervención consistió en ocho sesiones basadas en atención plena, con la particularidad de que seis de ellas fueron bajo la modalidad virtual, con sesiones de 1 hora y 30 minutos. Para la medición del estrés se hizo uso de dos cuestionarios, que fueron digitalizados: Escala de Estrés Percibido y Copenhague *burnout* Inventory (CBI). Finalmente, los resultados indican que hubo una mejoría en su salud general, así mismo disminuyo el estrés y el agotamiento laboral, por lo que se concluyó mencionado que el MBSR, en la modalidad virtual también genera cambios significativos.

Aranda et al., (2018), en la investigación “Evaluación de la efectividad de un programa de *mindfulness* y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el *burnout* en profesionales sanitarios de atención primaria”, presentaron un diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado en profesionales de la salud de atención primaria de Navarra España. En los resultados se encuentra que el grupo de intervención mejoró significativamente en sus puntajes de *mindfulness*, estrés percibido, autoamabilidad y humanidad compartida; evidenciándose diferencias relevantes frente al grupo control, se concluye que es productivo promocionar la práctica de *mindfulness* y autocompasión en los profesionales de la salud para su desarrollo laboral y personal.

El estudio “Aplicación de un programa de *mindfulness* en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el *burnout*, la empatía y la autocompasión” es de corte longitudinal y diseño intrasujeto de pre y postintervención, donde participaron 32 profesionales del sector salud. Se halló como resultados para el *burnout* una reducción específicamente en la dimensión de cansancio emocional, así mismo

aumentaron los factores de observación y ausencia de reactividad en el personal de salud; por lo que finalmente se concluye que este programa mostró eficacia en la disminución del cansancio emocional y un incremento de la autocompasión, los cuales son importantes para generar bienestar y prevenir el síndrome de *burnout* en esta población (Gracia et al., 2019).

La investigación de nombre “Estudio comparativo entre un programa de reducción del estrés basado en *mindfulness* presencial y *online* en población general española” tuvo como objetivo corroborar las diferencias entre el efecto del programa de Reducción del Estrés Basado en *Mindfulness* (REBM) en la modalidad presencial y en la modalidad *online* sobre el malestar psicológico general para identificar si la adhesión y satisfacción difería entre una modalidad y otra. Para ello utilizaron una metodología cuasiexperimental, con una muestra no aleatorizada de 373 participantes, de los cuales 109 asistieron en la modalidad presencial y 264 en la modalidad virtual al programa que constaba de 8 sesiones semanales. En ambas modalidades se realizó un pre y postevaluación de las variables malestar psicológico general, adhesión y satisfacción con el programa. Como resultados se obtuvieron que los participantes de ambas modalidades experimentaron reducciones significativas de malestar, además no hubo una diferencia significativa en cuanto a la reducción de malestar entre ambas modalidades, y en relación con las variables adhesión y satisfacción se identificó que fueron significativamente superiores en los participantes de la modalidad presencial que en los de la modalidad *online*. Se concluyó que hay efectos positivos independientemente de la modalidad que se ejecute, aunque la presencial genera mayor adherencia y satisfacción (Sard et al, 2019).

La investigación “Efectos de una intervención basada en atención plena para reducir el nivel de burnout en enfermeras” tuvo como finalidad evaluar el impacto

inicial de una intervención basada en mindfulness, mediante un estudio exploratorio pre y post intervención, que contó con la participación de 34 enfermeros de un hospital de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, se implementó el programa para reducir el estrés basada en atención plena (MBSR) de 8 sesiones propuesto por Shapiro y Carlson, para la recolección de información se empleó el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) para medir la atención plena y el Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) para el síndrome de burnout. Los resultados obtenidos indican un incremento en el nivel de atención plena; no se encontró diferencias en el nivel global de burnout, sin embargo, existen variaciones a nivel de culpa e indolencia entre el pre y post test; se idéntico también una correlación positiva entre la asistencia y el cambio a nivel de atención plena. Por lo que se concluye que el estudio es beneficioso en la reducción de algunas facetas del burnout en el personal de enfermería (Reynaldos y Pedrero, 2021).

### **2.1.2. Nacionales**

Los programas de intervención basados en mindfulness realizados en el ámbito nacional en su mayoría están desarrollados en poblaciones distintas a la de nuestra investigación como en profesores, estudiantes, pacientes y personal administrativo; sin embargo, consideramos importante incluir uno de estos estudios ya que las características del programa que proponen son muy similares al nuestro.

De La Puente (2019), en la investigación “Efectividad de un programa de *mindfulness* en la reducción del estrés percibido en promotores de EsSalud”, tuvo como propósito principal valorar la validez de la Intervención Cognitiva Basada en *Mindfulness* (MBCI), que contó con la participación de 19 promotoras de salud de la ciudad de Arequipa, las edades están entre 36 y 77 años. Para la recolección de datos antes y después de realizar el entrenamiento se utilizó la escala de estrés percibido

(EEP). Los resultados señalan que al realizarse una comparación con el grupo control, los participantes de la intervención redujeron significativamente sus niveles de estrés percibido, lo que reafirma la eficacia del programa.

La investigación “Programa de intervención breve para reducir el *burnout* de profesionales de la salud, Perú” tuvo como objetivo describir las fases y niveles del síndrome de *burnout* e identificar los efectos del programa. La población estaba constituida por 60 profesionales, de ellos solo 5 aceptaron participar del programa completo. Para la obtención de datos se utilizó el inventario de *burnout* de Maslach (MBI) y el programa se centró en brindar estrategias cognitivas, conductuales y emocionales para hacer frente a *burnout*. Finalmente, los resultados indican una reducción en los niveles de *burnout*, sin embargo, se presenta un cambio poco significativo con respecto a las dimensiones del *burnout*, por lo que se concluye que el programa no presenta niveles altos de eficacia, pero sí un bajo costo (Yslado et al., 2020).

En la investigación “Efectos del *mindfulness* en la reducción del estrés percibido en docentes”, de diseño cuasiexperimental por contar con pre y posttest, comprende grupo experimental y grupo control, con asignación por conveniencia. El primer grupo estuvo expuesto a un programa de *mindfulness* de tres semanas de duración en modalidad virtual, y el segundo solo se sometió a seguimiento psicométrico. Asimismo, se contó con la participación de 44 docentes de los cuales 14 son varones y 30 mujeres sus edades rondan entre 20 y 65 años. Para evaluar el estrés percibido se usó la escala de estrés percibido en su adaptación española desarrollada por Remor (2006). Los resultados demuestran una reducción significativa del estrés percibido en el grupo experimental en comparación con el grupo control, por lo que se concluye que el *mindfulness* es eficaz (Humpire y Quintana, 2021).



### **2.1.3. Locales**

Magro et al. (2018), en la investigación “Efectos de la práctica de la meditación en la reducción del estrés académico en universitarios de psicología y medicina identificó los efectos de la práctica sobre el estrés académico en estudiantes universitarios de la ciudad de Huancayo. Tuvo una metodología cuasiexperimental sin grupo control, se contó con la participación de 19 estudiantes, los cuales fueron seleccionados por los criterios de inclusión y exclusión. La recolección de datos se hizo con el cuestionario de afrontamiento del estrés académico (CEA) y el inventario SISCO de estrés académico. Los resultados indican diferencias significativas entre el pretest y el postest sobre todo en el nivel de preocupación o nerviosismo en las reacciones físicas y psicológicas frente al estrés y las capacidades de afrontamiento. Finalmente, se concluye resaltando lo importante que es la práctica de *mindfulness* y su utilidad.

## **2.1. Bases Teóricas**

### **2.1.1. Síndrome de *burnout***

#### **2.1.1.1. Definición.**

Maslach, en 1993, define al *burnout* como aquel síndrome psicológico originado como una respuesta prolongada frente a estresores interpersonales crónicos en el centro de labores. En esta respuesta se identifican tres dimensiones como el agotamiento emocional, los sentimientos de cinismo y el desapego por el trabajo, así como sensaciones de inutilidad y falta de logros. Además, postuló que el desgaste profesional va más allá de la persona y se origina por el entorno laboral (Estares et al. 2108).

#### **2.1.1.2. Contexto histórico del *burnout*.**

Las primeras nociones relacionadas al síndrome de *burnout* se encontraron en bibliografía de psiquiatría en un trabajo descrito por los investigadores, Schwartz y

Will, en 1953, donde mencionan a una enfermera, cuyo centro de labores era un hospital psiquiátrico y que empezaba a desarrollar sentimientos apáticos hacia los pacientes, se sentía agotada y desmotivada para con su labor. Tras una valoración de su estado identificaron que mostraba un humor depresivo e irritable, con sensaciones de agotamiento y manifestaba insensibilidad e indiferencia en especial con los pacientes, y que solo era capaz de enfocarse en los aspectos negativos de su trabajo y procuraba aislarse de los demás. Pese a que en ese entonces no le pusieron un nombre a ese conjunto de signos y síntomas, pues fueron los primeros conocimientos del síndrome (Estares et al. 2108).

En 1969, Bradley escribió un artículo titulado “Community bases treatment for youg adult offernders”, que se publicó en la *Revista Crimen y Delincuencia*, y se señala al vocablo *burnout* como una forma de estrés que agota la energía de los trabajadores en su centro de labores (El-Sahili, 2015).

Ya, en 1974, el psiquiatra neoyorquino Herbert Freudenberger, quien laboraba como parte de un voluntariado y en un centro de desintoxicación notó que tras un año de trabajo sus compañeros de labores se mostraban sin energía y agotados, no estaban entusiasmados con su trabajo y se tornaban malhumorados y fríos con los pacientes; y por aquel entonces la terminología *burnout* era utilizada especialmente por los psiquiatras para hacer alusión al efecto psicológico tras el consumo crónico de drogas. Y a partir de allí, Freudenberger consideró al *burnout* como un conjunto de síntomas y signos clínicos recurrentes que alteraban la atención del profesional en diversos ámbitos de trabajo como el educativo, social y sanitario; ya que se manifiesta como sentimientos de fracaso, agotamiento como producto del incremento de las exigencias de energía o recursos propios del empleado. Gracias a su aporte, la comunidad científica lo tomó como punto de partida para continuar ahondando en este tema (Estares et al. 2108).

Años más tarde, la psicóloga social Cristina Maslach emprendió un estudio más intenso de investigación con profesionales que asistían a otras personas y cómo estos hacían frente a la carga emocional que les demandaban sus clientes y pudo descubrir que por el desgaste emocional los sujetos acababan *burned out*, es decir, quemados o agotados después de esforzarse por tiempos prolongados. Además, identificó que no solo lo padecían los integrantes del personal médico, sino aquellos profesionales que brindan trabajos asistenciales y que este síndrome era generado por el entorno laboral. Ya en 1976, expuso lo encontrado en un congreso de la Asociación de Psicología Americana (APA), y se logró revalorizar el término (El-Sahili, 2015)

Conforme avanzó el tiempo se empezó a formular mayor interés en el fenómeno planteándose nuevos modelos y teorías, entre los que está Cherniss (1980), quien elaboró un modelo equilibrado del *burnout* al considerar al individuo y al medio ambiente como elementos que se influyen mutuamente. Edelwich y Brodsky (1980) publicaron el libro *Burnout: Etapas de la desilusión en las profesiones de ayuda*, en el cual plantean cuatro etapas previas a la adquisición del síndrome: el entusiasmo, en donde el trabajador emplea mucha energía en su labor al estar ilusionado; a ello le sigue el estancamiento, que abarca aquel momento cuando el trabajador nota que sus expectativas no están siendo satisfechas; y se llega así a la tercera etapa de frustración, en donde se experimenta una serie de fracasos que lo llevan a la inactividad, y finalmente concluye con la apatía, sentido como una carencia de sentimientos positivos.

Ya en 1981, tras difundirse las investigaciones, Maslach y Jackson desarrollan un recurso de medición para este síndrome llamado Maslach Burnout Inventory, y se logró con ello que el *burnout* pase de la fase formativa especulativa a la empírica mensurable. Ya por 1996, Schaufeli, Maslach y Merck refieren que el *burnout* es un síndrome originado en aquellas labores con remuneración incluso a aquellas de

ejercicio técnico o no profesional, en donde implique cierto compromiso laboral (El-Sahili, 2015).

En la actualidad, sería adecuado que se integre a todo el conjunto de propuestas teóricas y modelos sobre este síndrome para así evitar que el concepto se siga dispersando.

### **2.1.1.3. Diferencia con otras variables psicológicas**

Según Sahili (2015), después de haber estudiado el síndrome *burnout* por mucho tiempo, este constructo aún es confundido con numerosos malestares, riesgos y enfermedades similares, tanto en el ámbito laboral como en otros, debido a esto en el siguiente cuadro se busca diferenciarlo de las diferentes variables con las que suelen confundirse:

Tabla 1

*Diferencias con otras variables psicológicas*

Variables	Características	Síndrome de <i>burnout</i>
Estrés	El estrés se puede manifestar como un fenómeno positivo o negativo para la persona, ya que uno de los tipos es considerado estrés general, debido a que se considera el cumulo de cambios usuales (hogar y trabajo) (Starrin et al., 1990).	Schaufeli y Enzmann (1998) consideran que el <i>burnout</i> es un efecto negativo a largo plazo del estrés crónico, que se da en trabajos que presentan un contacto personal constante y donde el apoyo del profesional se vuelve imprescindible (salud, docentes, entre otros).
Depresión	El constructo depresión está referido a un trastorno psicopatológico complejo, que generalmente se manifiesta con bajo estado de ánimo en los ámbitos laboral, familiar y personal, (Pines et al., 1981).	El <i>burnout</i> se manifiesta como un fenómeno temporal y específico del ámbito laboral, lo que genera dificultades no solo en el individuo sino en toda una organización (Guerrero y Vicente, 2001).
Ansiedad	Respuesta frente al estrés debido a que un individuo no posee los recursos necesarios para afrontar una situación en específico (UGT Andalucía, 2009).	El síndrome de <i>burnout</i> es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo (UGT Andalucía, 2009).
Insatisfacción laboral	Sahili (2015) refiere que es una actitud negativa del trabajador frente a su trabajo motivada por creencias y valores que desarrolla durante el ejercicio de su trabajo basados entre lo que deber ser y lo que es en realidad.	Monte (1991) considera que el síndrome <i>burnout</i> y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, sin embargo, el agotamiento emocional y la despersonalización son aspectos propios y nucleares del <i>burnout</i> .
Fatiga	La UGT Andalucía (2009) menciona que en el padecimiento de la fatiga física se tiene una rápida recuperación, a diferencia de otros constructos similares.	El síndrome de <i>burnout</i> o el síndrome del quemado a diferencia de la fatiga física no es una condición de la cual se pueda recuperar con facilidad y rapidez (UGT Andalucía, 2009).

**2.1.1.4. Modelo tridimensional de Maslach**

Este modelo, planteado por Maslach y Jackson (1982-2009), menciona que el *burnout* es un síndrome psicológico resultado de la excesiva y prolongada exposición a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, también mencionan que este desgaste profesional está compuesto por tres dimensiones fundamentales que son las siguientes:

La experiencia al estrés (cansancio emocional), la evaluación de otros (despersonalización) y la evaluación de uno mismo (falta de realización personal).

*a. Cansancio emocional*

Maslach y Jackson (1982) explican que el cansancio emocional es la pérdida progresiva de energía, acompañada de cansancio, desgaste y fatiga, en la que las personas que laboran se sienten emocionalmente agotadas a causa del trabajo diario con personas a las que se tiene que atender, ya sean pacientes, presos, alumnos, clientes u otros, por lo que es considerada como un estado en la que las personas experimentan agotamiento de sus propios recursos emocionales. Así mismo, Edelwich y Brodsky (1980) mencionan que las personas que padecen este cansancio emocional también tienen pensamientos relacionados a la inutilidad de sus capacidades frente a las personas que solicitan sus servicios, al tener este tipo de pensamientos sienten que han perdido energías positivas, sus ideales, propósitos, flexibilidad y acceso a sus propios recursos. Por tanto, se podría describir al agotamiento como un decaimiento emocional determinado por sentimientos de desamparo, vacío emocional, desesperanza, y actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente; además se incluye sentimientos de inferioridad, ineptitud, incapacidad e inutilidad, así como la pérdida de la creatividad.

*b. Despersonalización*

La despersonalización está caracterizada por actitudes negativas, conductas de irritabilidad o susceptibilidad, así como de respuestas frías, indiferentes e impersonales hacia el resto de individuos, ya sean, clientes, presos, alumnos, pacientes, entre otros; por lo que es considerado como el incremento de sensaciones negativas y de cinismo hacia los individuos que requieren de los servicios que brindan estos trabajadores; además muestran un trato deshumanizado frente a las otras personas por el

endurecimiento afectivo, ya que culpan a estos de sus problemas (Maslach y Jackson, 1982). Por su parte, Cordes y Dougherty (1993) sostienen que este proceso de despersonalización implica un desarrollo de respuestas clínicas y actitudes negativas hacia las otras personas ya sea clientes, compañeros y la propia organización, es decir, esta categoría o dimensión está caracterizada por la generalización, la validación de las etiquetas y las descalificaciones hacia las otras personas, ya que son consideradas objetos.

*c. Realización personal (insatisfacción de logro)*

Maslach y Jackson (1982) menciona que esta dimensión está referida a la evaluación negativa de sí mismo de una persona sobre su trabajo; de tal manera que afecta a sus habilidades para realizar su labor adecuadamente, así como a su relación con las personas que reciben sus servicios. También, está caracterizada por los sentimientos de desilusión y fracaso de sí misma en su labor. Estas personas, a nivel personal, se ven a sí mismos como poco competentes, sienten que no hacen el suficiente esfuerzo o no tienen los conocimientos necesarios para poder realizar su trabajo, esto acompañado de ausencia de posibilidades, expectativas y una generalizada insatisfacción (Manassero et al., 2003). Esta también se basa en sentimientos de inutilidad, ya que la persona se siente incapaz para poder desempeñar o responder a distintas facetas en su puesto de trabajo, lo que genera en un poco compromiso laboral y la poca perseverancia para realizar una tarea asignada (Bakkrt et al., 2002).

### 2.1.1.5. Fases del burnout.

Edelwich y Brodsky, en 1980 (como se citó Bosqued, 2008), siendo antecesores a Maslach en definir al *burnout* y ser base para que ella brinde una definición tridimensional muy aceptada en la actualidad. Proponen una descripción del proceso de desarrollo del síndrome, el cual consta de cinco fases que explican de forma clara el ciclo que atraviesa una persona con *burnout*. Esto se puede presentar en distintos trabajos y momentos del desarrollo profesional.

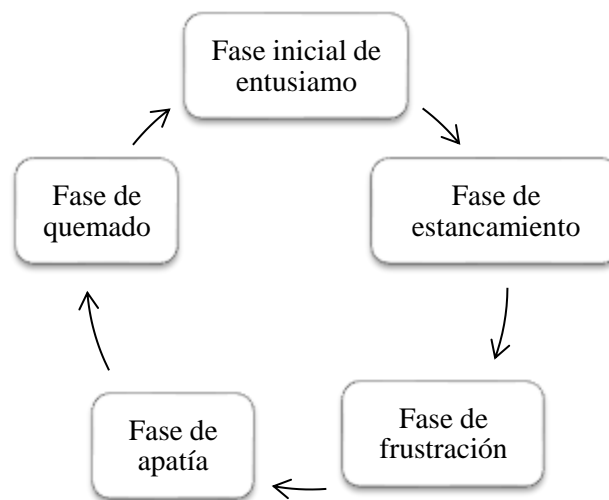


Figura 1. Etapas del burnout

La *fase inicial de entusiasmo* es donde se experimenta alegría y gran energía, por las expectativas que se tienen del nuevo trabajo que se va a realizar, y no se presta atención a otros factores como la carga laboral o la remuneración. Después se presenta la *fase de estancamiento*, donde el profesional se va dando cuenta que sus expectativas no se están cumpliendo, comienza a analizar factores antes olvidados que lo llevan a concluir que su esfuerzo no está siendo bien recompensado. Esto permite que se llegue a la *fase de frustración*, en la que la labor carece de dirección, se expresan cambios de humor, problemas de salud y conflictos dentro del área laboral. En la *fase de apatía* se presentan marcados cambios tanto a nivel actitudinal como conductual, que se evidencian en el cambio en el trato a los pacientes. Por último, la *fase de quemado* se



caracteriza por un conjunto de consecuencias en el estado emocional y cognitivo que llevan al trabajador a un estado de insatisfacción total, lo que lo lleva a abandonar el empleo (UGT Andalucía, 2009).

#### **2.1.1.6. Causas y consecuencias del burnout.**

Según Maslach (2009), existen muchos factores de riesgo individuales, organizacionales y situacionales para desarrollar *burnout*, por lo que se han identificado seis áreas principales para el desarrollo este: carga de trabajo, control, recompensa, comunidad, equidad, y valores, que serán descritos en los siguientes párrafos:

##### *1. Sobre carga en el trabajo*

Esta área está relacionada en cómo el trabajador siente que no tiene el suficiente tiempo para realizar todas las tareas y actividades asignadas en su trabajo, y como tampoco tiene los suficientes recursos (emocionales y laborales) para realizar de forma adecuada el trabajo; por lo que evidentemente existe un desequilibrio entre las capacidades del trabajador y las exigencias del trabajo. Por ello, incluso se puede afirmar que la sobrecarga de trabajo podría ser una de los predictores más importantes de la dimensión del “cansancio emocional” para desarrollar *burnout*.

##### *2. Falta de control*

Esta área está relacionada con los sentimientos o percepciones que los trabajadores podrían desarrollar en su lugar de trabajo, en relación con el control; ya que múltiples investigaciones afirman que existe un relación directa entre la falta de control en el trabajo y los elevados niveles de estrés, ya que muchos trabajadores estando incluso en cargos en los que se requiere tomar decisiones de forma contante, Además, no sienten que tengan la autonomía suficiente para hacerlo, ya que su ámbito de trabajo limitan de forma exagerada las decisiones que podría tomar, por lo que sienten que tiene una gran responsabilidad en relación con las actividades

encomendadas que tienen, pero sin la capacidad para poder controlar aquello por lo cual se le va a responsabilizar, por lo que el estar expuestos a un ambiente laboral muy ambiguo, registran niveles de estrés muy elevados.

### 3. *Recompensas insuficientes*

Esta área está relacionada en cómo el trabajador se siente recompensado en relación con su desempeño, la mayoría de las recompensas ofrecidas por las organizaciones son el sueldo o beneficios especiales, sin embargo, muchos olvidan las recompensas que implican el reconocimiento al trabajador, ya que, si un trabajador está haciendo su mejor esfuerzo para que la labor que realiza sea de calidad, y no se siente reforzado por esta conducta, acarrea problemas relacionados con el *burnout*. Esto en el personal que trabaja directamente con personas en su servicio diario, se ven mucho más expuestas a generar *burnout*, debido a las recompensas insuficientes que les brinda su entorno laboral.

### 4. *Quiebre en la comunidad*

En cuanto a esta cuarta área, está relacionada con las relaciones interpersonales que se forman en las organizaciones, ya que cuando estas relaciones están caracterizadas por un ambiente lleno de hostilidad, competitividad, falta de apoyo, desconfianza, hay un quiebre en las relaciones laborales. Lo que hace que el empleado no tenga los recursos necesarios, para resolver situaciones conflictivas o tomar decisiones adecuada, lo que genera insatisfacción laboral, hostilidad y elevados niveles de estrés y *burnout*.

### 5. *Ausencia de imparcialidad*

Esta área trata sobre la imparcialidad en el trabajo, ya que percibir que el área de trabajo es injusta, poco equitativa o desequilibrada, podría ser el antecesor directo del *burnout*. Y de forma más específica estaría relacionada con la segunda dimensión

de “despersonalización”, ya que al percibir a su lugar de trabajo de esta forma hace que en ellos surjan emociones de rabia, hostilidad, entre otras emociones, lo que hará que cuando las personas estén experimentando la falta de equidad, tomen medidas para intentar restablecer la equidad.

#### 6. Conflictos de valor

El impacto de los valores es otro factor importante para desarrollar *burnout*, ya que los estos son ideales o metas que hicieron que el trabajador desempeñe su labor actual, por lo que, si esta conexión motivadora entre el colaborador y su lugar de trabajo se rompe y las metas personales cambian en relación con los de la empresa, se genera un conflicto de valores. Lo que hará que surja en él malestar por su trabajo y se generará *burnout*. Para comprender mejor este modelo explicativo del *burnout* veremos el siguiente diagrama que lo explica:

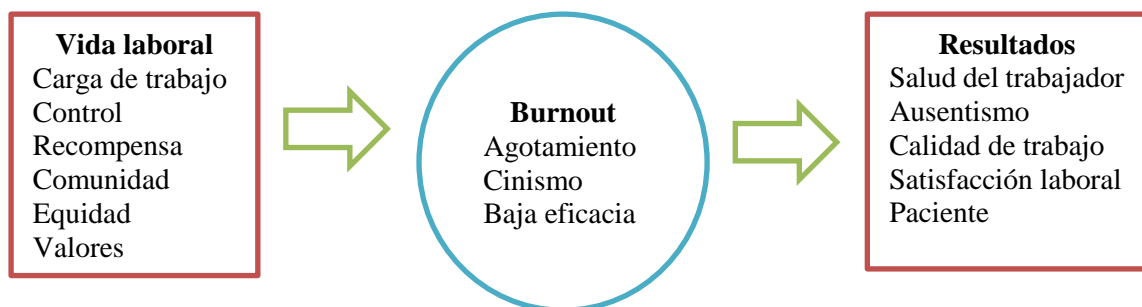


Figura 2. Modelos de mediación. Nota: Adaptado de Leiter y Maslach, 2004

Lo que explica este diagrama es que las seis áreas mencionadas con anterioridad, al estar expuestas a diferentes factores estresores no son los causantes directos de los resultados como tal; por ejemplo, “el desempeño deficiente”, pero sí causan una experiencia de *burnout* y esto a su vez lleva a consecuencias personales como organizacionales (Leiter y Maslach, 2004).

Ahora para comprender las consecuencias de *burnout* de forma más específica veamos a Gil- Monte (2005), quien menciona que existen alrededor de cien síntomas o

consecuencias asociados al *burnout*, y optó por clasificarlos considerando sus áreas de influencia como: cognitivos, afectivos, actitudinales y sociales:

a. *Emocionales*. El *burnout* ocasiona ansiedad, labilidad e irritación, además de abatimiento depresivo. Así como, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa, tristeza y soledad. Según Maslach y Leiter (1997), genera desgaste y una sensación de no poder recuperarse, y de carecer de energía para afrontar nuevas oportunidades.

b. *Cognitivos*. Se manifiesta como una merma en la autoestima profesional y personal, y una disminución en la satisfacción laboral. El profesional percibe inconformidad personal y profesional en su puesto de trabajo como producto de la disonancia entre lo que exige la demanda y los recursos con los que cuenta para satisfacerlas. También, trae consigo sentimientos de bajo autoconcepto, frustración, tensión, fracaso personal con actitudes negativas y se llega incluso a tener pensamientos suicidas.

c. *Psicosomáticos y conductuales*. Según Olabarría (1995), al padecer *burnout* también se puede llegar a experimentar alteraciones físicas como cefaleas, fatiga crónica, insomnio, hipertensión, cansancio excesivo, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolor en el cuello y espalda, modificación del periodo menstrual, alteraciones en la alimentación, conductas agresivas o violentas dirigidas hacia sus compañeros o personas que reciben sus servicios, familiares y demás personas allegadas a su círculo social, incremento en el consumo de tabaco, café o medicamentos. También, la persona suele faltar al trabajo o mostrar desinterés por sus actividades, en muchas ocasiones tiende a maltratar a quienes reciben sus servicios utilizando un lenguaje denigrante y casi no intentan buscar soluciones ante la presencia de dificultades, se muestran rígidos y hacen uso de la burocracia.

d. *Sociales*. Sus relaciones interpersonales se ven alteradas tanto con personas de su ámbito laboral ya sea con compañeros o superiores, así como con los usuarios; se muestran distantes y frívolos, hacen uso de la ironía y sátira como medio de ataque hacia el resto. Caen fácilmente en conflictos interpersonales con actitudes hostiles e insensibles.

### **2.1.2. Mindfulness**

#### **2.1.2.1. Orígenes del mindfulness.**

Dentro de la tradición budista son cotidianas las prácticas de meditación entre las que están presentes la Vipassana y la meditación zen. Para diferentes autores el *mindfulness* es “el corazón de la meditación budista” (Kabat-Zinn, 2013, p. 20). El término *mindfulness* que es la versión inglesa de *sati*, una antigua palabra india que significa ‘consciencia, atención y recuerdo’, en español puede traducirse como ‘atención plena o conciencia plena’. En su expansión por el mundo, el *mindfulness* no solo es relacionado con la meditación, sino que se entiende como un estado de concentración en el aquí y ahora, orientada a la aceptación de lo que va aconteciendo dentro uno mismo, como pensamientos, emociones y sensaciones (Brown y Ryan, 2003).

Existen diferentes tradiciones budistas, como la Mahayana y Vajrayana, pero el *mindfulness* nace del budismo Theravada, propagado hace 25 siglos por el Buda Siddharta Gautama. Para la doctrina budista, la mente es lo principal, y el objetivo que se busca es darle autonomía y limpiarla, un medio por el cual se logra esto es la meditación Vipassana, que está directamente relacionada con alcanzar el nirvana, que es un estado donde se tiene plena conciencia de la realidad, para su desarrollo describen tres pasos: el primero es no realizar actos físicos o verbales que no ayuden a lograr paz y armonía a los demás; en segundo lugar, se aprende a dirigir a la mente a

que se centre en un solo objeto; finalmente se pasa a la autopurificación (Ruiz et al., 2012).

Dentro del *mindfulness* también se incluye la práctica de la meditación zen. El término *zen* es la pronunciación en japonés del término *chan*, que proviene de la palabra *dhyana*, que viene del sánscrito, lengua clásica utilizada en textos sagrados en India, traducido al español como ‘meditación’. Estas prácticas han sido adaptadas y forman parte de programas como elemento central, entre las que se encuentran el Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 1990) y Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2007).

El que en la actualidad el *mindfulness* sea una práctica conocida y practicada en gran parte del mundo, se debe al moje budista Tich Naht Hanh, quien empleó por primera vez el término en su libro *El milagro del mindfulness* (Tich, 1975), y también a los diferentes autores que se interesaron en su desarrollo y cambio para utilizarlo dentro de enfoques terapéuticos. A pesar de la larga historia de la relación entre el *mindfulness* y la aceptación con los enfoques terapéuticos (Olendzki, 2005), en el campo de la salud mental recién se ha manifestado un interés por estos constructos en la psicoterapia. Las técnicas de *mindfulness* en la actualidad forman parte de las terapias de tercera generación, que se distinguen por su carácter experiencial y su orientación a la aceptación (Hayes et al., 2006).

#### **2.1.2.2. Definición**

Definir el *mindfulness* tiene un nivel alto de dificultad, sin embargo, muchos autores han dedicado tiempo y esfuerzo a este trabajo, mediante el análisis de conductas, manifestaciones experienciales y los procesos psicológicos implicados (Bishop et al., 2004).

Las definiciones que se presentan, se enfocan en explicar lo que se experimenta en la práctica y los componentes que están asociados; el *mindfulness* según Vallejo “puede entenderse como atención y consciencia plena, presencia atenta y reflexiva” (2006, p. 232). Siguiendo la misma línea, Simón (2007) refiere que es algo que todos hemos experimentado, “cuando somos conscientes de lo que hacemos, pensamos o sentimos... Es la práctica de la autoconsciencia” (pp.7-8). Las dos definiciones expuestas hacen énfasis en la atención y en la concentración en el aquí y ahora. Otra propuesta interesante es considerarlo inherente al ser humano, quien con práctica o sin ella puede llegar a desarrollarla (Brown y Rayan, 2004), lo que hará énfasis en que las características individuales son un factor importante para su desarrollo.

La propuesta de una definición en función de los componentes fue realizada por Bishop et al. (2004), quien describe al *mindfulness* como la autorregulación de la atención en las emociones, pensamientos y conductas, a su vez esta atención debe ser con apertura, curiosidad y aceptación.

El investigador más reconocido y uno de los primeros en utilizar el constructo Jon Kabat-Zinn (1990), quien define el *mindfulness* como estar atento al aquí y ahora sin realizar juicios de valor, está relacionado con mantener un contacto con uno mismo, de nuestra percepción de lo que nos rodea y de cultivar la capacidad de contemplar el presente, además que describe y explica la importancia de los elementos fundamentales relacionados con las actitudes dentro de la práctica de *mindfulness*, entre los cuales se encuentran no juzgar, paciencia, mente de principiante, confianza, no esforzarse y aceptación.

Una práctica constante, con esmero e interés permite lograr el estado de *mindfulness*. Realizar a diario la meditación ayuda a desarrollar la observación y

aceptación, esto permite que las personas cambien la relación con sus propios sentimientos, pensamientos y sensaciones (Ruiz et al., 2012).

### **2.1.2.3. Componentes del *mindfulness***

Alcanzar aquellas experiencias que el *mindfulness* demanda, requiere realizar cambios a nivel cognitivos y actitudinales distintos a los que las personas comúnmente están habituadas para relacionarse con sus eventos internos y externos. Bishop et al., (2002) diseñan un modelo con dos componentes para el *mindfulness* y son las siguientes:

- Autorregulación de la atención. Referida a sostener la atención en la experiencia del momento, sin la necesidad de recurrir al control de tal modo que se logre reconocer cada acontecimiento del aquí y ahora; y para lograr ello es necesario entrenar una serie de habilidades que a continuación de describirán.
- Atención sostenida. Es la capacidad de mantenerse en un estado de vigilia durante espacios extensos de tiempo.
- Cambio atencional. Significa direccionar el foco de la atención a la respiración una vez que se empieza a identificar aquellos pensamientos, sentimientos y sensaciones intrusivos. Ello se logra empleando la flexibilidad de la atención es decir permitiéndonos llevar de un estímulo atencional (un determinado pensamiento) a otro (la respiración).
- No elaborar pensamientos, sentimientos y sensaciones a pesar de que intenten aparecer. Con ello se entiende que no se busca suprimirlos o eliminarlos, sino tomarlos como objetos o elementos de observación que una vez que capten nuestra atención sean reconocidos, para luego dirigir otra vez la atención a la respiración y así evitar esos pensamientos, sentimientos y sensaciones.



- Orientación hacia la experiencia. Este componente busca que el individuo se acerque a sus experiencias con una orientación de aceptación y curiosidad, sin considerar el significado emocional de la misma. Para Bishop et al., (2002), la aceptación radical es el elemento más significativo de la experiencia de *mindfulness*, ya que aceptar todo tipo de respuestas cognitivas, psicofisiológicas o emocionales, como consecuencia de nuestra interacción con el medio es significativo para iniciar cambios, más aún en personas que hacen uso de la evitación como mecanismo de afronte ante eventos desagradables.

Según Germer (2005) se destacan ocho procesos cognitivos en la experiencia *mindfulness*:

- No conceptual. Consiste en hacernos conscientes de los pensamientos, mas no de elaborarlos.
- Centrado en el presente. Consiste en mantenerse en el momento de la experiencia.
- No condenatorio. No establecer críticas ni juicios de valor de aquello que se experimenta.
- Intencional. Es decir, dirigir el foco atencional a un estímulo y regresar a él de manera automática aun cuando haya distracciones.
- Observación participante. Es observar lo que se vivencia siendo parte de ello con plenitud sin mantenerse distante.
- No verbal. En el momento *mindfulness* debe haber una relación con las emociones y sentidos.
- Exploratorio. Es estar dispuesto a estar en el omento y no poner resistirse a lo que implique experimentar.

- Liberador. El *mindfulness* desliga aquellos hábitos molestos generados por las críticas negativas, la proyección al pasado y de lo que vendrá, y de aquellas emociones y sensaciones desagradables que se quiere evitar experimentar.

#### **2.1.2.4. Técnicas del *mindfulness***

- i. Autoexploración corporal (*body scan*). Según Kabat-Zinn (1985), es una técnica que se emplea acostándose boca arriba y haciendo que la mente recorra diferentes partes del cuerpo. Ello se usa para desarrollar la concentración y la flexibilidad de la atención. Lo ideal es practicarla de manera intensiva, por lo menos durante cuatro semanas, ya que constituye la primera técnica para desarrollar la concentración, la calma y la atención plena.
- ii. Meditación sentada. Se realiza en posición erecta, para que el cuello y la espalda se hallen en la misma línea vertical y así la respiración pueda fluir con facilidad. Se busca observar como la respiración entra y sale, así como la atención se distrae para que luego lentamente se retorne a la respiración. En las primeras semanas de práctica solo se hace énfasis en la respiración, pero pasado el tiempo se amplía el foco de atención a sonidos hasta el propio proceso de pensamiento. Para Kabat Zinn (1985), el objetivo es llegar a la conciencia sin opción, es decir, estar receptivo a todo lo que nos ocurre en cada momento.
- iii. Meditación *mindfulness* caminando. Busca concentrarse en las sensaciones producidas en los pies o piernas, sintiendo el movimiento del cuerpo al caminar. Lo ideal es lograr tal práctica en todo tipo de desplazamientos, como al ir de compras.
- iv. Estiramientos y posturas de Hhatha Yoga. Consiste en ejercicios de estiramiento y fortificación practicados con lentitud y teniendo conciencia en cada momento

de la respiración, así como de aquellas sensaciones producidas al adoptar posturas corporales.

- v. Atención plena en la vida cotidiana. Radica en poner atención a cada momento de la vida cotidiana, así como en cada acción que se lleva a cabo. Ello nos permitirá vivir en el presente, incluso tomando conciencia de pensamientos, emociones y sentimientos para ponernos en contacto con ellos con aceptación, sin juicios de valor y cortando vínculo con cualquier forma de pensamiento, para en lo posterior lograr la calma y serenidad.
- vi. Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena. Este ejercicio demuestra una nueva forma de interactuar con una experiencia común y del día a día, nos da cuenta de que hacerlo devela una experiencia inesperada. Para Brantley (2010), esta práctica es importante porque se demuestra que la conciencia plena la poseemos todos, y se puede cultivar de manera divertida y con algo tan sencillo como el comer.

#### **2.1.2.5. *Mecanismos de acción del mindfulness***

Las investigaciones realizadas con la variable *mindfulness* usualmente se han centrado en evaluar la eficacia de intervenciones que hacen uso de esta herramienta terapéutica, por lo que ciertos modelos han intentado centrar su atención en los mecanismos de acción implícitos dentro de las intervenciones, por ejemplo, desde el enfoque cognitivo se proponen mecanismos cognitivos mediadores como la conciencia metacognitiva, y mediadores atencionales como la modulación del foco atencional (Ruiz et al., 2012), y desde la neurociencia se proponen mecanismos como la mediación neurobiológica, y los cambios neurofuncionales (Fletcher et al., 2010), por lo tanto, en las siguientes líneas se explicarán los mecanismo de acción que más apoyo empírico e investigativo tienen:

a) *Exposición*

Según Foa y Kozak (1986), dentro de las terapias cognitivo-conductuales, la exposición es uno de los procedimientos más utilizados y primordiales en la intervención terapéutica, pero en la práctica de *mindfulness* se usa para poder contemplar las sensaciones, pensamientos, y emociones, pero sin intentar cambiarlas o controlarlas, sino aceptarlas tal y como se presentan, por lo que se puede entender a este tipo de observación como una exposición interoceptiva, frente a la imaginación y los eventos internos en vivo, con el fin de que la persona logre un reprocesamiento emocional frente a contenidos aversivos (como se citó en Ruiz et al., 2012). En relación con esto, el programa de Kabat-Zinn sobre la reducción del estrés basado en la conciencia plena, planteada en 1979, hace uso de esta exposición para dirigir la atención distintas zonas del cuerpo, observando detenidamente las sensaciones corporales, sin enjuiciarlas y sin valorar los pensamientos y emociones que se desprendan de estos, permitiendo así una desensibilización y reducción de la reactividad emocional ante estas sensaciones o emociones.

b) *Relajación*

Es importante recordar que el *mindfulness* no es un entrenamiento de relajación, pero para poder llegar a la relajación se puede hacer uso de la meditación, sin embargo, en la práctica del este, al atender con conciencia plena y sin intentar cambiar las sensaciones corporales, pueden generar una mayor percepción de sí mismas. Lo que genera, a su vez, mayor tensión muscular o incluso dolor, pero algunos ejercicios como el body scan, utilizados por Kabat-Zinn en su programa de reducción del estrés basado en *mindfulness*, contribuyen a estado de relajación. La práctica del *mindfulness* se hace más trascendental que las técnicas usuales de relajación, ya que desde el enfoque del *mindfulness* se busca la cultivación de un estado de salud mental y corporal relajado

(Ruiz et al., 2012; Delgado, 2009; Baer, 2003), para lo cual debemos de comprender los siguientes conceptos:

- Conciencia metacognitiva

La conciencia metacognitiva es una de componentes más importantes dentro de las intervenciones terapéuticas basadas en mindfulness, como en la terapia cognitiva basada en mindfulness plantada por Segal et al. (2002), ya que está orientado a potenciar esta capacidad ( conciencia metacognitiva), para poder hacer frente a distintas situaciones, ya que cuando un individuo practica mindfulness logra desarrollar un buen nivel de esta capacidad y es capaz de usarla para interceptar pensamientos indeseables y elegir respuestas más adecuadas (Ruiz et al., 2012).

Teasdale et al. (1995), menciona que uno de los factores principales del mantenimiento y sufrimiento de las personas frente a los trastornos mentales que padecen es la relación que la persona ha aprendido a activar con sus propias experiencias internas, ya que suelen dejarse llevar por la cadena de pensamientos que se expanden y toman el control de todo el ser de la persona, durante el mindfulness también sucede esta activación automática, sin embargo la relación que se establece es diferente, ya que se toma conciencia de estar dentro de un proceso de pensamientos interminables y poco agradables, sin querer eliminarlos sino de observarlos y distanciarse de estos, reconociendo que una persona es más que solo la suma de sus pensamientos, cortando así esta ciclo interminable, y desarrollando una conciencia metacognitiva, de esto la importancia de lograr desarrollar esta capacidad (como se citó Ruiz et al., 2012).

- Mecanismo de recepción

Shapiro et al. (2006) alude que la práctica de mindfulness orientada hacia el desarrollo de la atención, intención y actitud, contribuyen a alcanzar el estado de

mindfulness, es decir, el estado en el que se tiene mayor claridad y objetividad, frente a las experiencias internas o externas que afronte una persona en el momento presente, por tanto esta nuevo mecanismo cognitivo permitirá a la persona mayor autorregulación, clarificación de valores, exposición, y mayor flexibilidad cognitiva, emocional y conductual, frente a los patrones rígidos que mantienen el sufrimiento emocional

- Aceptación

Es uno de los componentes más importantes dentro de la intervención terapéutica del mindfulness, ya que se logra la aceptación de pensamientos, sentimientos, impulsos y todo tipo de procesos cognitivos emocionales y corporales, lo que hará énfasis en la no valoración de estos, lo cual permite que la persona no reaccione de forma automática activando patrones establecidos, sino haciendo que más bien se activasen mecanismos de afrontamientos más eficaces, lo cual no sucede con una persona no entrada en mindfulness, ya que esta podría caer en la evitación, al tratar de negar pensamientos recurrentes negativos, lo cual es uno de los factores del manteniendo de trastornos mentales (Mahasi, 2006; Vallejo, 2006; Ruiz et al., 2012).

- Autoobservación

La autoobservación en el entrenamiento de mindfulness ayuda a promover mayores estrategias de afrontamiento, así como prevenir recaídas en las adicciones y en la depresión, y también mejora la conciencia de pensamientos y emociones, sin embargo, hay que tener en cuenta que esta observación debe de ser centrada en el presente, donde se evalúa a las situaciones, sino acepta las experiencias que vive en el momento, por lo que es considerado uno de los aspectos fundamentales en el tratamiento con mindfulness, aunque no esté bien definido cual su efecto específico (Ruiz et al., 2012).

b) *Autorregulación emocional*

Una de las características primordiales de los trastornos mentales es la constante lucha de cada individuo por regular sus emociones, el entrenamiento en *mindfulness* puede contribuir a una mejor regulación emocional, que disminuyen así las rumiaciones, obsesiones, las conductas compulsivas, las distracciones, las distorsiones cognitivas, las autolesiones, y entre otros aspectos, así como también permite una disminución en la reactividad emocional de las personas, ya que descentraliza las experiencias internas y externas (Hayes y Feldman, 2004).

Otros autores como Shapiro (2006) mencionan que la práctica del *mindfulness* actúa como un mecanismo de autorregulación haciendo que las personas logren comprender que los estados son transitorios, es decir que aparecen y desaparecen, y esto permite que no aparezcan conductas disfuncionales frente a situaciones específicas, por lo que diversos autores concuerdan en que la práctica del *mindfulness* está relacionada con menores dificultades en la regulación emocional (Ruiz et al., 2012).

**2.1.2.6. *Programas que incluyen el mindfulness***

Programa de Reducción de Estrés Basado en Mindfulness (MBSR). Este programa fue planteado por Kabat-Zinn en 1979, quien es el primer fundador y director de la clínica de reducción de estrés en Massachusetts, y fue meditador y discípulo del maestro zen coreano Seung Sahn. Basa estas experiencias crea el programa MBSR, que se enfoca en la atención plena, combinada con la meditación budista, y prácticas de yoga, con el fin de reducir y aumentar el bienestar de las personas, (Kabat-Zinn, 2007). Este autor plantea que las reacciones al estrés son automáticas, ya que frente al estrés se presenta una serie de respuestas fisiológicas desequilibradas, y a su vez con estrategias de afrontamiento para hacer frente a estas situaciones aun no sean adaptativas. En este momento de reacción frente al estrés, la persona tiene conciencia

de lo que sucede mientras se va desarrollado y en este momento se puede determinar la reducción de la respuesta o incrementar los efectos dañinos de este, es por eso que se plantea el programa para aumentar la conciencia plena del individuo y así responder de forma más adecuada el estrés por lo que se plantea la siguiente estructura y técnicas utilizadas:

Tabla 2

*Programa de Reducción De estrés Basado en Mindfulness*

Estructura del MBSR	Técnicas utilizadas
<p>Sesiones 1-2: Se practica <i>body scan</i> durante 45 minutos diarios, y la meditación sentada con conciencia de la respiración 10 minutos diarios</p> <p>Sesiones 3-4: Se alterna el <i>body scan</i> y el yoga, por 45 minutos, y también se realiza la meditación sentada con conciencia de la respiración de 15 a 20 minutos.</p> <p>Sesiones 5-6: Se realiza la meditación sentada durante alternando con yoga por 45 minutos y se realiza la meditación caminando.</p> <p>Sesiones 7: Se debe permitir a los participantes utilizar el método que más les agrade durante 45 minutos diarios, pero sin hacer uso de las grabaciones.</p> <p>Sesiones 8: se permite volver a utilizar las cintas, también hace <i>body scan</i>, meditación sentada y yoga.</p>	<p>Autoexploración corporal (<i>body scan</i>).</p> <p><i>mindfulness</i>, en posición sentada o bien caminando</p> <p>Estiramientos y posturas de Hatha Yoga.</p> <p>Atención a la vida cotidiana.</p> <p>Ejercicio de comer una uva pasa con atención plena.</p>

Programa de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). Esta terapia surge de la necesidad de responder a la alta prevalencia de este trastorno (depresión), si



bien es cierto muchos autores respaldan el tratamiento de este trastorno bajo el modelo cognitivo conductal se piensa que es demasiado restrictivo, pues el hecho de cambiar los contenidos de los pensamientos no abarcaba con otros factores que no se estuvieran tomando en cuenta, y teniendo en cuenta las diversas vulnerabilidades de los pacientes con depresión se planteó hacer un cambio basado en cómo se entiende la relación de las emociones y los estados de ánimo negativos, y de esta forma ayudar al quiebre de los pensamientos y pautas rumiativas, previniendo futuras recaídas y promoviendo así el *insight* metacognitivo, que consiste en entender que los pensamientos y emociones son transitorios, por lo que no son determinantes sobre la vida de la persona ni aspectos fundamentales del yo (Teasdale, 1999; Ruiz et al., 2012). Por tanto, pensando en estos aspectos, autores como Segal et al. (2002) decidieron crear el programa (MBCT), usando la conciencia plena, y la terapia cognitiva, con el fin de facilitar la toma de conciencia en el momento de que pudieran generarse emociones negativas, así como desligarse de los patrones establecidos que les generan malestar, debilitar las rumiaciones del pensamiento debido a que ese lugar lo ocuparía la toma de conciencia, acompañados de algunas técnicas del programa de reducción de estrés de Kabat-Zinn, como el *body scan*, meditación sentada, conciencia de la respiración y movimientos y posturas del yoga, en este programa básicamente se trabaja la habilidad de reconocer y desengancharse de estados mentales caracterizados por patrones autopetruantes de pensamientos negativos y rumiaciones, este programa también tiene una duración de ocho semanas con dos horas y media semanales (Ruiz et al., 2012).

Cabe mencionar que en otros programas también se hace uso de la práctica del *Mindfulness* formal como en los siguientes:

Tabla 3

*Programas que hacen uso del mindfulness formal*

Nombre del programa	Autores y año de creación	Características
Programa Basado en Mindfulness para la Prevención de Recaídas ( <i>Mindfulness Based Relapse Prevention-MBRP</i> )	Marlatt en el 2005.	Utiliza la consciencia plena con la tradicional prevención de recaídas, para ayudar al paciente a evitar recaídas, especialmente frente a acciones (Marlatt, 2011). El tratamiento DBT se basa en un vaivén continuo entre el cambio y la aceptación, con la meta última de crear “una vida que valga la pena ser vivida” (Linehan et al., 2006).
Terapia dialéctica conductual ( <i>Dialectical Behavior Therapy-DBT</i> )	Marsha Linehan en el año 1993.	Está basada en la Teoría del Marco Relacional (RFT), por lo que se plantea que el paciente pueda contactar con sus sentimientos y pensamientos (Mantilla, 2019).
Terapia de Aceptación y Compromiso ( <i>Acceptance and Commitment Therapy-ACT</i> )	Hayes, Stroschal y Wilson en 1999.	
Terapia de Conducta Basada en la Aceptación ( <i>Acceptance Based Behavior Therapy-ABBT</i> )	Roemer y Orsillo del año 2002 al 2007.	Se basa en las terapias o tratamientos anteriores, pero tiene más elementos del MBCT. (Ruiz et al., 2012).

**2.1.2.7. Definición de términos básicos**

*Mindfulness.* Para Kabat-Zinn, “el Mindfulness es una consciencia plena, una consciencia que se desarrolla prestando una atención concreta, sostenida, deliberada y sin juzgar al momento presente” (2013, p. 9), así mismo considera que el *mindfulness* es una de las muchas formas de meditación que existen, y que su práctica ayuda a regular la atención y energía, así como también la relación con los demás y con el mundo.

*Síndrome de burnout.* También llamado como el síndrome del quemado o síndrome del desgaste profesional, que es definido por Maslach (1982) como un síndrome compuesto por el agotamiento emocional, la despersonalización y desrealización, que está directamente relacionado con las personas que trabajan con otras personas o en el cuidado de otras personas.

## Capítulo III

### Hipótesis y Variables

#### 3.1. Hipótesis general

Existen efectos significativos del programa de *mindfulness* sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.

#### 3.2. Hipótesis específicas

- El programa de *mindfulness* tiene un efecto significativo sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.
- El programa de *mindfulness* tiene un efecto significativo sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.
- El programa de *mindfulness* tiene un efecto significativo en la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.

### 3.3. Operacionalización de variables

---

Efectos de un programa de *mindfulness* sobre el síndrome de *burnout* en personal de enfermería de un hospital de la región centro

---

Variable de estudio:

síndrome de *burnout*

Conceptualización de la variable:

Conocido también como síndrome del quemado o síndrome del desgaste profesional, Maslach (1982) define al *burnout* como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro profesional que se produce en personas que trabajan entregando cuidados de algún tipo.

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Cansancio emocional (CE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la fuerza o capital emocional.</li> <li>- Sentimiento de vacío.</li> <li>- Disminución de la capacidad de entrega desde un nivel personal como psicológico.</li> </ul>	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.	Las 22 preguntas respondidas con una escala de Likert, siendo los valores: 0 nunca 1 pocas veces al año o menos
Despersonalización (DP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimientos y actitudes negativas y cínicas.</li> <li>- Deshumanización en relación con sus casos.</li> </ul>	5, 10, 11, 15, 22.	2 una vez al mes o nada 3 unas pocas veces al mes
Realización personal (RP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia a evaluarse negativamente.</li> <li>- Sentimientos de infelicidad.</li> <li>- Descontento consigo mismo y con su labor.</li> </ul>	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.	4 una vez a la semana 5 pocas veces a la semana 6 todos los días

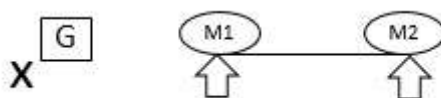
---

## Capítulo IV

### Metodología

#### 4.1. Diseño de Investigación

El estudio fue de enfoque cuantitativo de tipo experimental con diseño preexperimental de pre y post-test con un solo grupo, consiste en la aplicación de una prueba previa al estímulo o tratamiento y otra posterior a ella, teniendo la primera medición como referente inicial (Hernández y Mendoza, 2018). Su representación es la siguiente:



Donde:

G: Grupo experimental

M1: preprueba con un solo grupo

M2: posprueba con un solo grupo

X: tratamiento experimental

#### 4.2. Población

Vivo (2015) define a la población como el grupo en el cual se muestra interés para realizar diferentes análisis. En tal sentido la presente investigación contó con una población de 69 enfermeros de un hospital de la región centro, Perú.

#### 4.3. Muestra

Para Bernal (2010), la muestra es un grupo de la población que se selecciona para realizar las mediciones y observaciones de las variables en estudio, donde se obtiene la información necesaria para la investigación. Siendo para este estudio una

muestra no probabilística dirigida, compuesta por 19 enfermeros de un hospital de la región centro, Perú.

#### **4.3.1. Criterios de inclusión**

Pueden participar mujeres y varones, de 25 a 65 años de edad, en condición de nombrados o contratados y con tendencia o presencia de síndrome de *burnout*.

#### **4.3.2. Criterios de exclusión**

Serán excluidas del programa las personas que estén recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico, no presenten síndrome de *burnout* en ningún nivel, los que no deseen participar de forma voluntaria en el programa, o solo participen en menos del 70 % de las sesiones.

### **4.4. Instrumentos de Recolección de Datos**

#### **4.4.1. Inventario de Burnout de Maslach y Jackson**

Ficha técnica

Nombre	MBI - Inventario “Burnout” de Maslach
Procedencia	California – Estados Unidos
Autoras	Cristina Maslach y Susana Jackson, 1981
Adaptación española	Nicolas Seisdedos, 1997
Adaptación peruana	Llaja, Sarria y García, 2007
Administración	Individual y colectiva
Tiempo de aplicación	Variable de 10 a 15 minutos
Finalidad	Evaluación de tres variables del síndrome del estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal
Tipificación	Baremos percentilares por categorías: alta, media y baja

## Descripción del instrumento

Para medir el síndrome de burnout en el personal de enfermería, utilizamos el MBI Inventario Burnout de Maslach en su adaptación peruana realizada el 2007 en una muestra de 313 profesionales de Lima, esta escala está integrada por 22 ítems. Las alternativas de respuesta están en una escala Likert: nunca (0), pocas veces al año o menos (1), una vez al mes o menos (2), unas pocas veces al mes (3), una vez a la semana (4), pocas veces a la semana (5), todos los días (6). Esta prueba está constituida por tres subescalas cansancio emocional, despersonalización y realización personal con 9, 5 y 8 ítems respectivamente. Para aplicar uno de nuestros criterios de inclusión fue necesario emplear puntajes globales que permitieran dividir a la población en profesionales con y sin burnout, por ello se utilizó los siguientes puntos de corte: para ausencia del síndrome de *burnout* los valores se sitúan entre 0 y 48 puntos, para tendencia entre 49 y 83 puntos y finalmente para determinar la presencia los puntajes deben estar entre 84 y 132 puntos (Guillinta, 2019).

## Confiabilidad y validez

Para determinar la confiabilidad del instrumento se empleó como método de consistencia interna el alfa de Cronbach, contando con una muestra de 1316 participantes, obteniéndose los siguientes índices: 0.90 para cansancio emocional, 0.79 para despersonalización y 0.71 para realización personal. Además de ello, se realizaron dos análisis originales en donde utilizaron el Test-retest. En el primer estudio se tuvo una muestra de 53 graduados universitarios en servicios sociales, quienes fueron evaluados con un intervalo de dos a cuatro semanas entre la primera y segunda aplicación, como resultado se obtuvieron los siguientes índices de fiabilidad: 0.82 para cansancio emocional, 0.60 para despersonalización y 0.80 para realización personal. En cuanto al segundo estudio realizado con 248 docentes, con un intervalo de un año entre

ambas aplicaciones, se hallaron los siguientes índices: en cansancio emocional 0.60, en despersonalización 0.54 y en realización personal 0.57. Los índices son moderados, pero al 1% de nivel de confianza son significativos.

En relación a la validez, los autores emplearon 3 tipos de análisis para determinar la conexión de las puntuaciones del MBI. La primera consistió en una evaluación del comportamiento por una persona cercana (pareja o compañero de trabajo), en la segunda se identificó la presencia de algunas características laborales relacionadas al estrés y la tercera en las medidas de otras variables que estén relacionadas con el constructo.

Llaja, Sarria y García (2007) en su adaptación peruana, utilizaron el Alfa de Cronbach para determinar la confiabilidad del instrumento, en el área de agotamiento emocional se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.80, en la despersonalización 0.56 y en la realización personal 0.72, con lo cual se obtienen puntajes confiables. En relación a la validez, después de realizado el análisis factorial, la dimensión cansancio emocional logro una mayor varianza con 39.97%, a diferencia de la despersonalización que obtuvo un 37.59% y la realización personal un 34.90%, esto indica a pesar de no superar el 40% lograron satisfacer los criterios de validez. Por esta razón se decidió emplear esta adaptación del instrumento.

#### **4.4.2. Registro “Midiendo mi estrés”**

Para evaluar el nivel de estrés en los participantes se utilizará el registro “Midiendo mi Estrés”, elaborado por las investigadoras, el cual está compuesto por los apellidos y nombres de los participantes y un cuadro que indica el número de sesiones, en donde deberán estimar del 1 al 10 en cuánto se encuentra su estrés antes y después de cada sesión; además este registro permitirá controlar la asistencia de los participantes.



#### **4.5. Procedimiento**

- i. Se realizó la revisión de literatura.
- ii. Creación del programa de *mindfulness*.
- iii. Obtención de los permisos de la institución. y el consentimiento informado de los participantes
- iv. Primera aplicación del MBI Inventario Burnout de Maslash.
- v. Selección de la muestra, aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- vi. Entrega de un kit de *mindfulness* a los 31 participantes.
- vii. Aplicación del programa de *mindfulness*, que consta de diez sesiones desarrolladas de forma *online* en el horario de las 8 de la noche, cada sesión tuvo una duración de 45 minutos. Paralelo a ello se creó un grupo de WhatsApp donde a diario se les recordaba a los participantes las tareas con frases e imágenes motivadoras.
- viii. Se realizó la segunda aplicación del Inventario de *burnout* de Maslash, a los participantes que lograron una asistencia mayor al 70 % en programa de *mindfulness*
- ix. Los datos obtenidos fueron analizados mediante técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.
- x. Finalmente se interpretaron los resultados.

#### **4.6. Análisis de Datos**

Los datos fueron analizados con el paquete estadístico para las ciencias sociales SPSS 25, ya que se aplicaron técnicas estadísticas a nivel descriptivo: medidas de tendencia central y variación.

Previó al cálculo del efecto de la intervención, se realizó la prueba de normalidad Shapiro-Wilks, la cual como menciono Yazici y Yolacan (2007) se aplica

para muestras menores a 50, y de especial forma a muestras menores a 30 participantes, como es en nuestro estudio cuyo  $n=19$  participantes. Elegimos un nivel de significancia de 0,05 (como se citó en Pedrosa et al., 2015).

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba de normalidad, se plantea evaluar la existencia de un cambio significativo en los indicadores de *burnout* a nivel global y cada uno de los componentes, utilizando una prueba t para muestras pareadas, prueba utilizada para investigaciones experimentales como es el objetivo de investigación del presente trabajo.

Por último, teniendo en cuenta los cambios significativos entre ambas medidas, se mide el tamaño del efecto utilizando el coeficiente  $d$  de Cohen. El cálculo mediante la  $d$  de Cohen, se realiza a partir de la siguiente fórmula:  $d = (M_1 - M_2) / DE_{ponderada}$ ; donde,  $(M_1 - M_2)$  son las diferencias de las medias de los grupos comparados y  $DE_{ponderada}$  es la desviación estándar ponderada. Para la valoración de la  $d$ , Cohen señala que valores menores a .20, no presentan efecto; .21 a .49 tienen efecto pequeño; .50 a .70 evidencian efecto moderado; mientras que valores iguales o superiores a .80 presentan un efecto grande.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Antes de iniciar con la recolección de datos se solicitó la autorización a la institución el cual mediante su comité de ética aprobó el programa, el personal de enfermería que aceptó participar en la investigación firmó un consentimiento informado, donde se expresa que se mantendrá en estricta confidencialidad sus datos personales y en caso abandonen el experimento no se les tomará en cuenta para los resultados.

## Capítulo V

### Resultados y Discusión

Los resultados logrados se explican en los siguientes párrafos, que contienen información acerca de los datos sociodemográficos y laborales de los participantes. Asimismo, se presenta el análisis de los estadísticos utilizados a fin de confirmar o descartar nuestras hipótesis.

#### 5.1. Resultados Sociodemográficos (Pretest)

En las siguientes cuatro tablas se describen las características sociodemográficas (edad, género, estado civil y la presencia de hijos) de los 69 licenciados en enfermería que participaron en el pretest.

Tabla 4

*Edad de los participantes del pretest*

Edad	n	f %
26	2	2,9
27	3	4,3
28	1	1,4
29	4	5,8
30	4	5,8
31	6	8,7
32	4	5,8
33	10	14,5
34	6	8,7
35	4	5,8
36	4	5,8
37	6	8,7

38	4	5,8
39	2	2,9
40	4	5,8
42	2	2,9
46	1	1,4
52	1	1,4
54	1	1,4
Total	69	100

En la tabla 4, se puede identificar las edades de los 69 licenciados en enfermería participantes del pretest, teniendo como edad mínima 26 años y edad máxima 54 años, con una media de 34,45 años (desviación estándar [DE]: 5,243).

Tabla 5

*Género de los participantes del pretest*

Género	n	f %
Femenino	56	81,2
Masculino	13	18,8
Total	69	100

En la tabla 5 se puede identificar el género del personal de enfermería participante de la evaluación pretest, el 81,2 % son de género femenino y el 18,8 % masculino.

Tabla 6

*Estado civil de los participantes del pretest*

Estado civil	n	f %
Soltero	45	65,2
Casado	24	34,8
Total	69	100

En la tabla 6 se puede evidenciar que del personal de enfermería; el 65,2 % son solteros y el 34,8 % casados.

Tabla 7

*Presencia de hijos en los participantes del pretest*

Hijos	n	f %
Si	44	63,8
No	25	36,2
Total	69	100

En la tabla 7 se observan los resultados en relación con la interrogante de la presencia de hijos, el 63,8 % respondieron que si tienen al menos un hijo y el 36,2 % no tienen hijos.

## 5.2. Resultados de Datos Laborales Pretest

En las siguientes tablas se describen los datos relacionados a la vida laboral del personal de enfermería participante del pretest.

Tabla 8

*Número de guardias por semana de los participantes del pretest*

N.º de guardias	n	f %
0	9	13,0
1	2	2,9
2	28	40,6
3	13	18,8
4	13	18,8
6	3	4,3
7	1	1,4
Total	69	100

En la tabla 8 se describen los resultados en relación con el número de guardias que realizan por semana, donde 0 es el número mínimo de guardias y 7 el máximo, la media hallada es de 2,52 días (desviación estándar [DE]: 1,521).

Tabla 9

*Número de participantes por área de trabajo pretest*

Área de trabajo	n	f %
Jefatura	1	1,4
Centro quirúrgico	11	15,9
Consultorios externos	9	13,0
Diagnóstico por imágenes	4	5,8
Emergencias	16	23,2
Hospitalización medica interna	4	5,8
Hospitalización cirugía	3	4,3
Medicina oncológica	5	7,2
Radioterapia	3	4,3
Unidad cuidados intensivos	9	13,0
Central de esterilización	1	1,4
Epidemiología	1	1,4
Unidad de cuidados paliativos	1	1,4
Cirugía general	1	1,4
Total	69	100

En la tabla 9 se evidencia, que las áreas con más participantes fue emergencias con un 23,2 %, seguida por el centro quirúrgico con 15,9 %, unidad de cuidados intensivos con 13 % y consultorios externos con 13 %.

Tabla 10

*Situación laboral de los participantes pretest*

Situación laboral	n	f %
Contratado	68	98,6
Nombrado	1	1,4
Total	69	100

Con respecto a la situación laboral de los participantes en la tabla 10 se puede observar que la mayoría con un 98,6 % tienen la condición de contratados y solo el 1,4 % está nombrado.

Tabla 11

*Tiempo en su trabajo actual de los participantes del pretest*

Tiempo en su trabajo actual	n	f %
Menos de 1 año	31	44,9
De 1 año a 5 años	36	52,9
Más de 5 años	2	2,9
Total	69	100

En la tabla 11, se identifica que, con respecto al tiempo en su trabajo actual, el 44,9 % laboran menos de 1 año, el 52,9 % de 1 año a 5 años, y el 2,9 % más de 5 años.

Tabla 12

*Tiempo en esta profesión de los participantes del pretest*

Tiempo en esta profesión	n	f %
Menos de 1 año	1	1,4
De 1 año a 5 años	20	29,0
De 6 a 10 años	37	53,6
Más de 10 años	11	15,9
Total	69	100

En la tabla 12 se hace referencia al tiempo en la profesión de enfermería, el 1,4 % trabaja ejerciendo la enfermería menos de 1 año, el 29,0 % de 1 año a 5 años, el 53,6 % de 6 a 10 años y el 15,9 % más de 10 años.

### **5.3. Selección de Muestra**

Uno de los criterios de inclusión propuesto en la investigación es que la participación en el programa de *mindfulness* está determinada por los resultados del

pretest, ya que se considera solo a los licenciados que presenten niveles de “tendencia” o “presencia” de *burnout*. El siguiente criterio se refiere a la asistencia al programa, ya que solo se tomará en cuenta los resultados de los licenciados que participaron al 70 % de sesiones.

Tabla 13

*Resultados pretest (selección de la muestra)*

Baremos	n	f %
Ausencia	38	55,1
Tendencia	17	24,6
Presencia	14	20,3
Total	69	100

En la tabla 13 se observan los resultados obtenidos tras aplicar el pretest con el Inventario Burnout de Maslach, siendo 69 el total de participantes que lograron rellenarlo; entre los cuales 38 participantes correspondientes al 55,1 % del total que calificaron con “ausencia de *burnout*”; 17 participantes que representan el 24,6 % del total calificaron con “tendencia” de *burnout*; y por último 14 participantes, es decir, el 20,3 % consideraron con “presencia” de *burnout*.

Estos resultados sirvieron para seleccionar a la muestra que participó del programa de *mindfulness*, ya que se seleccionó a aquellos que calificaron con los baremos de “tendencia” y “presencia”, siendo un total de 31. Además, cabe recalcar que se usaron tales baremos para el síndrome de *burnout* conforme a Guillinta (2020), quien refiere que al hacer la sumatoria de las tres dimensiones del *burnout*, sí obtiene una puntuación menor a 49 corresponde a “ausencia” de *burnout*, si la sumatoria va de 49 a 83 puntos corresponde a “tendencia” de *burnout* y si la sumatoria oscila desde 84 a más entonces corresponde a “presencia” de *burnout*.



Tabla 14

*Asistencia al programa de mindfulness*

Variables	n	f %
De 7 asistencias a más	19	61
Menos de 7 asistencias	12	39
Total	31	100

En la tabla 14 se evidencia el número y porcentaje de asistencias de los 31 participantes iniciales al programa de *mindfulness*, el cual consistió en un número total de diez sesiones; siendo 19 participantes correspondientes al 61 % los que asistieron de 7 a más sesiones, y 12, es decir, 39 % del total de los participantes asistieron a menos de 7 sesiones. Además, esta información nos sirvió para identificar a aquellos a los que se les tomaría el posttest, puesto que según los criterios de exclusión al programa de *mindfulness* considerados en la investigación, se consideraría solo a aquellos cuyas asistencias sean de 7 a más sesiones, cumpliendo con este criterio solo 19 participantes.

#### **5.4. Resultados de Datos Sociodemográficos Posttest**

Después de haber culminado con la fase de aplicación del pretest, la aplicación del programa de *mindfulness* y haber utilizado los criterios de inclusión y exclusión con los participantes, a continuación, se muestran los resultados de los datos sociodemográficos de los 19 profesionales de enfermería, que cumplieron con todos los requisitos para que se les sea aplicado el posttest.

Tabla 15

*Edad de los participantes del programa mindfulness (postest)*

Edad	n	f %
27	1	5,3
29	1	5,3
30	2	10,5
31	2	10,5
32	1	5,3
33	5	26,3
34	1	5,3
35	2	10,5
36	1	5,3
37	1	5,3
40	2	10,5
Total	19	100

En la tabla 15 se puede observar la edad del personal de enfermería que participó en el programa de *mindfulness*, donde se puede apreciar que la edad mínima es de 27 años, y la edad máxima es de 40 años. Además, la media de estos es de 33,36 años; también se puede identificar que la mayor cantidad de participantes ronda los 33 años de edad.

Tabla 16

*Género de los participantes del programa de mindfulness*

Género	n	f %
Femenino	15	78,9
Masculino	4	21,1
Total	19	100

En la tabla 16 se puede identificar los resultados en relación con el género de los participantes del programa de *mindfulness*, donde el 78,9 % de los participantes fueron del sexo femenino y el 21,1 % del género masculino, por lo que se logró identificar que la mayor cantidad de participantes del programa de *mindfulness* fueron mujeres.

Tabla 17

*Estado civil de los participantes del programa de mindfulness*

Estado civil	n	f %
Soltero	16	84,2
Casado	3	15,8
Total	19	100

En la tabla 17 se puede observar que los participantes del programa de *mindfulness* en su mayoría son solteros, ya que son el 84,2 %, y solo el 15,8 % son casados, por lo tanto, podemos decir que los participantes del programa en su mayoría fueron solteros.

Tabla 18

*Hijos en los participantes del programa de mindfulness*

Hijos	n	f %
Si	11	57,9
No	8	42,1
Total	19	100

En la tabla 18 podemos ver los resultados en relación con si los participantes tienen hijos o no, donde el 57,9 % sí tiene, y el 42,1 % no tiene; con esto podemos decir que más del 50 % de participantes tiene hijos.

### 5.5. Resultados de Datos Laborales Postest

A continuación, se mostrarán los resultados de los participantes del programa de *mindfulness*, en relación con sus datos laborales.

Tabla 19

*Participantes del programa de mindfulness según el área de trabajo*

Área de trabajo	n	f %
Centro quirúrgico	2	10,5
Consultorios externos	2	10,5
Diagnóstico por imágenes	4	21,1
Emergencias	4	21,1
Hospitalización medica interna	2	10,5
Hospitalización cirugía	1	5,3
Medicina Oncológica	1	5,3
Radioterapia	2	10,5
Unidad de cuidados paliativos	1	5,3
Total	19	100

En la tabla 19, se puede identificar la cantidad y porcentaje de participantes del programa de *mindfulness* según el área de trabajo, siendo las áreas de diagnóstico por imágenes y emergencias aquellas con un mayor número de participantes. Además, se halló 4 asistentes en cada una, representando en total el 42, 2 % del total de participantes. En las áreas de centro quirúrgico, consultorios externos, hospitalización medicina interna y radioterapia tuvieron un número total de 2 participantes cada una, lo que hará un total de 42 % del total de asistentes; y las áreas de hospitalización cirugía, medicina oncológica y la unidad de cuidados paliativos lograron la participación de 1 por área, lo que hará un total de 15,9 % de asistentes.

Tabla 20

*N.º de guardias por semana de los participantes del programa de mindfulness*

N.º de guardias	n	f %
0	4	21,1
1	1	5,3
2	8	42,1
3	2	10,5
4	3	15,8
6	1	5,3
Total	19	100

En la tabla 20, podemos identificar que los participantes del programa de *mindfulness*, en su mayoría tiene 2 días de guardias a la semana, representado el 42,1 %, por lo que la media de estas es también es de 2,16 y la DE de 1,608.

Tabla 21

*Situación laboral de los participantes del programa de mindfulness*

Situación laboral	n	f %
Contratado	19	100
Total	19	100

En la tabla 21 se logra identificar que el 100 % de los participantes del programa de *mindfulness*, tiene una condición de contratados en su trabajo actual.

Tabla 22

*Tiempo de trabajo actual de los participantes del programa de mindfulness*

Tiempo en su trabajo actual	n	f %
Menos de 1 año	11	57,9
De 1 año a 5 años	7	36,8
Más de 5 años	1	5,3
Total	19	100

En la tabla 22 se ven los resultados en relación con el tiempo en su trabajo actual, donde el 57,9 % trabaja menos de 1 año en su puesto actual, el 36,8 % más de 1 año, y el 5,3 % trabaja más de 5 años en su puesto actual, con estos datos podemos decir que la mayoría de participantes n=11 trabaja menos de un año en su puesto actual.

Tabla 23

*Tiempo de profesión de los participantes del programa de mindfulness*

Tiempo en esta profesión	n	f %
Menos de 1 año	8	42,2
De 6 a 10 años	10	52,6
Más de 10 años	1	5,3
Total	19	100

En la tabla 23 podemos identificar el tiempo en el cual los participantes del programa están dedicados al desarrollo de su profesión, donde el 52,6 % trabaja de 6 a 10 años como personal de enfermería, el 42,2 % trabaja menos de 1 año, y el 5,3 % trabaja en esta profesión más de 10 años.

### **5.6. Análisis de Distribución Normal**

La prueba de normalidad Shapiro-Wilks tiene como objetivo determinar si una muestra presenta una distribución normal, la cual se aplica cuando el número de observaciones corresponde a un número  $<30$ , como es en nuestro estudio cuyo  $n=19$

participantes. El test de Shapiro-Wilks plantea que una muestra proviene de una distribución normal cuando el nivel de significancia es mayor a 0,05.

$$W = \frac{\left( \sum_{i=1}^n a_i x_{(i)} \right)^2}{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2}$$

Ho: La población presenta una distribución normal

Hi: La población presente una distribución no normal

Tabla 24

*Estadísticos referentes a la distribución normal de las variables de estudio del pretest*

VARIABLES	ESTADÍSTICO	GL	SIG.
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje pre test	0.92	19	0.14
Cansancio emocional puntaje Pre test	0.94	19	0.26
Despersonalización puntaje pre test	0.88	19	0.06
Realización personal puntaje pre test	0.93	19	0.15

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.  
a. Corrección de significación de Lilliefors

Sobre la prueba de normalidad de los indicadores asociados al pretest del MBI y sus componentes, se observa en la tabla 24 que los indicadores presentan una distribución normal; para cada uno de los indicadores del pretest, ya que el nivel de significancia reportada es mayor de 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

Tabla 25

*Estadísticos referentes a la distribución normal de las variables de estudio del postest*

VARIABLES	ESTADÍSTICO	GL	SIG.
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje postest	0.96	19	0.65
Cansancio emocional puntaje postest	0.93	19	0.15
Despersonalización puntaje postest	0.85	19	0.07
Realización personal puntaje postest	0.76	19	0.05

\*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

En la tabla 25, se muestran los indicadores de la prueba de normalidad asociados postest del MBI y sus componentes, donde presentan una distribución normal; para cada uno de los indicadores del postest, ya que el nivel de significancia reportada es mayor de 0.05, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.

### 5.7. Análisis de Estadísticos Descriptivos

Son valores cuantitativos calculados a partir de una muestra que permiten su descripción y análisis, sin extraer conclusiones sobre la población a la que pertenecen, para esto hace uso de parámetros estadísticos como las medidas de tendencia central, medidas de dispersión y medidas de posición (Faraldo y Pateiro, 2013).

Tabla 26

*Estadísticos descriptivos del síndrome de burnout (puntaje general)*

VARIABLES	Media	n	Desviación	Error promedio
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje pre test	78.42	19	13.347	3.062
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje postest	53.16	19	8.546	1.961



La tabla 26 presenta los resultados de los estadísticos descriptivos, donde se observa, para el nivel global de *burnout* un decrecimiento entre el puntaje pretest y postest alrededor de 25 puntos.

Tabla 27

*Estadísticos descriptivos de las dimensiones del síndrome de burnout*

	Variables	Media	n	Desviación	Error promedio
Par	Cansancio emocional puntaje pre test	37.16	19	8.160	1.872
1	Cansancio emocional puntaje postest	10.05	19	6.302	1.446
Par	Despersonalización puntaje pre test	19.47	19	4.982	1.143
2	Despersonalización puntaje postest	12.95	19	3.045	0.699
Par	Realización personal puntaje pre test	21.79	19	4.939	1.133
3	Realización personal puntaje postest	40.16	19	10.018	2.298

En la tabla 27 se observa los siguientes resultados en relación con cada dimensión del síndrome de *burnout*: para el componente de cansancio emocional se observa un decrecimiento alrededor de 27 puntos entre ambos tiempos de medición. Relacionado al componente de despersonalización se observa que, al igual que los puntajes previos, hubo un descenso del indicador alrededor de 7 puntos entre ambos períodos de medición. Por último, para el componente de realización personal se observa en los resultados de la tabla que presenta un aumento de 18.37 puntos entre ambos períodos de tiempo.

En cuanto al indicador de desviación estándar de los puntajes se observa una disminución de las desviaciones estándar de los indicadores; excepto para la variable de realización personal que presenta una desviación estándar mayor.

### 5.8. Prueba t de Muestras Pareadas

Teniendo en cuenta los resultados de la prueba normalidad, se plantea evaluar la existencia de un cambio significativo en los indicadores de *burnout* a nivel global y cada uno de los componentes que conforma el indicador utilizando una prueba t para muestras pareadas, prueba utilizada para investigaciones experimentales como es el objetivo de investigación del presente trabajo.

Una prueba t pareada también conocida como prueba t dependiente o correlacionada es una prueba estadística que compara los promedios / medias y las desviaciones estándar de dos grupos relacionados para determinar si hay una diferencia significativa entre los dos grupos, cuando  $p < 0.05$

$$t = d - \mu d / (sd / \sqrt{n})$$

Ho: No hay una diferencia significativa entre las medias de los dos grupos.

Hi: Existe una diferencia significativa entre las dos medias poblacionales.

Tabla 28

*Diferencias significativas de la variable síndrome de burnout (puntaje general) pre y postintervención*

Diferencias emparejadas						
VARIABLES	Media	Desviación	Error promedio	T	gl.	Sig. Bilateral
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje pretest-postest	25.263	15.073	3.458	7.306	18	0.000

La tabla 28 muestra los resultados en relación con las diferencias significativas que existen entre los indicadores evaluados, previo y posterior a la intervención realizada, es así que para el puntaje de *burnout* se reporta una diferencia de medias significativa ( $t = 7.31$ ,  $p < 0.001$ ), lo cual indica que hubo resultados significativas, por lo tanto, la hipótesis alternativa es confirmada.

Tabla 29

*Diferencias significativas de las dimensiones del síndrome de burnout pre y postintervención*

Diferencias emparejadas							
	Variables	Media	Desviación	Error promedio	T	gl	Sig. Bilateral
Par 1	Cansancio emocional puntaje pre test-postest	07.105	10.482	2.405	11.271	18	0.000
Par 2	Despersonalización puntaje pre test-postest	16.526	6.544	1.501	11.009	18	0.000
Par 3	Realización personal puntaje pre test-postest	-18.368	10.991	2.521	-7.285	18	0.000

En cuanto a las diferencias significativas que existen entre los indicadores evaluados, previo y posterior a la intervención realizada en las dimensiones del síndrome de *burnout*, se observa en la tabla 29, que para todas las variables la diferencia de medias entre ambos tiempos evaluados resultaron ser significativas. Es así que para el puntaje de cansancio emocional se observa una misma tendencia ( $t=11.27$ ,  $p<0.001$ ): para el caso de despersonalización la diferencia también resulta ser significativa ( $t=11.01$ ,  $p<0.001$ ); y para la evaluación de realización persona también esta diferencia resulta ser significativa ( $t=-7.29$ ,  $p<0.001$ ), por lo cual también se acepta la hipótesis alternativa.

### 5.9. Prueba de Hipótesis Valor D de Cohen

Teniendo en cuenta los cambios significativos entre ambas medidas, se mide el tamaño del efecto utilizando el coeficiente d de Cohen. El cálculo mediante la d de Cohen, se realiza a partir de la siguiente fórmula:  $d = (M1 - M2) / DEponderada$ , es una medida del tamaño del efecto, como diferencias de medias estandarizadas.

Para la valoración de la d, Cohen señala los siguientes valores:

Tabla 30

*Valores para la interpretación del coeficiente de Cohen*

Rangos	Interpretación
0-20	No presentan efectos
21-49	Efecto pequeño
50-70	Efecto moderado
+ 80	Efecto grande

Tabla 31

*Tamaño del Efecto de la Variable de Síndrome de burnout*

Variables	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Síndrome de <i>burnout</i> puntaje pretest-postest	2.25	0.75

Para el cálculo de la d de Cohen que sirve para hallar el tamaño del efecto de la intervención, la tabla 31 presenta el valor de la d de Cohen para el caso del síndrome *burnout*, donde el tamaño del efecto fue de 0.75 lo que significa un efecto moderado.

Tabla 32

*Tamaño del efecto de las dimensiones del síndrome de burnout*

Variables	Valor d de Cohen	Tamaño del efecto
Par 1 Cansancio emocional puntaje pre test-postest	3.72	0.88
Par 2 Despersonalización puntaje pre test-postest	1.58	0.62
Par 3 Realization personal pretest-postest	2.32	0.76

La tabla 32 presenta el valor de la D de Cohen y el tamaño del efecto respectivamente, para cada dimensión del síndrome de *burnout*; para la variable de cansancio emocional, se observa un efecto de 0.88, lo que significa un efecto grande. Para el caso de la despersonalización, el tamaño del efecto es moderado con un indicador

de 0.62. Por último, el caso de realización personal el efecto reportado también es moderada de 0.76.

## Discusión

En los resultados obtenidos se evidencia un cambio significativo entre los puntajes del antes y después del síndrome de burnout a nivel global ( $t = 7.31, p < 0.001$ ), habiendo un decrecimiento de 25 puntos. A nivel más específico, en cada dimensión también se obtuvieron resultados significativos, para cansancio emocional ( $t = 11.27, p < 0.001$ ), despersonalización ( $t = 11.01, p < 0.001$ ), y realización personal ( $t = -7.29, p < 0.001$ ), en esta última dimensión se presenta un resultado negativo por ser inversa a las demás. Teniendo en cuenta que el objetivo de la investigación fue determinar el efecto del programa de mindfulness sobre el síndrome de burnout, se utilizó el coeficiente  $d$  de Cohen para estimar el tamaño de este efecto, obteniéndose en el burnout global un efecto moderado ( $d=0.75$ ). Entonces se puede afirmar que la hipótesis de la investigación ha sido confirmada, ya que el programa de *mindfulness* en modalidad virtual logró efectos significativos en el síndrome de *burnout* y en cada una de sus dimensiones; al igual que en las siguientes investigaciones como la realizada por Martín et al. (2013) en España, donde se llevó a cabo un programa de entrenamiento en conciencia plena y estiramientos tipo yoga, el cual contaba con dos etapas: la etapa intensiva y otra de mantenimiento, nuestra investigación tiene múltiples características similares con la etapa intensiva que proponen, la cual demostró efectividad en relación al *burnout* y la alteración emocional; asimismo la desarrolla por Gracia et al. (2019) quienes en sus resultados hallaron una reducción específica en la dimensión de cansancio emocional. En Latinoamérica siendo un contexto más cercano al nuestro, Reynaldos y Pedrero (2021) realizaron un estudio con el objetivo de evaluar el impacto de un programa basado en atención plena con enfermeros de un hospital de Santiago de Chile, concluyendo que el programa es eficaz en la reducción de algunas facetas del burnout; en investigaciones del entorno nacional, se identificó que en el Perú la variable

del *mindfulness* ha sido poco explorada y en los estudios existentes la población son docentes, pacientes, estudiantes y personal administrativo; ya que es difícil acceder al personal sanitario reduciéndose aún más la posibilidad de trabajar con ellos. Sin embargo, se identificó un estudio con esta muestra realizado por De La Puente (2019), quien propuso la validación de un programa de intervención cognitiva basada en *mindfulness*, los resultados que obtuvieron indican que se logró efectos favorables, ya que se redujo el estrés percibido y hubo aumento de las habilidades de atención plena. Reafirmando una vez más la eficacia de los programas de intervención basados en *mindfulness*.

Por otro lado, también se han encontrado investigaciones con resultados que discrepan con los nuestros, como el desarrollado por Yslado et al. (2020), quienes crearon un programa de intervención breve de *mindfulness* para reducir el *burnout*; sus resultados indican que el programa fue poco eficaz, debido a escasos recursos financieros y una muestra de participantes limitada (n=5); sin embargo, estos resultados no pueden ser generalizados para comprobar la eficacia de un programa.

Nuestro principal interés por el trabajo en los profesionales de la salud se debe a su susceptibilidad a desarrollar *burnout*, estrés, u otros problemas relacionados a su ambiente de trabajo, es por ello que Aranda et al. (2018) propusieron un entrenamiento en *mindfulness* a 1281 profesionales de Navarra, España, de los cuales solo 48 aceptaron participar del programa de *mindfulness* y autocompasión, donde se puede evidenciar que a pesar de ser la población más vulnerable, existe una resistencia a ser partícipes de programas como este, lo cual quedó confirmado una vez más en nuestra investigación, por lo que se sugiere impulsar este tipo de programas en el ámbito sanitario.

Para trabajar con una población de características particulares a nivel laboral como el personal de salud, la virtualidad fue la opción más accesible para facilitar su participación, como lo hicieron Bazarko et al. (2013) en los Estados Unidos quienes haciendo uso de la tecnología adaptaron el programa MBSR a una modalidad semipresencial, donde 6 de las sesiones fueron virtuales y 2 presenciales. Concluyeron que un programa de *mindfulness* en modalidad virtual también genera cambios significativos, al igual que en nuestra investigación que utilizó la misma modalidad; también Sard et al. (2019) en su interés por comparar la eficacia de la modalidad virtual y presencial en este tipo de trabajos, realizaron una investigación que dio como resultado que no existen diferencias significativas entre ambas modalidades a nivel de eficacia; tomando en cuenta ello y el estado de emergencia ocasionada por la COVID-19, decidimos adoptar esta modalidad; así como Humpire y Quintana (2021) lo hicieron con su programa de intervención, con la única diferencia que fue desarrollado en personal docente.



## Conclusiones

1. El programa de *mindfulness* propuesto, que consta de diez sesiones virtuales, tiene efectos significativos sobre el síndrome de *burnout* en el personal de enfermería, con un cambio de tipo moderado (tamaño del efecto =0.75)
2. El programa de *mindfulness* generó diferencias relevantes en relación con las medias del pre y posttest de la dimensión del cansancio emocional, con un efecto de nivel grande (tamaño del efecto =0.88), lo cual indica que los profesionales de enfermería lograron tener más energía, menos fatiga y desgaste emocional.
3. El programa de *mindfulness* produjo diferencias notables en relación con las medias de la dimensión de despersonalización, con efecto de nivel moderado (tamaño del efecto =0.62), lo cual indica que desarrollaron actitudes empáticas, compasivas y tolerantes.
4. El programa de *mindfulness* evidencia cambios en relación con la dimensión de realización personal con un efecto de nivel moderado (tamaño del efecto = 0.76), lo cual indica que los participantes mejoraron la percepción de sí mismos en su desempeño laboral y vida personal.

### Recomendaciones

1. Se recomienda al personal de enfermería seguir con la práctica del mindfulness teniendo en cuenta que los resultados de la investigación demuestran su efectividad sobre el síndrome de burnout.
2. Se recomienda que futuras investigaciones utilicen la variable *mindfulness* en otras poblaciones de riesgo como el personal penitenciario, administrativo, transportistas, entre otros; así mismo se debe de medir su efectividad sobre otras variables psicológicas.
3. Sería importante en estudios posteriores realizar un seguimiento, después de haber culminado las sesiones de entrenamiento, para conocer si los resultados obtenidos se mantienen en el tiempo.
4. El número de participantes es importante para que exista una mayor fiabilidad de los resultados, es por ello que se sugiere incrementar a una mayor cantidad de participantes, para que los análisis en relación con los datos sociodemográficos sean tomados en cuenta.
5. Si se desea realizar un programa de *mindfulness* en la modalidad virtual, se debe considerar como un criterio importante la adaptación adecuada de los ejercicios a usarse en el entrenamiento.

### **Limitaciones**

Entre algunos de los asistentes del programa se identificó dificultades en el uso de la tecnología y de la modalidad virtual, lo cual interfirió en la realización de los ejercicios.

El personal de salud, debido a su carga laboral y distribución de horarios, no contaba el tiempo suficiente para asistir a todas las sesiones, que fueron propuestas para un horario fijo.

Debido a la carga laboral (guardias), algunos participantes se vieron en la necesidad de conectarse desde su centro de labores donde la señal de internet es muy inestable, lo cual perjudicó su participación activa.

Los trámites administrativos para realizar investigaciones en instituciones públicas con personal de salud son extensos y burocráticos, lo cual hace que haya investigaciones reducidas con esta población.

### Referencias Bibliográficas

- Albedín, L., Gómez, J., Cañadas, G., Cañadas, G., San Luis, C. y Aguayo, R. (2016). Prevalencia bayesiana y niveles de burnout en enfermeras de urgencias. Una revisión sistemática. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(2), 137-145. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2015.05.004>
- Aranda G., Elcuaz R., Fuertes C., Güeto V., Pascual P., y Sainz P. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria, *Atención Primaria*, 50(3),141-150, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>.
- Baldonado, M. (2019). *Presentismo, estrés, fatiga por compasión y burnout en profesionales de la salud* [Tesis de doctorado, Universidad de Oviedo]. Repositorio institucional de la Universidad de Oviedo. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=261239>
- Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F. y Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an Innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and wellBeing of nurses employed in a corporate setting [El impacto de un programa innovador de reducción del estrés basado en la atención plena en la salud y el bienestar de las enfermeras empleadas en un entorno empresarial]. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 28(2), 107-133. <https://doi.org/10.1080/15555240.2013.779518>
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome de burnout ¿Qué es y cómo superarlo?* Grupo Planeta.
- Calvo, J. (2017). *Mindfulness: El arte de controlar tu mente*. Alienta Editorial. Departamento de Asistencia: Técnicas para la prevención de riesgos. (2009). *Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo*. Editorial UGT Andalucía. <http://www.ugt-andalucia.com>
- Chuco Tello, L.; y Peña Pomachagua, M. (2019). *Clima laboral y síndrome de burnout del profesional de enfermería en emergencias del hospital Daniel Alcides Carrión-Huancayo,2019*. [Tesis de licenciatura] Universidad del centro del Perú.

- De La Puente Rojas, M. A. (2019). *Efectividad de un programa de mindfulness en la reducción del estrés percibido en promotores de EsSalud* [Tesis de segunda especialidad, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de tesis UCSM. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/9621>
- Diario Independiente de Contenido Enfermero. (28 de mayo de 2019). *La OMS incluye el “burnout” o “síndrome del trabajador quemado” en su lista de enfermedades*. <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/la-oms-incluye-el-burnout-o-sindrome-del-trabajador-quemado-en-su-lista-de-enfermedades/>
- El-Sahili, L. (2015). *Burnout consecuencias y soluciones*. Editorial el manual moderno, S. A. de C.V.
- Foronda, D.; Ciro, D.; y Berria, N. (2018). Síndrome de burnout en personal de salud latinoamericano. *Revista del tema*. 10(2), 157-181. DOI:10.17533/udea.rp.v10n2a07
- Germer, C.K., Siegel, R. D. y Fulton, P. R. (2017). *Mindfulness y psicoterapia*. Editorial Descleé de Brower, S.A. <https://www.edesclee.com>
- Gracia, R., Ferrer, J., Ayora, A., Alonso, M., Amutio, A. y Ferrer, R. (2019). Aplicación de un programa de mindfulness en profesionales de un servicio de medicina intensiva. Efecto sobre el burnout, la empatía y la autocompasión. *Medicina Intensiva*, 43(4), 207-216. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.02.005>
- Gómez, E. y Meléndez, A. (2017). Mindfulness, prevención y control del síndrome de desgaste profesional en la enfermería española. *Revista enfermería del trabajo*, 7(3), 70-75. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6112220>
- Guillinta, L. (2019). *Riesgos psicosociales relacionados al síndrome de burnout en profesionales de la salud del Hospital Ricardo Cruzado Rivarola-Nazca* [Tesis de licenciatura, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional Universidad Privada San Juan Bautista. <http://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/upsjb/26688>
- Hernández, R., y Mendoza C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill.
- Hervás, G., Cebolla, A. y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27, 115-124. <http://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>

Humpire, C. L., y Quintana, M. F. (2021) *Efecto del Mindfulness en la reducción del estrés percibido en docentes* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Santa María] Registro institucional de la Universidad Católica de Santa María.

<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/10861>

Kabat-Zinn, J. (2007). *La práctica de la atención plena*. Editorial Kaïros, S.A.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kaïros, S.A.

Llaja, V., Sarriá, C. y García, P. (2007). *Mbi Inventario burnout De Maslach & Jackson, Muestra Peruana*. Editorial Llaja Rojas Victoria Hermila.

Martín, A., Rodríguez, T., Pujol, E., Berenguera, A. y Moix, J. (2013). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(6), 521-528.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>

Magro, G., Bruno, A. y Ramírez, M. (2018). Efectos de la práctica de la meditación en la reducción del estrés académico en universitarios de psicología y medicina. *Apuntes de Ciencia & Sociedad*, 8(2).

<http://journals.continental.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/617>

Maslach, C. (2009). Comprendiendo el *burnout*. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32): 37-43).

[www.cienciaytrabajo.cl](http://www.cienciaytrabajo.cl)

Muños, A.; Árias, W.; y Caycho, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista chilena de neuro-psiquiatria*.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200139>.

Paulino Montero, Y. y Quintana Gavino, A. (2021). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería del servicio de medicina Covid "Hospital Daniel Alcides Carrión"- Huancayo 2021*. [Tesis de licenciatura] universidad Roosevelt.

Pedrosa, I., Juarros, J., Robles, A., Basteiro, J. y García, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.pbad>.

Reynaldos, K., y Pedrero, V. (2021). Efectos de una intervención basada en atención plena para reducir el nivel de burnout en enfermeras. *Salud Uninorte*, 37(1), 129-138. <http://dx.doi.org/10.14482/sun.37.1.158.72>

- Ruiz, M.A., Díaz, M.I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.  
<https://www.edesclee.com>
- Sarmiento-Bolaños, M. J., & Gómez-Acosta, A. (2013). Mindfulness. Una propuesta de aplicación en rehabilitación neuropsicológica. *Avances en psicología latinoamericana*, 31(1), 140-155.
- Sard, T., Martín, A., Oller, M., Calvo, A. y Santesteban, O. (2019). Estudio comparativo entre un programa de reducción del estrés basado en mindfulness presencial y online en población general española. *Psiquiatría Biológica*, 26(2), 73-79.  
<https://doi.org/10.1016/j.psiq.2019.03.001>
- Simón, V. (2007). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.  
[https://www.researchgate.net/profile/VicenteSimon/publication/268395842\\_Mindfulness\\_y\\_neurobiologia/links/548144730cf22525dcb609a3/Mindfulness-y-neurobiologia.pdf](https://www.researchgate.net/profile/VicenteSimon/publication/268395842_Mindfulness_y_neurobiologia/links/548144730cf22525dcb609a3/Mindfulness-y-neurobiologia.pdf)
- Vallejo, M. (2006). Atención plena mindfulness. *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*. 5(2), 231-253.  
<http://repositorio.ucjc.edu/bitstream/handle/20.500.12020/138/C00035401.pdf?sequence=1>
- Yslado, R., Norabuena, R., Sánchez, J., y Norabuena, E. (2020). Programa de intervención breve para reducir el burnout de profesionales de la salud, Perú. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(5).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202020000500279](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000500279)

**Anexo 01**

**MBI Inventario Burnout de Maslach**

Encuesta al Personal de Servicios Humanos MBI

Datos personales

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo:  Mujer  Varón Edad:   años

Estado civil:  
 Soltero  Casado  
 Divorciado  Viudo

Otro: \_\_\_\_\_

No tengo hijos. Si tengo hijos.



Situación laboral:  Nombrado  Contratado

Horario: Turno \_\_\_\_\_

Tiempo en su trabajo actual:   años   meses

Tiempo en esta profesión:   años   meses

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días

Contesta a las siguientes frases indicando la frecuencia con las que usted ha experimentado ese sentimiento.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.....
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.....
5. Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales...
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.....
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.....
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.....



9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.....
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión..
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....
12. Me siento muy activo.....
13. Me siento frustrado en mi trabajo.....
14. Creo que estoy trabajando demasiado.....
15. No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que doy servicio.....
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés. ....
17. Fácilmente puedo crear una atmosfera relajada con las personas a las que doy servicios.....
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con las personas...
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.....
20. Me siento acabado.....
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....
22. Creo que las personas me culpan de alguno de sus problemas.....

POR FAVOR, verificar si todas las preguntas han sido respondidas.

Gracias por su participación.

## Anexo 02

### Midiendo mi Estrés

Apellidos y nombres:

Edad:

	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
FECHA										
NIVEL DE ESTRÉS PRE SESIÓN										
NIVEL DE ESTRÉS POST SESIÓN										



## Anexo 03

### Programa de Mindfulness

SESIÓN N.º1: EMBARCARNOS A NUESTRO PROCESO DE CAMBIO			
Objetivo: Brindar información sobre el síndrome de <i>burnout</i> y el <i>mindfulness</i> (componentes, habilidad y beneficios), como herramienta de afronte.			
Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Psicoeducación	Presentación en diapositivas Papelógrafo Registro “midiendo mi estrés” Globos	<p><b>Inicio</b></p> <p>Se iniciará el programa con la presentación de los moderadores y de cada uno de los participantes, después se procederá a detallar el objetivo general que se pretende alcanzar con el cumplimiento de todo el programa.</p> <p>Se solicitará la participación de todos los asistentes para elaborar las normas que se deben mantener en todas las sesiones, los cuales quedarán registrados en un papelógrafo.</p> <p>Dinámica “Los globos de mi vida”</p> <p>Se pide a los participantes inflar un globo, amararlo y colocarle una de las etiquetas “pareja”, se le indica mantenerlo en el aire. Después de ello se les pide inflar uno a uno los cinco globos y colocarles las etiquetas, y por consiguiente tratar de mantenerlos en el aire a todos a la misma vez será muy complicado. Finalmente se brinda una reflexión sobre el tiempo que empleamos a cada área de nuestras vidas.</p>	15 min
		<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se realizará la presentación del registro “midiendo mi estrés” y se brindará una explicación detallada de su forma de uso e importancia.</p> <p>Se explicará a los participantes el síndrome de <i>burnout</i>, el propósito y su función; haciendo énfasis en sus tres principales componentes cansancio emocional, despersonalización y realización personal; también se explicará las consecuencias del síndrome de <i>burnout</i> y finalmente se brindará información acerca de cómo identificar los síntomas del síndrome.</p> <p>Se continuará con la exposición del <i>mindfulness</i>, explicando lo que no es el <i>mindfulness</i>, la definición, componentes y los mecanismos de acción; también se dará a conocer los elementos fundamentales relacionados con la actitud frente a la práctica de la atención plena, para finalmente hablar de los beneficios que trae consigo.</p>	20 min
		<p><b>Cierre</b></p> <p>Para complementar el aprendizaje relacionado al <i>mindfulness</i> se les brindará cuatro recomendaciones simples para la práctica relacionados a la postura, qué hacer con los ojos, qué hacer si tenemos sueño y el cuidado de este tiempo, también se absolverán dudas de los temas tratados, finalmente se darán las indicaciones para el desarrollo de la siguiente sesión.</p>	10 min

SESIÓN N.º2: FASE 1-ESTABILIDAD DE LA ATENCIÓN			
OBJETIVO: Desarrollar la estabilidad de la atención, así como centrarla y mantenerla de manera sostenida.			
Técnica	Material	Procedimiento	Duración
Atención a la respiración	Presentación en diapositivas	<b>Inicio</b> Se realizará una breve introducción sobre a la importancia de estar presentes en el aquí y ahora.	10 min
	Registro “midiendo mi estrés”	<b>Desarrollo</b> Para iniciar esta sección del taller se brindará a cada participante el registro “midiendo mi estrés”, donde tendrán que identificar su nivel de estrés en ese momento, a continuación, se realizara el siguiente ejercicio: Ejercicio: Atención a la respiración Estará centrado en la respiración, y las sensaciones que este produce, y principalmente en como ingresa y sale el aire del cuerpo, lo cual ayudará a ubicarse en el tiempo el presente; también se centrará en la comprensión de que la respiración tiene que seguir su curso normal, por lo que no debe intentar cambiarla. Inmediatamente después del ejercicio anterior se le brindará a cada participante el registro “midiendo mi estrés”, donde tendrán que identificar su nivel de estrés en ese momento.	25 min
		<b>Cierre</b> Se realizará una retroalimentación, sobre todas las actividades realizadas en esta sesión. Tarea: Realizar el ejercicio “la atención a la respiración” aprendida en la sesión con un mínimo de 5 minutos diarios.	10 min

SESIÓN N.º3: FASE 1-ESTABILIDAD DE LA ATENCIÓN			
OBJETIVO: Desarrollar la estabilidad de la atención de forma sostenida, teniendo en cuenta el flujo incesante de pensamientos y las emociones.			
TÉCNICA	MATERIAL	PROCEDIMIENTO	DURACIÓN
Atención a la respiración Atención plena con un objeto.	Presentación en diapositivas Registro “midiendo mi estrés” Piedras	<p><b>Inicio</b></p> <p>Para la apertura de esta sesión se procederá a hacer la revisión de tareas asignadas en la sesión anterior; así mismo se realizará una breve introducción sobre la importancia de comprender el prestar atención más allá de los pensamientos.</p>	10 min
		<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se brindará a cada participante el registro “midiendo mi estrés”, donde tendrán que identificar su nivel de estrés en ese momento, así mismo se procederá a realizar las siguientes actividades:</p> <p>Practicar el ejercicio “atención a la respiración” desarrollado en la sesión anterior de forma breve.</p> <p>Ejercicio: “Atención a la respiración prolongada”</p> <p>Este ejercicio estará centrado inicialmente en lograr una postura adecuada personal para la meditación, usando la atención plena en partes del cuerpo específicas; así mismo se utilizará la inspiración como ancla atencional del presente, también se tendrá en cuenta los pensamientos que pueden surgir durante la práctica (teniendo en cuenta no juzgarlos ni reprocharse por estos).</p> <p>Ejercicio: “la piedra milenaria”</p> <p>Elegiremos una piedra y la observamos atentamente. Luego, cerramos los ojos y sentimos la piedra en nuestras manos, su peso, temperatura, forma. Tomamos conciencia de que está compuesta de materiales que tienen, quizás, tantos años como el planeta. Cada vez que experimentemos demasiada agitación mental, podemos tomar esta piedra como un ancla al presente.</p> <p>Se brindará a cada participante el registro “midiendo mi estrés” donde tendrán que identificar su nivel de estrés en ese momento</p>	30 min
		<p><b>Cierre</b></p> <p>Se realizará una retroalimentación, sobre todas las actividades realizadas en esta sesión.</p> <p>Tarea: Realizar el ejercicio aprendido “atención a la respiración” durante al menos 5 minutos diario y el ejercicio de “atención plena a un objeto” con el objeto que más suele usar en su día a día.</p>	5 min



SESIÓN N.º 5: FASE 1- ESTABILIDAD DE LA ATENCIÓN			
OBJETIVO: Desarrollar la focalización de la atención mediante el ejercicio con sonidos de la naturaleza			
Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Meditación con sonidos de la naturaleza Ejercicio “El triángulo del tiempo”	Presentación en diapositivas	<b>Inicio</b> Se realizará una revisión de las actividades de práctica encargadas la sesión anterior.	15 min
	Registro “midiendo mi estrés”	Posteriormente, se brindará una introducción breve referente al actuar automático de la mayoría de personas, tanto en el trabajo como en la vida personal	
	Reproductor de música CD sonidos de la naturaleza Papel Lápiz Cronómetro	<b>Desarrollo</b> Se entregará a cada participante la hoja de registro, para que pueda rellenar con el nivel de estrés que ingresa a la sesión. Después de ello se realizará de forma breve el ejercicio “meditación del sonido” de la sesión anterior. Se continúa la práctica con el ejercicio “Meditación con sonidos de la naturaleza”, para lo cual se les pide a los participantes adoptar una postura cómoda, se inicia colocando el reproductor de música al centro de la sala para que todos puedan escuchar con la misma intensidad. Se les pide que intenten identificar cada sonido, que elemento de la naturaleza lo produce, siempre haciendo énfasis en no juzgar.	20 min
		<b>Cierre</b> Ejercicio “El triángulo del tiempo” Se hará entrega a cada participante de una hoja blanca y un lápiz, para que ellos puedan dibujar un triángulo y colocar en cada vértice uno de los siguientes títulos “pasado”, “presente” y “futuro”. Después de ello, identificaran los pensamientos que surgieron sin control durante la práctica de <i>mindfulness</i> y lo colocaran según su naturaleza en el vértice correspondiente se finalizará con una reflexión sobre el tema. Al terminar los ejercicios se pedirá a los asistentes anotar su nivel de estrés en el registro “Midiendo mi estrés”. Tarea: Los participantes deberán de practicar el ejercicio de los sonidos de la naturaleza con el CD proporcionado por los facilitadores, durante toda la semana por al menos 10 minutos diarios, también pueden realizarlo con otros sonidos o su música favorita.	10 min

SESIÓN N.º 6: FASE 1-ESTABILIDAD DE LA ATENCIÓN			
OBJETIVO: Desarrollar la focalización de la atención mediante el ejercicio de caminar de forma consciente.			
Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Caminar de forma consciente Ejercicio el “Chequeo”	Presentación en diapositivas	<b>Inicio</b> Se hará una revisión de las actividades de práctica encargadas la sesión anterior. Después, se realizará una breve conversación con los participantes sobre la pérdida de la capacidad que todos tenemos de contemplar el momento a momento con los cinco sentidos	10 min
	Registro “midiendo mi estrés” Cronómetro	<b>Desarrollo</b> Se hará entrega a cada asistente su hoja de registro para que indique el nivel de estrés que presenta. Después de ello se pasa a realizar de forma breve el ejercicio “meditación con sonidos de la naturaleza” de la sesión pasada. Posteriormente se pasa a adecuar el espacio de entrenamiento, dejándolo completamente libre, y que permita caminar de un lado a otro al menos de 6 a 10 metros cada vez o en círculo. Se requiere que el participante se ponga de pie y camine poniendo plena atención a esa práctica puede ayudarse con palabras. Al finalizar la práctica se brinda al participante el registro “Midiendo mi estrés” para que pueda completarlo.	20 min
		<b>Cierre</b> Ejercicio el “Chequeo” Tras el entrenamiento se propone un breve diálogo a modo de chequeo con los participantes, que sirva para reflexionar acerca del avance y las dificultades presentadas durante la primera fase de entrenamiento. Tarea: Se encarga a los participantes practicar la meditación caminando en casa, adecuando un espacio tranquilo que permita moverse y con los pies descalzos para percibir mejor las sensaciones.	15 min



SESIÓN N.º 7: FASE 2-CLARIDAD MENTAL			
OBJETIVO: Desarrollar la claridad mental mediante el ejercicio de comer consciente			
Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Comer consciente Ejercicio “La gratitud”	Presentación en diapositivas	<b>Inicio</b> Se realizará la revisión de la actividad encomendada la sesión pasada. Se continuará con un breve preámbulo sobre los impulsos que motivan al deseo de querer que las cosas sean diferentes a como son tanto en el ámbito laboral como personal.	10 min
	Registro “midiendo mi estrés” Papel Lápiz Cronómetro	<b>Desarrollo</b> Se brindará a cada participante su hoja de registro para que pueda completarlo con el nivel de estrés con el que ingresa a la práctica. Después se realizará de forma breve el ejercicio “caminar consciente” de la sesión anterior. Se continúa con el ejercicio de “Comer consciente”, donde el participante siguiendo la guía del terapeuta, describe a la pasa sin juzgarla teniendo en cuenta su aroma, color y sensación que produce al contacto con las manos, la ingiere con consciencia plena, e identifica todas las sensaciones que experimenta.	20 min
		<b>Cierre</b> Ejercicio “La gratitud” Se entregará a cada participante una hoja donde estarán impresas las letras del abecedario y guiándose de ello escribirá frases de agradecimiento por cada cosa que puede disfrutar. Finalmente se entregará a participante su registro para que pueda completarlo. Tarea: Se encargará al participante practicar el ejercicio de comer consciente con su fruta favorita y con los alimentos del día durante toda la semana.	15 min

---

 SESIÓN N.º 8: FASE 2-CLARIDAD MENTAL
 

---

OBJETIVO: Desarrollar la claridad mental mediante el ejercicio de la atención plena en las preocupaciones.

Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Comer consciente Atención plena en las preocupaciones Ejercicio “Tres oraciones para uno mismo”	Presentación en diapositivas Registro “midiendo mi estrés” Papel Lápices Cronómetro Borrador Tajador Hojas bond Pasas	<p><b>Inicio</b></p> <p>Se revisará la tarea dejada en la sesión anterior, para ello se solicitará la participación de 5 personas, ya sea de forma voluntaria o al azar. Luego de ello se dará una breve introducción sobre como las personas tras enfocarnos en aspectos del pasado o futuro, o en lo agradable o desagradable no prestamos atención a lo que se vivencia en el aquí y ahora.</p>	15 min
		<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se brindará a los participantes el registro “midiendo mi estrés” para que identifiquen y anoten su nivel de estrés en ese momento. A modo de repaso se realizará el ejercicio “comer consciente” desarrollado en la sesión anterior. Posterior a ello se continuará con el ejercicio atención plena en las preocupaciones y se solicitará a los participantes que identifiquen aquellos pensamientos que les generen temor, preocupación o inquietud, luego tendrán que centrarse en su respiración y notarán como sus pensamientos aparecen con mayor intensidad y tendrán que asumir la posición de observadores, sin cambiarlos o silenciarlos; por el contrario, tendrán que describirlos de manera objetiva, sin emitir juicios de valor.</p>	25 min
		<p><b>Cierre</b></p> <p>Para culminar con la sesión se procederá a desarrollar el ejercicio de las tres oraciones para uno mismo. Para la primera se les pedirá que reconozcan cómo se sienten en situaciones de angustia y cómo suelen criticarse; la segunda tendrá que conectarlos con otros en el mundo y la tercera consistirá en decirse algo amable en ese momento de dolor. Y, por último, los participantes deberán rellenar el registro “midiendo mi estrés” con el nivel de estrés que sientan en ese momento al haber culminado la sesión.</p> <p>Tarea: Se les pedirá a los participantes que en sus horarios de labores practiquen durante 8 minutos el ejercicio de atención plena en las preocupaciones, al identificar alguna situación angustiante o estresante.</p>	10 min

---

---

 SESIÓN N.º 9: FASE 2-CLARIDAD MENTAL
 

---

OBJETIVO: Desarrollar la claridad mental mediante el ejercicio de observación de los pensamientos.

Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Atención plena en las preocupaciones	Presentación en diapositivas	<b>Inicio</b> Se revisará la tarea dejada en la sesión anterior, para ello se solicitará la participación de 5 asistentes.	15 min
Observando mis pensamientos	Registro “midiendo mi estrés”	Luego se realizará una breve introducción haciendo alusión a que no se puede lograr que la mente esté en silencio, y mientras más se intenta, más persistirán los pensamientos en aparecer.	
Ejercicio “La sonrisa y el mensaje interior”	Cronómetro Lápices Registros	<b>Desarrollo</b> Se brindará a los participantes el registro “midiendo mi estrés” para que anoten el nivel de estrés del momento. Los participantes deberán realizar el ejercicio de la sesión anterior “atención plena en las preocupaciones”, a modo de repaso. Luego se desarrollará el ejercicio observando mis pensamientos, empezando con la atención en la respiración, para luego dejar fluir todos los pensamientos y observarlos, pese a las sensaciones, percepciones, recuerdos, o emociones producidas sin emitir juicios de valor. El ejercicio último a desarrollar será “La sonrisa y el mensaje interior”, en donde se invitará a los participantes a cerrar los ojos y a sonreír, y deberán formularse un mensaje cariñoso hacia ellos mismos, reconociendo su afecto, ya sea en algún cambio en la tensión corporal, en la respiración o en sus emociones. Luego se les brindará el registro “midiendo mi estrés” para que lo rellenen con su nivel de estrés del momento	25 min
		<b>Cierre</b> Se realizará una retroalimentación con los participantes de lo trabajado en la sesión, para ello se pedirá la participación de 5 de ellos. Tarea: Los participantes deberán practicar el ejercicio “observando mis pensamientos” durante 10 minutos cada día de la semana mientras se encuentre en su trabajo.	10 min

---

SESIÓN N.º 10: FASE 3-RESILIENCIA			
OBJETIVO: Desarrollar la atención plena en el cuerpo mediante el escaneo corporal.			
Técnica	Materiales	Procedimiento	Duración
Observando mis pensamientos Atención plena centrada en el cuerpo como una totalidad	Presentación en diapositivas Cronómetro Lápices Registros CD	<p><b>Inicio</b></p> <p>Se revisará la tarea dejada en la sesión anterior, para ello se solicitará la participación de 5 asistentes voluntarios o al azar.</p> <p>Luego se realizará una breve introducción haciendo alusión a que en la actualidad pese a dar prioridad a la apariencia personal muchas veces no se está consciente de lo que siente el cuerpo.</p>	15 Min
		<p><b>Desarrollo</b></p> <p>Se brindará a los participantes el registro “midiendo mi estrés” para que lo rellenen con su nivel de estrés del momento.</p> <p>Luego los participantes deberán realizar el ejercicio de la sesión anterior “observando mis pensamientos” a modo de repaso. Luego se procederá a realizar el ejercicio atención plena al cuerpo como una totalidad, y los participantes deberán enfocar su atención a cada parte de su cuerpo empezando por los miembros inferiores hasta terminar en su cabeza, y cada vez que se distraigan tomarán como ancla a la respiración para retomar su atención inicial, sin emitir juicios de valor; por el contrario, prestando atención a cada sensación que logren experimentar.</p> <p>Luego se pedirá a los participantes rellenar el registro “midiendo mi estrés” para calificar su nivel de estrés del momento.</p>	20 min
		<p><b>Cierre</b></p> <p>Se realizará la retroalimentación de todas las sesiones solicitando a 5 participantes comentar su experiencia vivida en las sesiones y los cambios que han notado en su diario vivir. Luego se pedirá a los participantes rellenar el cuestionario de <i>burnout</i> de Maslach. Y como parte última se darán las palabras de agradecimiento de las facilitadoras del taller.</p>	15 min

## Anexo 04

### Consentimiento Informado Para Personal de un Hospital de la Región Centro

#### Propósito del estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio para evaluar el síndrome de *burnout* antes y después de ser parte del programa de *mindfulness*, el cual consiste en un conjunto de talleres de meditación, este estudio será desarrollado por bachilleres de la Facultad de Psicología de la Universidad Continental.

Si decide participar en este estudio:

1. Participará del programa de *mindfulness*, el cual consta de diez sesiones de *mindfulness*, cada una de las sesiones durará 45 minutos y se desarrollará de forma virtual.
2. Se aplicará el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), antes y después de la participación en el programa.

#### Riesgos:

La participación en el programa de *mindfulness* y la aplicación del cuestionario no demandará ningún riesgo para la salud.

#### Beneficios:

Se beneficiará del conjunto de talleres de meditación, los cuales puede seguir desarrollando por iniciativa personal y desarrollar habilidades de atención plena. También se favorecerá de la evaluación clínica, se informará de forma individual y confidencial los resultados que se obtengan.

#### Costos y Compensación:

La participación no le generará ningún tipo de gasto, Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

#### Declaración y/consentimiento:

Acepto voluntariamente participar en este estudio y comprendo las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio.

\_\_\_\_\_  
Firma

Apellidos y Nombres

## Anexo 05

## Carta de aceptación



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"



Concepción, 12 de agosto del 2021

**CARTA N° 182-2021-GRJ/DIRESA/IREN/DG**

**Sr:**

LILIANA ORDOÑEZ CHAVEZ

**De mi especial consideración:**

Es grato dirigirme a usted, para expresar mi cordial saludo a nombre del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN CENTRO); la presente es para remitir a su persona que; teniendo dictamen favorable por el Comité de Ética en Investigación y nota aprobatoria de: 26 puntos por el Comité Revisor de Protocolos de Investigación, se emite la presente carta de autorización para ejecución del Protocolo de Investigación " EFECTOS DE UN PROGRAMA DE MINDFULNESS SOBRE EL SINDROME DE BURNOUT EN PERSONAL DE ENFERMERIA DE UN HOSPITAL DE LA REGION CENTRO ".

Con base en lo expresado anteriormente la Dirección general conceptúa que el protocolo cumple con todos los requisitos exigidos y en consecuencia otorga su aprobación, debiendo coordinar con quien corresponda.

Es cuanto informo para su conocimiento, sin otro particular me despido.

**Atentamente.**

  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN  
 INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS  
 M.C. Henry Olivera Changra  
 DIRECTOR GENERAL

C.c. archivo  
 IRENC/HOC/mfa/cpm  
 sec/cpm

FOLIOS:	01
DOC:	056008753
EXP:	03449716

## Anexo 06

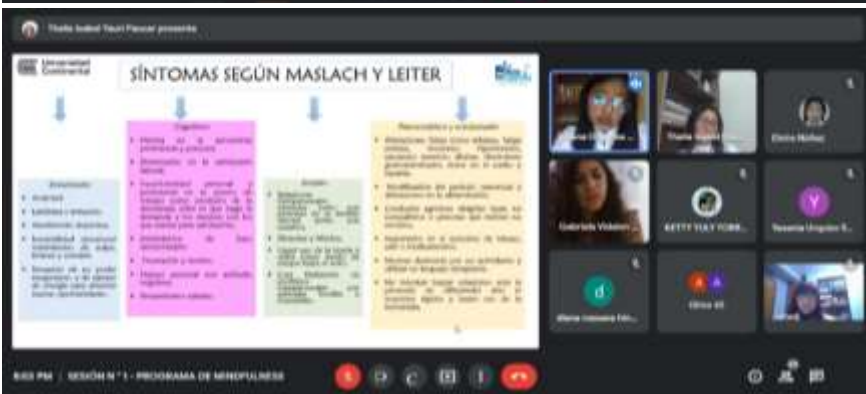
## Matriz de consistencia de la investigación

Problema de investigación	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Método
<p><b>Problema general:</b> ¿Cuáles son los efectos de un programa de <i>mindfulness</i> sobre el síndrome de <i>burnout</i> en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar los efectos de un programa de <i>mindfulness</i> sobre el síndrome de <i>burnout</i> en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.</p>	<p><b>Hipótesis general:</b> Existen efectos significativos del programa de <i>mindfulness</i> sobre el síndrome de <i>burnout</i> en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.</p>	<p><b>Síndrome de <i>burnout</i> o síndrome del estrés laboral asistencial:</b> <b>Clima social familiar:</b> Es el estado de fatiga emocional y física, acompañado de sentimientos de tristeza, cólera e insuficiencia profesional, producto de la exposición prolongada del sujeto a factores estresantes (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).</p> <p><b><i>Mindfulness</i>:</b> Kabat-Zinn (2012), referente mundial del <i>mindfulness</i>, define el <i>mindfulness</i> como atención plena, que significa prestar atención al momento presente sin prejuicios, en la vida cotidiana</p>	<p><b>Cansancio emocional:</b> Es una falta de energía por parte del sujeto como producto de las demandas estresantes en el trabajo; es la percepción de extenuación de los recursos emocionales (Maslach, 2003)</p> <p><b>Despersonalización:</b> Es la respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional (Maslach y Jackson, 1997)</p> <p><b>Realización personal:</b> Son sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas (Maslach y Jackson, 1997)</p>	<p><b>Enfoque:</b> Cuantitativo</p> <p><b>Alcance:</b> Descriptivo-Explicativo</p> <p><b>Diseño:</b> cuantitativo experimental de tipo preexperimental.</p> <p><b>Población:</b> 69 enfermeros de un hospital de la región centro, Perú.</p> <p><b>Muestra no probabilística dirigida:</b> 19 enfermeros(as) de un hospital de la región centro-Perú</p> <p><b>Instrumentos:</b> -Inventario “<i>burnout</i>” de Maslach (“MBI”, Maslach y Jackson). -Registro de asistencia para los participantes</p> <p><b>Análisis de datos:</b> Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS 25.</p> <p><b>Prueba de hipótesis:</b> Comparación de medias de grupos con la prueba t de Student.</p>
<p><b>Problemas específicos:</b> <b>P1:</b> ¿Cuál es el efecto de un programa de <i>mindfulness</i> sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021? <b>P2:</b> ¿Cuál es el efecto de un programa de <i>mindfulness</i> sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021? <b>P3:</b> ¿Cuál es el efecto de un programa de <i>mindfulness</i> sobre la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021?</p>	<p>Objetivos específicos: O1: Identificar el efecto de un programa de <i>mindfulness</i> sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de la región centro, 2021. O2: Identificar el efecto del programa de <i>mindfulness</i> sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021. O3: Identificar el efecto del programa de <i>mindfulness</i> sobre la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.</p>	<p>Hipótesis específicas: H1: El programa de <i>mindfulness</i> tiene un efecto significativo sobre el cansancio emocional en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021. H2: El programa de <i>mindfulness</i> tiene un efecto significativo sobre la despersonalización en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021. H3: El programa de <i>mindfulness</i> tiene un efecto significativo en la realización personal en el personal de enfermería de un hospital de la región centro, 2021.</p>	<p>Es el estado de fatiga emocional y física, acompañado de sentimientos de tristeza, cólera e insuficiencia profesional, producto de la exposición prolongada del sujeto a factores estresantes (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).</p> <p><b><i>Mindfulness</i>:</b> Kabat-Zinn (2012), referente mundial del <i>mindfulness</i>, define el <i>mindfulness</i> como atención plena, que significa prestar atención al momento presente sin prejuicios, en la vida cotidiana</p>	<p><b>Realización personal:</b> Son sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas (Maslach y Jackson, 1997)</p>	<p><b>Muestra no probabilística dirigida:</b> 19 enfermeros(as) de un hospital de la región centro-Perú</p> <p><b>Instrumentos:</b> -Inventario “<i>burnout</i>” de Maslach (“MBI”, Maslach y Jackson). -Registro de asistencia para los participantes</p> <p><b>Análisis de datos:</b> Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS 25.</p> <p><b>Prueba de hipótesis:</b> Comparación de medias de grupos con la prueba t de Student.</p>

Anexo 7

Evidencias de las Sesiones del Programa de Mindfulness

SESIÓN 01

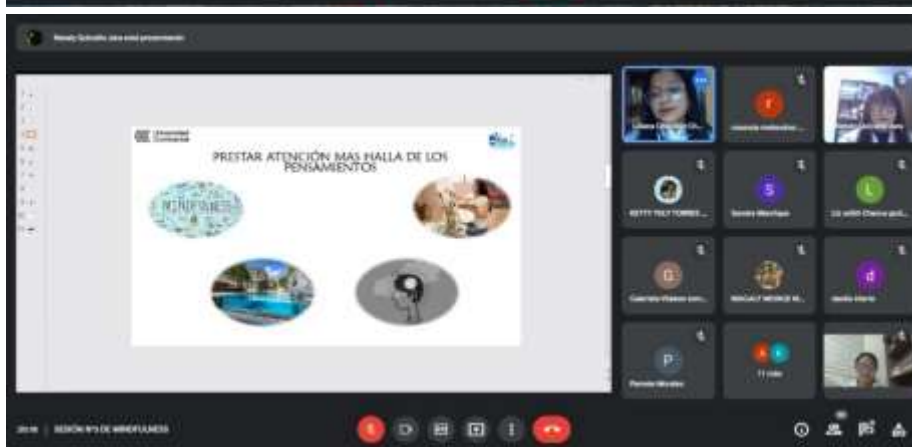
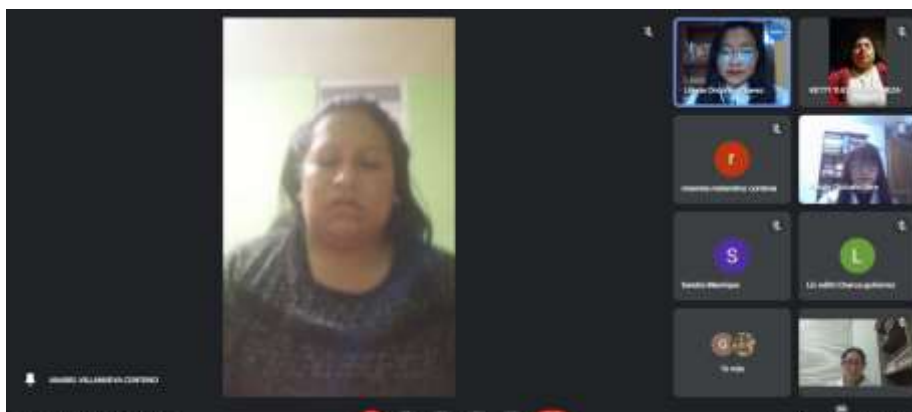
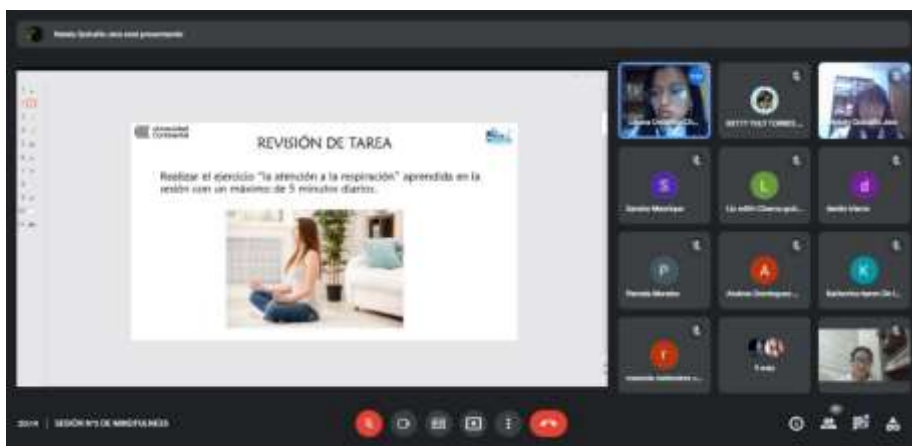




# SESIÓN 02

The image displays four sequential screenshots from a Zoom meeting, showing a presentation on mindfulness. The top screenshot, timestamped 8:16 PM, shows a slide titled "SESIÓN Nº2 ESTABILIDAD DE LA ATENCIÓN" with a photograph of a person meditating. The second screenshot, at 8:32 PM, features a slide titled "IMPORTANCIA DEL 'AQUÍ Y AHORA'" with a diagram illustrating the relationship between the present moment and overall well-being. The third screenshot, at 8:48 PM, shows a slide titled "REGISTRO 'MIDIENDO MI ESTRÉS'" which includes a grid for tracking stress levels and a scale from 1 to 10. The bottom screenshot shows a grid of 20 participant avatars, indicating a large group session. The Zoom interface includes a top navigation bar with icons for chat, mute, video, and screen sharing, and a bottom control bar with icons for mute, video, chat, and screen sharing.

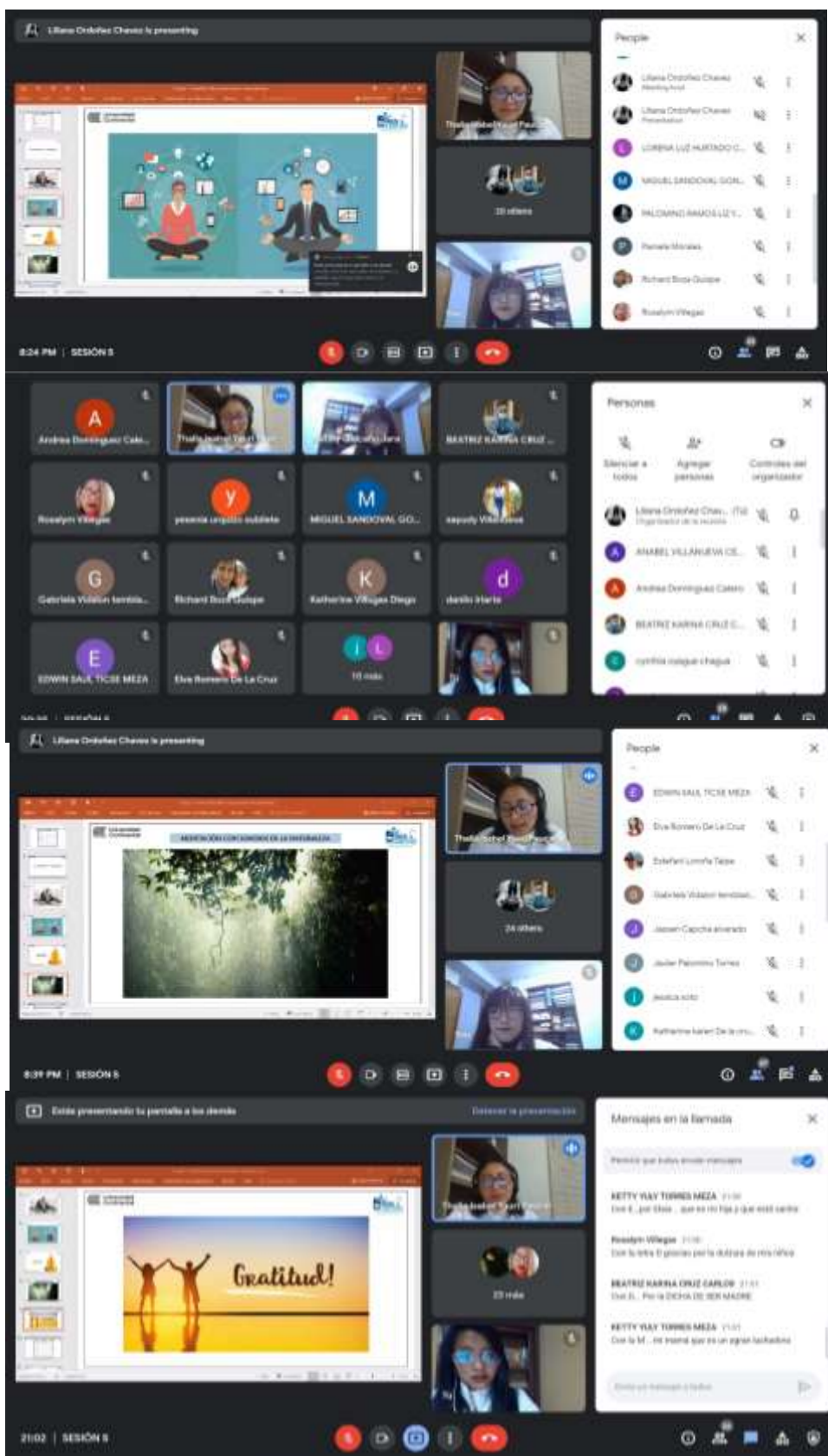
### SESIÓN 03



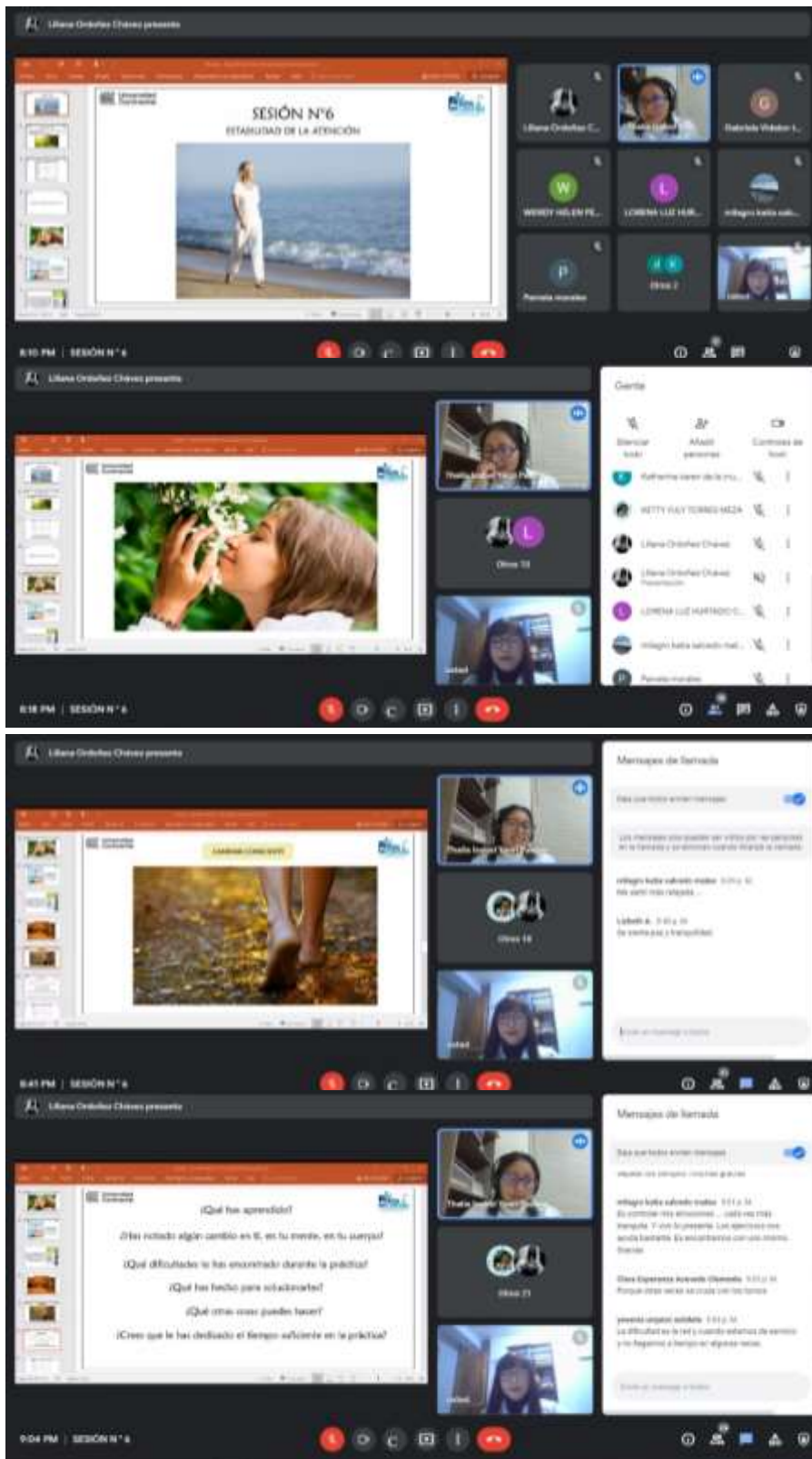
### SESIÓN 04

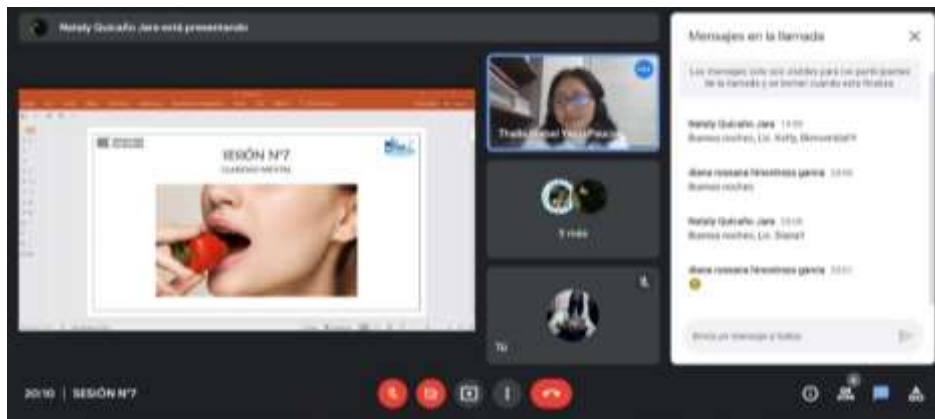


SESIÓN 05

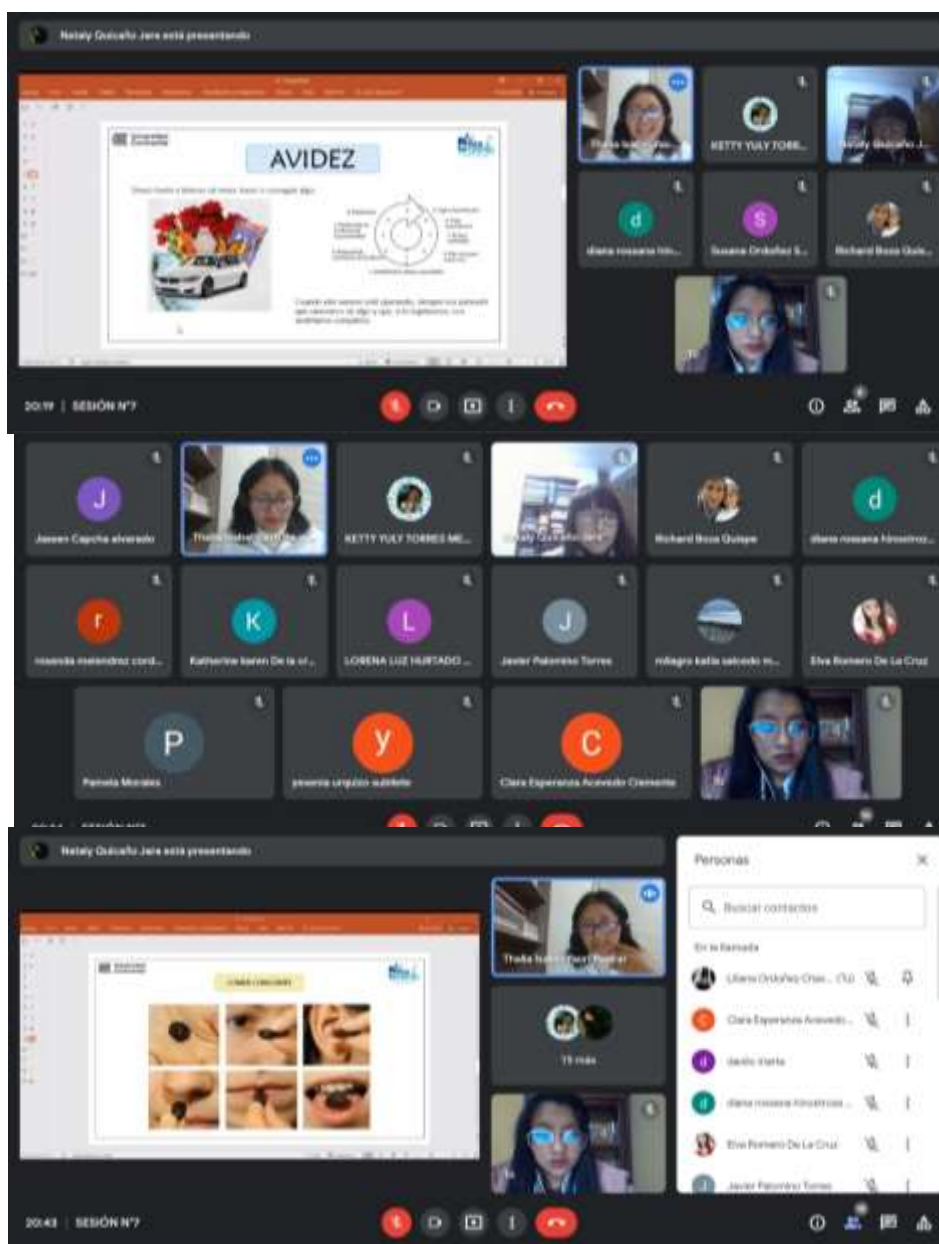


SESIÓN 06

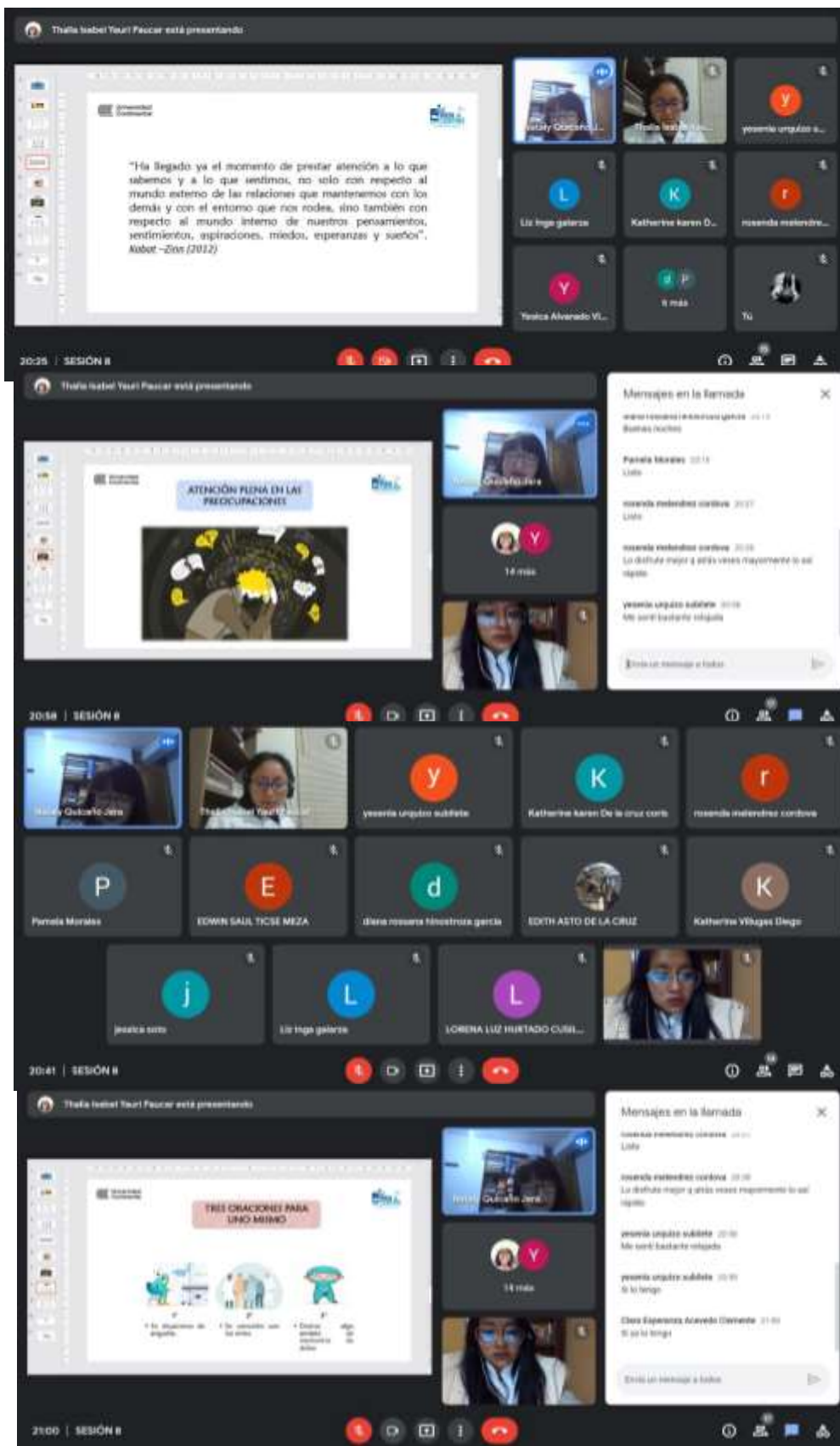




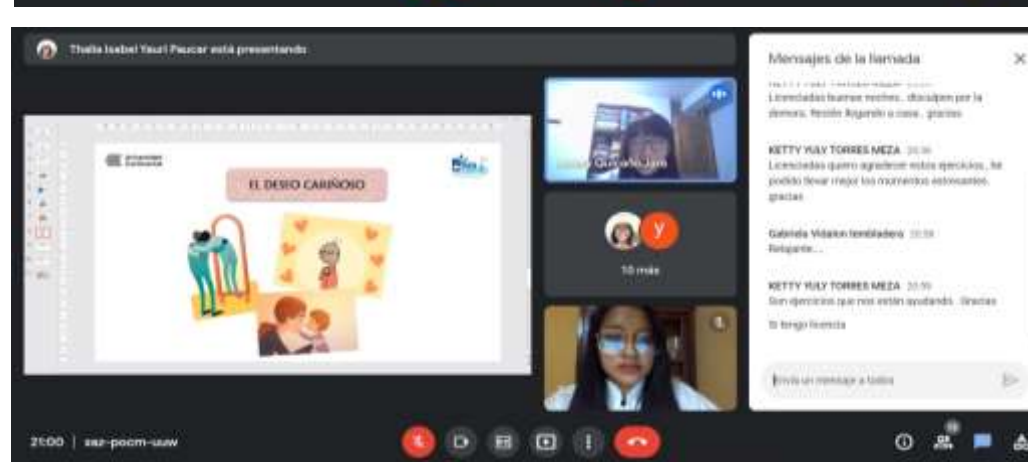
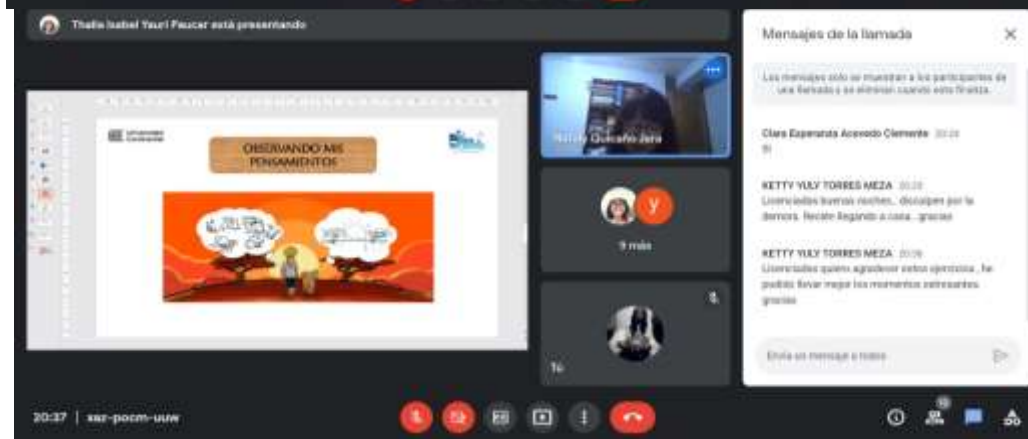
SESIÓN 07



# SESIÓN 08



SESIÓN 09





SESIÓN 10

