



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: “IMPLANTACIÓN DE UN TALLER DE MINDFULNESS PARA REDUCIR EL BURNOUT EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA. ESTUDIO ANALÍTICO CUASI-EXPERIMENTAL”

Alumna: Fernández Valero, Gabriela

Tutor: Quesada Rico, Jose Antonio

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria Curso: 2019-2020

TRABAJO FIN DE MÁSTER
CURSO ACADÉMICO 2019-2020

TÍTULO:

Implantación de un taller de Mindfulness para reducir el Burnout en enfermeras de Atención Primaria de la Región de Murcia. Estudio analítico cuasi-experimental

AUTORA:

Gabriela Fernández Valero

TUTOR ACADÉMICO:

Jose Antonio Quesada Rico



RESUMEN:

Introducción: Tras analizar la situación de la enfermería en España, se hace evidente un empeoramiento de las condiciones laborales a las que tienen que hacer frente muchas profesionales, las cuales, sumadas a las situaciones de estrés a las que muchas de ellas están sometidas, pueden repercutir en la salud física y mental, así como en la calidad de vida de dichas profesionales.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de Burnout y la efectividad de la aplicación de un taller de mindfulness a profesionales enfermeros pertenecientes a los servicios de Atención Primaria del área de salud VII de la Región de Murcia para reducir los niveles de Burnout y aumentar la calidad de vida.

Metodología: Estudio cuantitativo, longitudinal y prospectivo, de naturaleza cuasi-experimental, en el que se aplicarán medidas repetidas de pre-post intervención. Para este proyecto se ha diseñado un taller de Mindfulness dirigido a enfermeras de atención primaria. Entre las escalas de evaluación

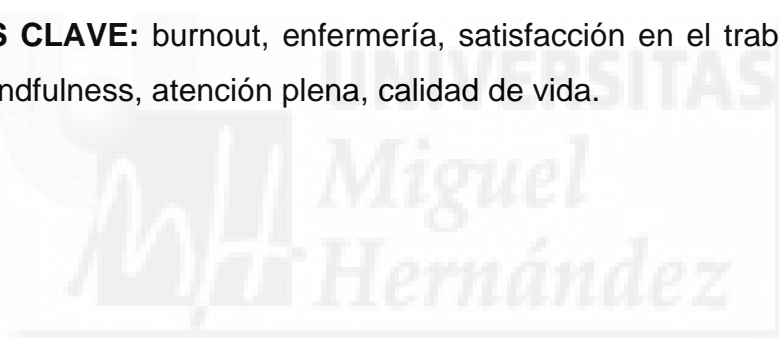
seleccionadas para el desarrollo del presente estudio se encuentran la escala Maslach Burnout Inventory (MBI) y la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

Análisis de datos: Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables mediante tablas de frecuencia para las cualitativas, y cálculo de mínimo, máximo, media y desviación estándar para las cuantitativas. Para el proceso de análisis de la información, se hará uso del programa estadístico SPSS.

Plan de trabajo:

El plan de trabajo a llevar a cabo se divide en tres etapas: diseño del proyecto de investigación, acceso al campo de estudio y desarrollo y elaboración del plan de difusión de los resultados. El periodo estimado para la realización del proyecto es de seis meses.

PALABRAS CLAVE: burnout, enfermería, satisfacción en el trabajo, atención primaria, Mindfulness, atención plena, calidad de vida.



ABSTRACT:

Introduction: Once having analyzed the nursing situation in Spain, we appreciate a deterioration of the working conditions of many professionals. Moreover, considering the situations of stress experience by many of them; their physical and mental health, as well as the quality of life of these professionals, can be affected.

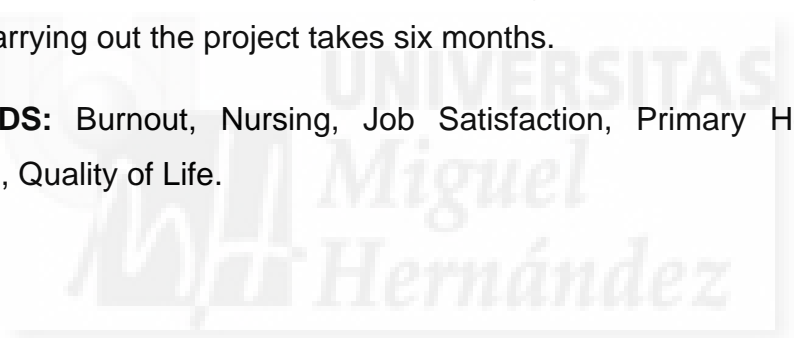
Objectives: The main aim is to evaluate the prevalence of Burnout and the efficacy of a mindfulness workshop. This is developed to nursing professionals who belong to the Primary Care services of the VII health area of the Region of Murcia, carried out with the objective of reducing Burnout levels and increasing their quality of life.

Methodology: Quantitative, longitudinal and prospective study, of a quasi-experimental nature, in which repeated measures of pre and post intervention will be applied. For this project, a mindfulness workshop is developed to primary care nurses. Among the evaluation scales selected for the development of this study, we find the Maslach Burnout Inventory (MBI) and the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

Data analysis: A descriptive analysis of all variables is performed, using frequency tables for the qualitative ones; and estimating the minimum, the maximum, the means and the standard deviation for the quantitative ones. The analysis process will be carried out using the statistical program SPSS.

Work plan: The work plan is divided into three different stages: the research project design; the access to the field of study and the elaboration and development of the plan of the research findings distribution. The estimated period for carrying out the project takes six months.

KEY WORDS: Burnout, Nursing, Job Satisfaction, Primary Health Care, Mindfulness, Quality of Life.



Índice:

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	1
2. PREGUNTA EN FORMATO PICO	1
3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA.....	1
3.1. Burnout y profesión enfermera.....	1
3.2. Mindfulness.....	3
4. JUSTIFICACIÓN.....	4
5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	5
5.1. Hipótesis	5
5.2. Objetivos	5
6. MATERIAL Y MÉTODO.....	6
6.1. Tipo de diseño.....	6
6.2. Población diana y población a estudio.....	6
6.3. Criterios de inclusión y exclusión.....	6
6.4. Cálculo del tamaño de la muestra.....	7
6.5. Métodos de muestreo.....	7
6.6. Método de recogida de datos.....	8
6.7. Variables a estudiar.....	8
6.8. Descripción de la intervención.....	9
6.9. Descripción del seguimiento.....	10
6.10. Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos.....	10
6.11. Programa estadístico a utilizar.....	11
7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.....	11
8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.....	11
9. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO.....	12
10. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS, Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS.....	13

11.	POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS.....	14
12.	MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	14
13.	LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS.....	15
14.	PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.	15
15.	PRESUPUESTO	16
16.	BIBLIOGRAFÍA.....	17
17.	ANEXOS	23
17.1.	Anexo I: Cuestionario sociodemográfico.....	23
17.2.	Anexo II. Escala Maslach Burnout Inventory (MBI).....	24
17.3.	Anexo III. Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).	25
17.4.	Anexo IV. Escala Hamilton Anxiety Scale (HARS).....	27
17.5.	Anexo V. Cuestionario de Salud SF-12	29
17.6.	Anexo VI. Escala Perceived Stress Scale (PSS).	31
17.7.	Anexo VII. Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). 32	
17.8.	Anexo VIII. Carta de presentación del proyecto.....	33
17.9.	Anexo IX. Formulario de consentimiento informado.	34
17.10.	Anexo X. Agradecimientos.	35

Índice de tablas

Tabla 1-	Cronograma del Proyecto	12
Tabla 2 -	Presupuesto del proyecto.....	16

1. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El desarrollo de un Taller de Mindfulness en enfermeras de atención primaria del área de salud VII de la Región de Murcia, puede reducir los niveles de Burnout y mejorar la calidad de vida de estas profesionales?

2. PREGUNTA EN FORMATO PICO

P: Profesionales de enfermería perteneciente al sistema de atención primaria del área de salud VII de la Región de Murcia.

I: Taller de Mindfulness (o Atención Plena).

C: Pretest y postest grupo experimental.

O: Nivel de Burnout y calidad de vida.

3. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

3.1. Burnout y profesión enfermera.

Durante la última década, tras la crisis económica sufrida en España, el Sistema Nacional de Salud se ha visto sometido a ajustes con motivo de la reducción del gasto sanitario realizados por el Gobierno (1). Estos ajustes han dado lugar a recortes en recursos humanos y materiales que han afectado, en gran medida, a las profesionales de enfermería, suponiendo un empeoramiento de sus condiciones laborales. Dicha situación ha supuesto una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de estas profesionales, repercutiendo, a su vez, en la calidad asistencial (2). Para conocer el impacto derivado de esta situación, es importante conocer la realidad actual de la enfermería en España y las características y circunstancias que han propiciado el surgimiento de la misma (3). A continuación, se exponen algunas de ellas:

A pesar de que el Sistema Sanitario español ha sido clasificado por el Índice de Seguridad de Salud Global en su último informe con el puesto número doce de los 195 países que participan, como uno de los sistemas más seguros del mundo (4), nuestro país cuenta con un ratio enfermera-pacientes de 5.3 enfermeras por mil habitantes, mientras que la media europea es de 8.8 (5). Las últimas investigaciones se han centrado en cómo esta situación afecta, en términos de calidad, a los pacientes, los receptores de la asistencia (6,7). A esta falta de personal hay que añadir la creciente proporción de contratos temporales o eventuales como resultado de una insuficiente oferta de empleo público a través

de las vías de oposición, lo que ha llevado a algunas enfermeras a sumar hasta 300 contratos en un plazo de 5 años (8).

A todo ello se suma los turnos laborales de las enfermeras en España. Existen turnos de mañanas, tardes, noches fijos o rotativos, y turnos de 12 horas e incluso 24 horas en algunos servicios específicos. Durante los últimos años, se ha generado debate acerca de los turnos de los profesionales sanitarios en España, ya que en algunos casos se considera que aumentan la insatisfacción de estas personas, como ocurre con los turnos de noches fijas (9). En el caso de los turnos de 12 horas, muchas profesionales insisten en el riesgo que supone para la salud de los pacientes, y para la suya propia (10, 11), el ejercicio de su profesión en aquellos servicios que requieren de un alto nivel de concentración (UCI, urgencias).

Estas circunstancias a las que están sometidas algunas profesionales se traducen en: falta de personal, disminución de atención al paciente, turnos desfavorables, aumento de horas de trabajo e inestabilidad laboral (3). Por otra parte, debemos tener en cuenta que la enfermería es una de las profesiones sanitarias más feminizadas en nuestro país. Según los últimos datos del Instituto Nacional de Empleo, el 84.3% de las profesionales enfermeras son mujeres (12). Por lo tanto, a las circunstancias descritas anteriormente, debemos añadir la situación de división sexual del trabajo doméstico, donde las mujeres, a pesar de su incorporación en el mundo laboral, siguen haciéndose cargo, mayoritariamente, de los trabajos y cuidados domésticos. A esta superposición de roles se la conoce como doble jornada o doble presencia (13).

Por otra parte, es importante remarcar el hecho de que las profesionales de enfermería se enfrentan diariamente a situaciones de intensa participación psicológica y emocional durante su jornada laboral (14). El bienestar emocional y psicológico de las enfermeras encuentra con estos factores de riesgo, sobre todo en los servicios en los que se produce un contacto repetido con el sufrimiento, la muerte y los aspectos organizativos de su contexto laboral (15,16).

Como consecuencia, se produce una sensación de vulnerabilidad en las enfermeras (17), la cual puede desembocar en afecciones mentales derivadas del burnout, como agotamiento, fatiga, estrés, o ansiedad (18). Esta situación

afecta directa y negativamente en el bienestar, la calidad de vida, y en la salud percibida de los profesionales sanitarios (19).

El concepto de Burnout, conocido también como "síndrome de estar quemado", fue definido por primera vez por H. Freudenberger en 1974, como el estado de agotamiento emocional, el sentimiento de fracaso y la despersonalización del trabajo derivada del aumento de las demandas de energía, fuerza o recursos de los trabajadores, que les impide ejercer sus labores profesionales (20). Se define como un proceso multidimensional, marcado por tres características o consecuencias principales: fatiga emocional, despersonalización y una escasa realización personal en el trabajo (21,22). Estas características se desarrollan como consecuencia de una exposición prolongada a estresores laborales (23). En mayo de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó oficialmente el Burnout en la Clasificación Internacional de la Enfermedades (CIE-11) en la sección "*fenómeno ocupacional*", y lo define como "*un síndrome resultante del estrés crónico del trabajo que no ha sido gestionado con éxito*" (24). La propuesta entrará en vigor el 1 de enero de 2022 (25).

3.2. Mindfulness.

Mindfulness es una práctica de meditación utilizada para la reducción del estrés y la relajación. El nombre proviene de la traducción del término pali "sati", que significa conciencia, atención y recuerdo (26). La traducción más cercana es atención plena o conciencia plena. El Mindfulness se encuentra como base en distintas corrientes de meditación nacidas en el seno de la tradición budista, las cuales se han incorporado en los últimos años a diversos modelos de tratamientos psicoterapéuticos (27).

Fue en los años setenta cuando comenzaron a aparecer publicaciones sobre Mindfulness, aunque a lo largo de la década de los noventa se produjo una aceleración de su crecimiento. Desde entonces, esta práctica se ha ido extendiendo en las publicaciones recientes (28), hasta alcanzar una sólida reputación en los países occidentales, gracias a la difusión de la técnica Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) desarrollada por Jon Kabat-Zinn en la Universidad de Massachusetts (EE. UU.) (29).

La práctica del Mindfulness está despertando un alto grado de interés tanto en el campo de la psicoterapia, como en la investigación básica de diferentes áreas, como la neurofisiología y la educación, ya que se ha demostrado el potencial de esta herramienta en el área educativa (30).

La práctica consiste en la aceptación por parte del sujeto de todos sus pensamientos y emociones, sin importar su naturaleza y sin juzgarlos. La técnica tiene como objetivo el de desarrollar esta capacidad hasta que el sujeto pueda separar las propias emociones y pensamientos de los elementos externos, a los cuales se dirige como la tiranía del lenguaje. De esta manera, los pensamientos internos quedan libres de los prejuicios y la subyugación a categorías (31). En otras palabras, se abandona la respuesta automática de la mente ante situaciones externas, para pasar a una acción consciente, controlada y responsable, sacando a la mente del piloto automático (31).

Varios estudios están comenzando a demostrar el efecto positivo de esta práctica en la disminución del agotamiento de las enfermeras (32) y los médicos (33) que participan en clases de Mindfulness. La realización de intervenciones de capacitación en esta técnica está siendo cada vez más recomendada (34). Está demostrado que, al mejorar la autoconciencia, la empatía y el manejo del estrés, estas intervenciones mejoran el autocuidado, y por tanto el bienestar psicológico (35–37), tanto en profesionales de otros sectores como en los dedicados a la atención de la salud (38). A pesar de ello, en España aún no está muy extendida esta práctica entre el personal sanitario (39).

4. JUSTIFICACIÓN.

Tras analizar la situación actual en España y conocer las condiciones laborales a las que tienen que hacer frente muchas profesionales enfermeras, se hace evidente la necesidad de implementar programas en el Sistema Nacional de Salud para reducir el estrés laboral y mejorar la calidad de vida de estas profesionales. Tal y como se ha demostrado en otras poblaciones como la de EE. UU. (40), la práctica del Mindfulness puede mejorar notablemente la salud laboral de las enfermeras españolas, así como la calidad de los cuidados a los pacientes.

Por otro lado, el autor Pérula-De Torres defendió en su artículo: *“Pocos estudios previos nos permiten evaluar el efecto de los programas de atención plena y la terapia de autocompasión para reducir el estrés y el agotamiento en el personal de salud de Atención Primaria”* (41).

Debido a todo lo descrito anteriormente, este Proyecto de investigación pretende dar respuesta a las necesidades existentes de un campo de estudio quizá poco desarrollado en nuestro país desde el ámbito de la atención primaria y con las condiciones actuales que hoy se nos presentan. Todo ello, a través de una perspectiva cuantitativa.

5. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

5.1. Hipótesis

Existe una alta prevalencia de Burnout en el área de salud VII de la Región de Murcia, la cual podría ser reducida mediante la realización de intervenciones por profesionales de enfermería en personal enfermero, mediante un programa de Mindfulness (o Atención Plena) de carácter grupal, aumentando así la calidad de vida del personal sanitario.

5.2. Objetivos

General:

Evaluar la prevalencia de Burnout y la efectividad de la aplicación de un taller de mindfulness a profesionales enfermeros pertenecientes a los servicios de atención primaria del área de salud VII de la Región de Murcia para reducir los niveles de Burnout y aumentar la calidad de vida.

Específicos:

- Conocer la prevalencia de burnout en los profesionales enfermeros de atención primaria.
- Analizar los factores sociodemográficos y su influencia en el desarrollo de burnout.
- Analizar la efectividad del taller de mindfulness en la reducción de los niveles de burnout.
- Analizar la efectividad del taller de mindfulness en la mejora de la calidad de vida de los profesionales.

- Conocer el grado de satisfacción de los participantes una vez finalizado el estudio, con el fin de incorporar nuevas mejoras en futuras investigaciones.

6. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. Tipo de diseño.

Estudio analítico cuasi- experimental sin grupo control.

6.2. Población diana y población a estudio.

Población diana:

La población diana a la que está dirigida el presente estudio es el conjunto de enfermeras de Atención Primaria de la Región de Murcia. El estudio considera que la situación laboral de las diferentes Áreas de Salud es suficientemente homogénea como para generalizar los resultados obtenidos de la muestra a toda esta población.

Según las estadísticas de 2018 del Portal Estadístico de la Región de Murcia, el número de enfermeras de atención primaria es de 817, actualizado a 2019 (42).

Población de estudio:

La población de estudio está compuesta por las enfermeras de los servicios de Atención Primaria del Área de salud VII (Murcia/Este) de la Región de Murcia. Esta restricción territorial se debe, principalmente, a la proximidad geográfica y a la accesibilidad de los investigadores al campo, así como también a la posibilidad de acceder a informantes claves dentro del Servicio Murciano de Salud.

Esta área cuenta con un total de doce zonas básicas de salud y está constituida por un total de 112 profesionales enfermeras pertenecientes a los distintos servicios de atención primaria.

Este subconjunto de la población diana estará caracterizada por los datos sociodemográficos y los criterios de inclusión descritos en el apartado “Criterios de inclusión y exclusión”.

6.3. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos
- Edad comprendida entre los 21 y 65 años
- Profesionales sanitarios: enfermeras.
- Participación voluntaria.
- Estar en posesión de un contrato laboral fijo o un contrato temporal con una durabilidad mínima de 6 meses.
- Trabajar en alguno de los centros de atención primaria del Área de salud VII del Servicio Murciano de Salud.

6.4. Cálculo del tamaño de la muestra.

El tamaño de la muestra del estudio se calcula a partir de la media y la Desviación Estándar (DE). Al tratarse de un estudio de comparación de un valor medible antes y después de una intervención, realizaremos una comparación de medias emparejadas, partiendo de valores previsibles de burnout basados en la bibliografía.

Este cálculo puede realizarse por medio del software Epidat, el cual cuenta con un módulo de cálculo de tamaños de muestra, utilizando los siguientes pasos:

Muestreo → Cálculo de tamaños de muestra → Contrastes de hipótesis → Comparación de medias → Grupos emparejados

Tomando una población similar de enfermería (43), suponemos el valor medio de burnout del cuestionario MBI antes de la intervención de 46,9 con una desviación estándar de 9,6. Esperamos una reducción del 10% después de la intervención, o sea, una puntuación de 42,2 y con un nivel de confianza del 95%, una potencia del 90% y una correlación entre ambos grupos de 0,5, se necesitan 46 sujetos. Añadiendo un 10% de posibles pérdidas, el tamaño muestral total estimado es 51 sujetos.

6.5. Métodos de muestreo.

Debido a los objetivos establecidos y a las características del presente estudio, los métodos de muestreo seleccionados no serán de carácter probabilístico, sino que, por el contrario, la muestra será seleccionada a través de un muestreo por conveniencia siguiendo los criterios de inclusión elegidos por los investigadores.

6.6. Método de recogida de datos.

La recogida de datos se obtendrá directamente de las participantes a través de las encuestas sociodemográficas (Anexo I) y de las escalas de evaluación seleccionadas para medir las variables dependientes: burnout, ansiedad y depresión, calidad de vida relacionada con la salud, estrés percibido y mindfulness (Anexo II-VII).

6.7. Variables a estudiar.

Las variables seleccionadas para la elaboración del estudio son las siguientes:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- **Estrés laboral (burnout):** Para esta variable se hará uso de la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), una escala de 22 ítems validada en español. Esta escala mide las tres dimensiones del agotamiento: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional (41) (Anexo II).
- **Ansiedad y depresión.** Las escalas seleccionadas para evaluar estas variables son la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Anexo III) y la escala Hamilton Anxiety Scale (HARS) (44) (Anexo IV). La escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS) es una escala heteroadministrada mediante entrevista, específicamente diseñada para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos en adultos, así como los efectos del tratamiento antidepresivo. Es un instrumento breve, formado por 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Por otra parte, se encuentra la escala Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS). Es una escala heteroadministrada de 14 ítems que evalúan el grado de ansiedad del paciente. Se aplica mediante entrevista semiestructurada, en la que el entrevistador evalúa la gravedad de los síntomas utilizando 5 opciones de respuesta ordinal (0: ausencia del síntoma; 4: síntoma muy grave o incapacitante).
- **Calidad de vida relacionada con la salud.** Cuestionario de salud SF-12, compuesto por 12 ítems obtenidos del SF-36, que es uno de los

instrumentos más utilizados en todo el mundo para la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (45) (Anexo V).

- **Estrés percibido.** La escala de estrés percibido, Perceived Stress Scale (PSS), es un instrumento de autoinforme que evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes y consta de 14 ítems con una escala de respuesta de 5 puntos. Una puntuación más alta indica un mayor nivel de estrés percibido. Los ítems de escala son fáciles de entender y las alternativas de respuesta son fáciles de marcar (46) (Anexo VI).
- **Mindfulness, atención plena o atención consciente.** Para evaluar dicha variable se recurrirá al cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). El principal valor de la MAAS es que permite medir de forma concisa y breve el mindfulness en poblaciones sin experiencia previa en meditación. Esta es una escala de factor único autoinformada de 15 ítems que se centra exclusivamente en el componente de atención/conciencia de la construcción de la atención plena. (47) (Anexo VII).

Variables independientes:

- Edad (en años)
- Sexo (Hombre/ Mujer)
- Estado civil (casado/a, soltero/a, divorciado/a, otros)
- Experiencia laboral (meses)
- Centro de salud (Floridablanca, Barrio del Carmen, Murcia-sur, Murcia-Infante)
- Turno de trabajo (mañanas, tardes)
- Antigüedad en el puesto actual (meses)
- Experiencia previa en mindfulness (si/no)
- Cargas familiares (número de hijos/personas a cargo)

Todas las variables se medirán antes de la intervención y, en el caso de las variables dependientes, volverán a ser medidas justo al finalizar la intervención y al mes de la misma.

6.8. Descripción de la intervención.

La intervención llevada a cabo en el Proyecto consiste en la implantación de un taller de Mindfulness para la mejora de la calidad de vida de las profesionales enfermeras y la reducción de los niveles de burnout. Para el desarrollo de dichos talleres, las investigadoras del estudio contarán con la ayuda de voluntarios/as especializados en dichos talleres procedentes de la ONG “Teléfono de la Esperanza” de Murcia.

El taller estará constituido por un total de 8 sesiones, las cuales estarán distribuidas en ocho semanas (una sesión por semana) con una duración aproximada de una hora y media por cada sesión.

El tiempo de cada sesión quedará estructurado de la siguiente manera: preparación previa de la sesión por parte de los coordinadores (20 minutos); saludo e inicio de la sesión; compartir el estado de ánimo inicial por parte de los participantes (10 minutos); encuadre de la sesión por parte de los coordinadores (10 minutos); desarrollo de la sesión (1 hora); cierre de la sesión (10 minutos).

El taller consta de los siguientes contenidos teóricos proporcionados por la propia ONG: 1. Funcionar con el piloto automático o desde la consciencia plena; 2. Otra manera de conocer; 3. Centrémonos en el presente; 4. Tendencia a rechazar todo aquello que percibimos como molesto o doloroso; 5. Aceptar la realidad tal cual es; 6. Un pensamiento es solo eso, un pensamiento; 7. La compasión y la benevolencia en acción; 8. La benevolencia en acción.

6.9. Descripción del seguimiento.

Tras finalizar la intervención propuesta descrita anteriormente, se procederá a la medición de las variables dependientes (post-intervención). Dicha medición se realizará en dos ocasiones: al terminar la intervención y pasado un mes desde la finalización de la misma. Esto nos permitirá hacer un seguimiento y conocer la evolución de los resultados habiendo dejado un cierto margen de tiempo entre la intervención y los efectos derivados de esta. Todo ello permitiría conocer el efecto instantáneo y a corto plazo sobre el Burnout así como también sobre la calidad de vida, la cual podría tener un efecto menos instantáneo.

6.10. Estrategia de análisis estadístico: test y procedimientos.

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables mediante tablas de frecuencia para las cualitativas, y cálculo de mínimo, máximo, media y desviación estándar para las cualitativas.

Los valores medios de las variables dependientes se analizarán a través de un modelo lineal general de medidas repetidas, la ANOVA de medidas repetidas, en las variables dependientes del estudio obteniendo en el estadístico descriptivo la media y la desviación típica de las diferentes mediciones realizadas en dichas variables: pretest, posttest y en el seguimiento.

6.11. Programa estadístico a utilizar.

Para el proceso de análisis de la información, los investigadores harán uso del programa informático SPSS (Statistical Product and Service Solutions) el cual constituye un conjunto de herramientas para el análisis estadístico a través del tratamiento de los datos obtenidos durante el estudio.

7. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS SI SE CUMPLIERA LA HIPÓTESIS.

Este Proyecto tiene como objetivo dar a conocer el estado de estrés laboral al que tienen que hacer frente algunas profesionales enfermeras en la actualidad y la efectividad del Mindfulness en el afrontamiento de dicho estrés y en la mejora de la calidad de vida de estas profesionales.

De cumplirse lo descrito anteriormente, este estudio podría dar lugar a futuras investigaciones que arrojasen más información acerca del tema en cuestión, mostrando así la necesidad de implementar este tipo de intervenciones en instituciones tales como el Servicio Murciano de Salud. Implementar este tipo de talleres de Mindfulness conociendo los beneficios que estos presentan sobre la población enfermera, daría lugar a una serie de resultados positivos tales como: la reducción de los niveles de burnout, una mayor satisfacción laboral y una mejora de la calidad de vida en las profesionales enfermeras, así como también una mejora de la seguridad y calidad asistencial por parte de estas profesionales hacia los pacientes.

8. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA.

La estrategia de búsqueda para la elaboración del presente estudio se llevó a cabo mediante la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos descritas a continuación: Web of Science, PubMed y Dialnet, SciELO.

Durante el periodo de búsqueda, se establecieron una serie de filtros como los años de publicación de los artículos, los cuales se acotaron desde el año 2015 hasta el 2020, artículos de texto completo, o incluso el idioma, dejando como preferentes el inglés y el español.

Los descriptores de búsqueda o palabras clave utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido: enfermería, burnout, mindfulness, satisfacción laboral, calidad de vida, atención primaria.

El proceso de búsqueda, según la combinación de los operadores booleanos, se desarrolló de la siguiente manera: burnout and enfermería; burnout and satisfacción laboral and calidad de vida; burnout and mindfulness; burnout and mindfulness and enfermería; burnout and mindfulness and atención primaria.

9. CALENDARIO Y CRONOGRAMA PREVISTO PARA EL ESTUDIO.

Tabla 1- Cronograma del Proyecto

Etapa	Actividades	Periodo de ejecución	Año
Etapa 1	<p>Diseño del proyecto</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis documental ▪ Pregunta de investigación PICO y objetivos ▪ Solicitud de informe del Comité Ético de Investigación de la UMH ▪ Redacción de documentos ▪ Preparación del Taller de Mindfulness con el resto de los investigadores y colaboradores del proyecto 	Septiembre- Octubre (2 meses)	2020
	Acceso al campo de estudio		

Etapa 2	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación y difusión del proyecto a los informantes clave y a los participantes ▪ Acceso al campo de estudio ▪ Cuestionarios/ encuestas pre-intervención ▪ Desarrollo del Taller de Mindfulness ▪ Recogida de datos post-intervención ▪ Análisis de los datos ▪ Interpretación de los resultados ▪ Elaboración de la introducción y del marco teórico 	Noviembre- Enero (3 meses)	2020- 2021
Etapa 3	<p>Desarrollo y elaboración del plan de difusión de los resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Redacción de los resultados ▪ Corrección de erratas ▪ Plan de difusión 	Febrero- Marzo (2 meses)	2021

Fuente: elaboración propia.

10. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS, Y MÉTODOS UTILIZADOS PARA MINIMIZAR LOS POSIBLES RIESGOS.

Entre las posibles limitaciones que pueden surgir durante el desarrollo del presente Proyecto, se encuentra el diseño elegido para la elaboración del estudio, el cual no presenta grupo control. El mero paso del tiempo y factores externos podrían influir en la mejora del burnout, y sin grupo control esto no se puede evaluar. Sin embargo, la investigadora principal concluye que este efecto es despreciable al tratarse de un corto periodo de seguimiento, y presenta como ventaja disponer de un diseño más sencillo en su análisis.

Por otra parte, el seguimiento de las participantes se realizará pasado un mes desde la intervención, periodo en el que se pueden producir pérdidas de participantes y, por tanto, de información. Para evitar posibles sesgos, dicha limitación se ha tenido en cuenta en el cálculo muestral a través del programa

Epidat adjudicando un porcentaje de pérdidas de un 10% para evitar la pérdida de potencia estadística.

11. POSIBLES PROBLEMAS ÉTICOS.

Para proceder a la realización del Proyecto, deberemos contar previamente con la evaluación y aprobación del estudio por parte de la Oficina de Investigación Responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández de Elche, así como también del Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del hospital de referencia, en este caso del Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia.

Por otra parte, para cualquier tipo de investigación, independientemente de la metodología empleada, se deben tener en cuenta aspectos éticos de la investigación como los promulgados por la Asociación Médica Mundial (AMM) en 1964, Declaración de Helsinki, la cual asentó los principios éticos para la investigación médica en seres humanos; los principios bioéticos, establecidos por Tom Beauchan & Childres a través del Informe Belmont (1978); así como también los aspectos legales de la investigación biomédica, como el Convenio de Oviedo del Consejo de Europa (1997) o la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica (48).

12. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previo a la firma del consentimiento informado (Anexo IX), y con el fin de cuidar los aspectos éticos, se deberá proceder a la explicación de toda la información relacionada con el proyecto a las participantes: objetivos del estudio, los procedimientos que aseguren la protección de los datos personales, su tratamiento y el acceso a los mismos, así como también la preservación de la voluntariedad y la confidencialidad de las participantes. Toda esta información se facilitará a través de una presentación oral, aprovechando el contacto de selección, así como también de forma escrita a través de una “Carta de presentación del Proyecto” (Anexo VIII).

Tras informar a las participantes y habernos asegurado de forma previa que la información aportada ha sido comprendida por las mismas, se les entregará el consentimiento informo, el cual tendrá que ser firmado y fechado por las

participantes, así como también por los propios investigadores, otorgando una copia del documento a cada una de las partes implicadas.

Una vez obtenido el consentimiento informado por parte de las participantes y comprobar que toda la información ha sido explicada y comprendida, solventando las posibles dudas existentes acerca del Proyecto, podremos dar paso al desarrollo a la primera sesión del taller de Mindfulness.

13. LEY DE PROTECCIÓN DE DATOS.

La ley de protección de datos establecida en España es la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la cual tiene por objeto: *“garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar”* (49).

Esta ley, encargada de la regulación del consentimiento informado, uno de los criterios éticos fundamentales para la realización de cualquier estudio, ha transformado dicho documento en una norma judicial, siendo de obligatorio cumplimiento para cualquier investigación, independientemente de las características que la conforman.

14. PERSONAL QUE PARTICIPA EN EL ESTUDIO Y CUÁL ES SU RESPONSABILIDAD.

Entre los profesionales que conforman el equipo de investigación del presente Proyecto, se encuentran: dos investigadores, un Doctor de la Universidad Miguel Hernández de Elche perteneciente a la facultad de medicina y una Doctora de la Universidad de Murcia perteneciente a la facultad de psicología. La amplia experiencia profesional e investigadora en el campo de las ciencias sociales hacen imprescindible su participación en el presente proyecto, a través del asesoramiento y coordinación del mismo. La investigadora principal es graduada en terapia ocupacional y enfermería, y habrá cursado el Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria.

Por otra parte, se contará con la colaboración de varios voluntarios especialistas en el campo del Mindfulness de la ONG “Teléfono de la Esperanza” de Murcia,

para la elaboración de un Taller de Mindfulness, aportando los conocimientos y la documentación necesaria para el correcto desarrollo de la actividad.

15. PRESUPUESTO

A continuación, se procederá a la descripción del presupuesto estimado para la elaboración del Proyecto:

Tabla 2 - Presupuesto del proyecto

PRESUPUESTO SOLICITADO	
1. Gastos de ejecución	
a) Adquisición de bienes y contratación de servicios.	2.400€
- Gastos vinculados a la publicación del proyecto de investigación en revistas de Open Access	1050€
- Contratación empresa para el análisis de datos con software de investigación SPSS	125€
- Esterillas para meditación (10 unidades)	150€
- Cojín meditación (10 unidades)	
SUBTOTAL	3.725€
b) Viajes y dietas	2.500€
- Congresos nacionales o internacionales y difusión de resultados	
SUBTOTAL	2.500€
TOTAL AYUDA SOLICITADA	6.225€

Fuente: elaboración propia

16. BIBLIOGRAFÍA.

1. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* [Internet]. 2013;381(9874):1323–31. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6)
2. Wu SY, Li HY, Tian J, Zhu W, Li J, Wang XR. Health-related quality of life and its main related factors among nurses in China. *Ind Health*. 2011;49(2):158–65.
3. Muñoz J. et al. Análisis de impacto de la crisis económica sobre el síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de enfermería Analysis of impact of the economic crisis on the syndrome of Burnout and resilience in nursing. *Enfermería Glob*. 2017;46:315–35.
4. Nuclear Threat Initiative (NTI), Johns Hopkins Center for Health Security (JHU). *Global Health Security Index: Building Collective Action and Accountability*. 2019;324. Available from: <https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2019/10/2019-Global-Health-Security-Index.pdf>
5. Redacción Médica. El ratio que garantiza un máximo de pacientes por enfermera llega a Europa. 2019; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/enfermeria/el-ratio-que-garantiza-un-maximo-de-pacientes-por-enfermera-llega-a-europa-2723>
6. Dall TM, Chen YJ, Seifert RF, Maddox PJ, Hogan F, Care SM, et al. The Economic Value of Professional Nursing Linked references are available on JSTOR for this article : The Economic Value of Professional Nursing. 2016;47(1):97–104.
7. Kane RL, Shamliyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ, Kane RL, et al. The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes : Systematic Linked references are available on JSTOR for this article : The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes Systematic Review and Meta-Analysis. 2016;45(12):1195–204.
8. Huete C. La precaria vida de un enfermero: 300 contratos en cinco años.

- El País Sociedad [Internet]. 2019; Available from: https://elpais.com/sociedad/2019/07/13/actualidad/1563043742_413179.html
9. Romero G. Los turnos de más de 12 horas provocan desgaste e insatisfacción laboral en las enfermeras. Organización Colegial de Enfermería [Internet]. 2015; Available from: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/sala-de-prensa/noticias/item/19357-los-turnos-de-mas-de-12-horas-provocan-desgaste-e-insatisfaccion-laboral-en-las-enfermeras>
 10. Redacción Médica. Turnos de 12 horas en Enfermería: entre la “maravilla” y el agotamiento. 2019; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/virico/noticias/turnos-de-12-horas-en-enfermeria-entre-la-maravilla-y-el-agotamiento-9633>
 11. Dall’Ora C, Griffiths P, Ball J, Simon M, Aiken LH. Association of 12 h shifts and nurses’ job satisfaction, burnout and intention to leave: Findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open*. 2015;5(9).
 12. Instituto Nacional de Empleo. España en cifras 2017. Ine [Internet]. 2017; Available from: http://www.ine.es/prodyser/esp_a_cifras/2017/files/assets/common/downloads/publication.pdf
 13. Varela N. *Feminismo para principiantes*. Segunda ed. Penguin Random House, editor. Barcelona; 2019. 473 p.
 14. Han SS, Han JW, Kim YH. Effect of Nurses’ Emotional Labor on Customer Orientation and Service Delivery: The Mediating Effects of Work Engagement and Burnout. *Saf Health Work* [Internet]. 2018;9(4):441–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2017.12.001>
 15. Feeley N, Robins S, Charbonneau L, Genest C, Lavigne G, Lavoie-Tremblay M, et al. NICU Nurses’ Stress and Work Environment in an Open Ward Compared to a Combined Pod and Single-Family Room Design. *Adv Neonatal Care*. 2019;19(5):416–24.

16. Shahdadi H, Rahnama M. Experience of Nurses in Hemodialysis Care: A Phenomenological Study. *J Clin Med*. 2018;7(2):30.
17. Lavoie-Tremblay M, Feeley N, Lavigne GL, Genest C, Robins S, Fréchette J. Neonatal intensive care unit nurses working in an open ward: Stress work satisfaction. *Health Care Manag (Frederick)*. 2016;35(3):206–16.
18. Hemsworth D, Baregheh A, Khorakian A, Muterera J, Plough JF, Garcia-Rivera BR, et al. The resource-based reflective risk assessment model for understanding the quality of work life of nurses. *Nurs Outlook* [Internet]. 2020;68(2):194–206. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2019.10.006>
19. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. *J Nurs Manag*. 2019;27(8):1835–44.
20. Freudenberger, Herbert J. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;90(1):159–65.
21. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;(52):397–422.
22. Torrades Oliva S. Estrés y burn out: definición y prevención. *Offarm Farm y Soc*. 2007;26(10):104–7.
23. Lim WY, Ong J, Ong S, Hao Y, Abdullah HR. The Abbreviated Maslach Burnout Inventory Can Overestimate Burnout : A Study of Anesthesiology Residents. *J Clin Med Artic*. 2020;9(61):1–14.
24. World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. [Internet]. 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
25. Redacción Médica. El “burnout” en médicos y la adicción a los videojuegos ya son enfermedades. 2019; Available from: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/la-oms-incluye-el-burnout-de-medicos-y-enfermeras-como-enfermedad-9377>

26. Siegel RD, Germer CK, Olendzki A. Mindfulness: What is it? where did it come from? *Clin Handb Mindfulness*. 2009;17–35.
27. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract*. 2003;10(2):144–56.
28. Black DS. *Mindfulness Research Monthly*. 2010;1.
29. Kabat-Zinn J, de Torrijos F, Skillings AH, Blacker M, Mumford GT, Alvares DL, et al. Delivery and Effectiveness of a Dual Language (English/Spanish) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR). *Mindfulness & Compassion*. 2016;1(1):2–13.
30. Simón V. Mindfulness y psicología: presente y futuro. *Inf psicológica*. 2010;100:162–70.
31. Moñivas A, García-Diex G, García-de-Silva R. Mindfulness (atención plena): concepto y teoría [Mindfulness: Concept and Theory]. *Portularia*. 2012;12(Addenda):83–9.
32. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. 2006;19(2):105–9.
33. Martín-asuero A, García-banda G. The Mindfulness-Based Stress Reduction Program (MBSR) Reduces Stress-Related Psychological Distress in Healthcare Professionals. 2010;13(2):897–905.
34. Martín-Asuero A, de la Banda GG. Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Int J Clin Heal Psychol*. 2007;7(2):369–84.
35. Campayo JG. La práctica del «estar atento» (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40(7):363–6.
36. Atanes ACM, Andreoni S, Hirayama MS, Montero-Marin J, Barros V V., Ronzani TM, et al. Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: A correlational study in primary care health professionals. *BMC Complement Altern Med [Internet]*. 2015;15(1):1–7. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>

37. Demarzo MMP, Cuijpers P, Zabaleta-del-olmo E, Mahtani KR, Vellinga A, Vicens C. The Efficacy of Mindfulness-Based Interventions in Primary Care: A Meta-Analytic Review. *Ann Fam Med*. 2015;13(6):573–82.
38. Martín Asuero A, Rodríguez Blanco T, Pujol-Ribera E, Berenguera A, Moix Queraltó J. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness en profesionales de atención primaria. *Gac Sanit* [Internet]. 2013;27(6):521–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.04.007>
39. Pérula C, Pérula de Torres LA, Jiménez García C, Pérula de Torres CJ, Vaquero Abellán M. Mindfulness en enfermería de atención primaria y su relación con el estrés laboral. *NURE Investig* [Internet]. 2016;14(86):1–9. Available from: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/1014/740>
40. García-Campayo J, Demarzo M. ¿Qué sabemos del mindfulness? 2018. 672 p.
41. Pérula-De Torres LA, Atalaya JCVM, García-Campayo J, Roldán-Villalobos A, Magallón-Botaya R, Bartolomé-Moreno C, et al. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):1–10.
42. Consejería de Salud. Dirección General de Planificación, Investigación F y A al C. Atención Primaria. Personal según estamento profesional y áreas de salud. [Internet]. Portal Estadístico de la Región de Murcia. 2018. Available from: http://econet.carm.es/web/crem/inicio/-/crem/sicrem/PU260/sec3_c1.html
43. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de

- Madrid. Rev Esp Salud Publica. 2004;78(4):505–16.
44. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E, et al. Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg Depression and Hamilton Anxiety Rating Scales. Med Clin (Barc) [Internet]. 2002;118(13):493–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
 45. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodriguez C, De La Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. Med Clin (Barc). 1998;111(11):410–6.
 46. Trujillo HM, González-Cabrera JM. Psychometric properties of the Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). Psicol Conductual. 2007;15(3):457–77.
 47. Soler J, Tejedor R, Feliu-Sol A, Pascual JC, Cebolla A, Soriano J, et al. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). Actas Españolas Psiquiatr [Internet]. 2012;40(1):19–26. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=73981849&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
 48. Arroyo Gordo P, Cortina A, Torralba M, Zugasti J. Etica y legislacion en Enfermeria. McGraw-Hill Interamericana de España, editor. Madrid; 1996. 350 p.
 49. BOE. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Oficial. Boletín Of del Estado [Internet]. 1999;(298, de 14 diciembre):43088–99. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>

17. ANEXOS

17.1. Anexo I: Cuestionario sociodemográfico

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Edad:

Sexo: H M

Estado civil:

- Casado/a
- Soltero/a
- Divorciado/a
- Otros:

Ámbito laboral:

Estado laboral (tipo de contrato): Fijo Temporal

Centro de salud donde trabaja:

- Floridablanca
- Barrio del Carmen

Turno de trabajo (mañanas/ tardes fijas o rotativo):

Experiencia laboral (meses):

Antigüedad en el puesto actual (meses):

Ámbito Mindfulness:

Experiencia previa en Mindfulness (sí/no):

Durante cuánto tiempo (meses):

Última experiencia (meses):

Ámbito familiar:

Cargas familiares (número de hijos/ personas a su cargo):

17.2. Anexo II. Escala Maslach Burnout Inventory (MBI).

CUESTIONARIO BURNOUT

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados: 0= NUNCA; 1= POCAS VECES AL AÑO; 2= UNA VEZ AL MES O MENOS; 3= UNAS POCAS VECES AL MES; 4= UNA VEZ A LA SEMANA; 5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA; 6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado/a por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

17.3. Anexo III. Escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarlo. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente reducido</p> <p>3.</p> <p>4. Sin apetito. La comida es insípida</p> <p>5.</p> <p>6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p>
<p>7. Lasitud Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p>
<p>8. Incapacidad para sentir Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos</p>
<p>9. Pensamientos pesimistas Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p>
<p>10. Pensamientos suicidas Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

17.4. Anexo IV. Escala Hamilton Anxiety Scale (HARS).

Ítems	Criterios operativos de valoración
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligeros retrasos en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. "Juega" con sus manos, cabello, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle
11. Ansiedad somática	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones - Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias - Respiratorios: hiperventilación, suspiros - Frecuencia urinaria - Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de la libido - Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) <p>B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave	Muy grave
		0-7	8-13	14-18	19-22

17.5. Anexo V. Cuestionario de Salud SF-12 .

CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada
2. Esfuerzos moderados , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de su salud física**?

	1 Sí	2 No
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante **las 4 últimas semanas**, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, **a causa de algún problema emocional** (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1 Sí	2 No
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durante **las 4 últimas semanas**, ¿hasta qué punto **el dolor** le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las **4 últimas semanas**. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las **4 últimas semanas** ¿cuánto tiempo...

	1	2	3	4	5	6
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
9. ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Durante las **4 últimas semanas**, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo algunas veces	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



17.6. Anexo VI. Escala Perceived Stress Scale (PSS).

European Spanish version of the Perceived Stress Scale							
Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación							
Ítems PSS	Ítems PSS10		Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido al control de todo?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por lograr?	0	1	2	3	4
PSS		En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
PSS	PSS10	En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que					

17.7. Anexo VII. Cuestionario Mindful Attention Awareness Scale (MAAS).

MAAS

Por favor, indica tu grado de acuerdo con cada uno de los ítems que siguen utilizando la escala de abajo. Simplemente haz un círculo en tu respuesta de cada ítem.

	1	2	3	4	5	6			
	Casi siempre	Muy frecuentemente	Algo frecuente	Algo infrecuente	Muy infrecuente	Casi nunca			
1. Podría sentir una emoción y no ser consciente de ella hasta más tarde.				1	2	3	4	5	6
2. Rompo o derramo cosas por descuido, por no poner atención, o por estar pensando en otra cosa.				1	2	3	4	5	6
3. Encuentro difícil estar centrado en lo que está pasando en el presente.				1	2	3	4	5	6
4. Tiendo a caminar rápido para llegar a donde voy sin prestar atención a lo que experimento durante el camino.				1	2	3	4	5	6
5. Tiendo a no darme cuenta de sensaciones de tensión física o incomodidad hasta que realmente captan mi atención.				1	2	3	4	5	6
6. Me olvido del nombre de una persona tan pronto me lo dicen por primera vez.				1	2	3	4	5	6
7. Parece como si “funcionara en automático” sin demasiada consciencia de lo que estoy haciendo.				1	2	3	4	5	6
8. Hago las actividades con prisas, sin estar realmente atento a ellas.				1	2	3	4	5	6
9. Me concentro tanto en la meta que deseo alcanzar que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para alcanzarla.				1	2	3	4	5	6
10. Hago trabajos o tareas automáticamente, sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.				1	2	3	4	5	6
11. Me encuentro a mí mismo escuchando a alguien por una oreja y haciendo otra cosa al mismo tiempo.				1	2	3	4	5	6
12. Conduzco en “piloto automático” y luego me pregunto por qué fui allí.				1	2	3	4	5	6
13. Me encuentro absorto acerca del futuro o el pasado.				1	2	3	4	5	6
14. Me descubro haciendo cosas sin prestar atención.				1	2	3	4	5	6
15. Pico sin ser consciente de que estoy comiendo.				1	2	3	4	5	6

17.8. Anexo VIII. Carta de presentación del proyecto.

CARTA DE PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

Alumna/investigadora responsable: Gabriela Fernández Valero, enfermera y terapeuta ocupacional diplomada de Murcia.

Tutor de Trabajo Fin de Máster: Jose Antonio Quesada Rico, Profesor en la Facultad de Medicina, Universidad Miguel Hernández de Elche.

IMPLANTACIÓN DE UN TALLER DE MINDFULNESS PARA REDUCIR EL BURNOUT EN ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA. ESTUDIO ANALÍTICO CUASI-EXPERIMENTAL.

Este proyecto va dirigido a evaluar la prevalencia de Burnout y la efectividad de la aplicación de un taller de mindfulness a profesionales enfermeros pertenecientes a los servicios de atención primaria del área de salud VII de la Región de Murcia para reducir los niveles de Burnout y aumentar la calidad de vida de estas profesionales.

Para el desarrollo de este estudio se necesitará la participación de sujetos que quieran formar parte de un Taller de Mindfulness compuesto por ocho sesiones a determinar por las participantes, respetando, en la medida de lo posible, la conciliación laboral-familiar. Con el fin de obtener información acerca del nivel de Burnout y del estado de la calidad de vida, deberán cumplimentar varias escalas de evaluación antes y después de la intervención propuesta.

Las encuestas y cuestionarios a realizar serán anónimos, no siendo necesaria la aportación de datos personales tales como nombre, DNI o dirección de las participantes. La protección y confidencialidad de la información aportada durante el estudio estarán garantizadas en todo momento, permitiendo el acceso de la misma sólo a aquellas personas implicadas en el desarrollo del proyecto.

La participación en este estudio es voluntaria, por lo que podrá retirarse del estudio en el momento que usted desee sin necesidad de aportar ningún tipo de justificación al respecto.

Por último, le agradecemos su atención y esperamos su colaboración. En caso de duda, pueden ponerse en contacto conmigo a través del correo electrónico gabriela.fernandez@goumh.umh.es o al teléfono [número de teléfono personal de la alumna].

Un cordial saludo, Gabriela Fernández Valero.

17.9. Anexo IX. Formulario de consentimiento informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dn/Dña.....,
con DNI y fecha de nacimiento....., declaro que he sido informado/a acerca de mi participación en el estudio con título **“Implantación de un taller de Mindfulness para reducir el Burnout en enfermeras de Atención Primaria de la Región de Murcia. Estudio analítico cuasi-experimental”**. Por ello manifiesto, bajo mi responsabilidad:

- Que he sido informado/a de forma escrita y oral los objetivos del proyecto.
- Que me han explicado que la información aportada a través de las encuestas y cuestionarios a realizar será tratada con total confidencialidad y anonimato.
- Que he sido informado/a de que mi consentimiento de participación en este estudio será voluntario y libre, y de que puedo retirar dicho consentimiento en el momento que yo considere sin tener que otorgar justificación alguna.
- Que he leído y comprendido la información descrita en este documento “Formulario de consentimiento informado”
- Que se me ha comunicado que mis datos personales serán protegidos y estarán sometidos a la garantía de la Ley 15/1999 de 13 de diciembre, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter personal.

Por lo tanto, tras tener en cuenta la información descrita anteriormente, declaro que DOY mi CONSENTIMIENTO para que tanto mis datos sociodemográficos como clínicos sean tratados y utilizados para alcanzar los objetivos del estudio, así como también para que toda esa información codificada quede almacenada en una base de datos con fines exclusivamente investigadores.

Murcia, a _____ de _____ de 2020.

Firma del /la participante:

Firma Investigadores:

DNI:

DNI:

17.10. Anexo X. Agradecimientos.

Agradecer a D. Jose Antonio Quesada Rico el asesoramiento, apoyo, paciencia y flexibilidad brindado durante la realización de este Proyecto. Sin sus directrices no hubiera sido posible la finalización del mismo en el tiempo estimado. Insisto, gracias.

Por otra parte, me gustaría agradecer a la Universidad Miguel Hernández de Elche la flexibilidad y solidaridad que ha mostrado y muerta hacia sus alumnos durante este periodo de crisis sanitaria. Sin ello, muchos de los profesionales sanitarios que aún seguimos al frente de esta crisis no nos hubiera sido posible compaginar ambos ámbitos, laboral y universitario.

Agradecer a mi pareja, Enrique González, su apoyo y cariño brindados durante esta etapa, haciendo de la adversidad algo maravilloso.

Por último, agradecer a mi familia y amigos su apoyo y amor incondicional.

