

REDUCCIÓN DE ESTRÉS MEDIANTE ATENCIÓN PLENA: LA TÉCNICA MBSR EN LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Andrés Martín Asuero*
Gloria García de la Banda*
Enric Benito Oliver**

* Fac. de Psicología, Universitat de les Illes Balears, 07071 Palma de Mallorca, España.
PALDEN@epersonas.net

** Coordinador de Cuidados Paliativos, Hosp. Joan March, GESMA. Mallorca, España.

RESUMEN

Este estudio examina la eficacia del programa para la reducción del estrés denominado Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) con un grupo de 28 voluntarios, en su mayoría profesionales de la salud. El 75% de los participantes completó el programa y el malestar psicológico de estos se redujo en un 49% según el SCL-90R. El malestar físico también mejoró, con una reducción del 44% de los síntomas médicos, medidos según el MSCL. Estos resultados son satisfactorios y similares a los citados en otros estudios comparables. Por ello, pensamos que la técnica MBSR puede ser aplicable en España para la reducción del estrés en el ámbito sanitario, con igual efectividad que en Estados Unidos. Esta técnica, que se imparte en grupo, con carácter formativo y con un coste reducido, puede ser útil para prevenir riesgos psico-sociales, como el estrés, en los Planes de Prevención de Riesgos Laborales.

Palabras clave: REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, PROFESIONALES DE LA SALUD

SUMMARY

This work examines the efficiency of the program Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) with a group of 28 volunteers, mostly health professionals. 75% of the participants finished the program and experienced a distress reduction of 49%, measured with the SCL-90R. The physical status also improved, with a 44% reduction of medical symptoms measured with MSCL. These results are satisfactory and similar to comparable research reported elsewhere. Therefore, we consider that the MBSR program can be applicable in Spain for stress reduction of health professionals with same efficiency as in the United States of America. This technique, delivered to groups within a training format at a low cost, can reduce psycho-social risks, such as stress, and therefore is applicable to Occupational Risk Prevention Plans.

Key words: STRESS REDUCTION, HEALTH PROFESSIONALS

INTRODUCCIÓN

El estrés afecta al 28% de los trabajadores europeos, convirtiéndose en el segundo problema de salud laboral después de los dolores de espalda, según datos de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud Laboral (Cox, 2002). Esta Agencia define el estrés como una circunstancia en la que las demandas del trabajo exceden la capacidad del trabajador para afrontarlas o controlarlas. Por otro lado, está aceptado que el estrés laboral tiene un impacto negativo en la salud física y psicológica de las personas. En concreto se le relaciona con problemas cardiovasculares, del sistema inmune y del estado de ánimo, además afecta a los hábitos alimenticios e incrementa las conductas poco saludables como el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, etc. (McEwen, 2002). Por ello se considera al estrés, directa o indirectamente, causante de gran parte del absentismo laboral, llegando a postularse como la primera causa en algunos países como el Reino Unido (Firn, 2003).

Una profesión especialmente sensible al estrés es la sanitaria, donde la convivencia con el sufrimiento, la enfermedad y la muerte, se suma a la creciente presión asistencial, con ritmos intensos y limitaciones presupuestarias (García et al, 2001). Se ha descrito que los médicos en EEUU llegan a tener un nivel de cortisol, uno de los principales índices de estrés fisiológico, tres veces mayor que la población general (Boschert, 2003). Por ello hay más de 600 trabajos publicados en los últimos 40 años que tratan de la importancia de incluir el estrés en la formación médica (Shapiro, Shapiro y Schawrtz, 2000). En nuestro país podemos mencionar que el estrés es el problema de salud laboral más citado en una reciente encuesta sobre 1.554 facultativos (Madrid Médico, 2003).

El estrés está relacionado también con el fenómeno del burnout o síndrome de "estar quemado". Según un estudio en el Reino Unido de 331 doctores, se establece que el agotamiento emocional, uno de los componentes del burnout, y el estrés, son causas recíprocas el uno del otro (McManus, 2002). Otro estudio indica que hay especialidades de la medicina que sufren especialmente de burnout como son los psiquiatras (Snibbe, Radcliffe, Weisberger, Richards, y Nelly, 1989) o los oncólogos clínicos (Ramírez et al, 1995). Por otro lado, las fuertes emociones que expresan ciertos pacientes genera estrés y pueden afectar a los profesionales creando angustia o burnout, además de afectarles en sus decisiones sanitarias (Meier, 2001, Lyckholm, 2001). Otros estudios indican la responsabilidad del estrés en errores médicos de internos (McCall, 1989) y relacionan el estrés de los profesionales de la salud con una mayor incidencia de ansiedad y depresión (Weinberg y Creed, 2000).

De los distintos programas de reducción de estrés hemos seleccionado el denominado MBSR, acrónimo de "*Mindfulness-Based Stress Reduction*", que se podría traducir como Reducción de Estrés mediante la Atención Plena. La Atención Plena es un estado mental en el que el individuo es altamente consciente y enfoca la realidad del momento presente, aceptándola, sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas (Kabat-Zinn, 1990). Este estado se consigue mediante la observación desvinculada de la realidad, realizada momento a momento (Kabat-Zinn, 1982). Para ello se parte de un objeto primario (generalmente la sucesión respiratoria de

inhalaciones y exhalaciones) hasta que se obtiene una atención relativamente estable para abordar otras manifestaciones corporales y mentales. De esta manera, se va enfocando en las sensaciones del cuerpo, los pensamientos, las emociones y las fantasías, tal y como aparecen en tiempo real y cómo van sucediéndose unas a otras. Esta estabilización de la atención y la progresión de la misma se enseña gradualmente en varias sesiones de meditación.

La hipótesis de una intervención del tipo MBSR es que el desarrollo de la atención mejora el funcionamiento del sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo (Shapiro y Schwartz, 2000). El estrés produce una sobrecarga que afecta a los mecanismos de "feedback" por los que el organismo se regula y ajusta produciendo un desequilibrio en la respuesta del organismo que acaba deteriorando la salud. De esta manera, la práctica de la atención plena permite al individuo identificar antes los síntomas del estrés, establecer más claramente sus causas y consecuencias, e iniciar estrategias de afrontamiento más eficaces. Esta técnica se propone como una técnica de autorregulación útil para amortiguar los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud de las personas.

La aplicación de esta técnica en el contexto sanitario puede ser muy recomendable dado que 1) el coste es muy reducido ya que es una intervención en grupo, 2) la adherencia al programa es muy elevada (más del 80%; Kabat-Zinn y Chapman-Waldrop, 1988), 3) al haberse desarrollado en un centro médico su enfoque es fácilmente asimilable para los profesionales sanitarios, 4) su eficacia está ampliamente establecida en trabajos científicos (Kabat-Zinn et al, 1992, Kabat-Zinn, 1996, Miller, Fletcher y Kabat-Zinn, 1995) y en aplicaciones a profesionales de la salud (Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998, Epstein, 1999).

El objetivo de este estudio ha sido comprobar el grado de eficacia en la reducción del estrés del programa MBSR y compararlo con los resultados obtenidos en su lugar de origen. De manera específica, nuestros objetivos se dirigieron a reducir el malestar físico y psicológico de los participantes, incrementar el nivel de conciencia sobre la propia salud e incorporar hábitos saludables en su vida cotidiana.

MÉTODOS

Muestra

La muestra estaba formada por 28 participantes, de los que 16 eran profesionales socio-sanitarios que asistían a enfermos terminales y el resto lo componían profesionales del sector servicios (enseñanza, banca, turismo, entre otros). La media de edad era de 42.4 años (Dt-10.16) y el 76% de la muestra fueron mujeres. Los participantes se inscribieron de manera voluntaria, manifestando las siguientes razones: 22 lo hacían por sufrir estrés, 14 estaban interesados en la intervención como formación profesional y 7 por dolores musculares, pudiendo coincidir varias razones en la misma persona. Todos los participantes estaban en activo excepto cuatro, de baja por enfermedad en ese momento.

De los 28 participantes, cuatro abandonaron el programa y tres no cumplieron con el mínimo de asistencia exigido. Las 21 personas restantes asistieron a seis o más sesiones, a los que nos referiremos a partir de ahora como "graduados" y cuyos datos son los que se presentan a continuación.

Instrumentos

El malestar de los participantes se midió utilizando dos inventarios, el test Medical Symptoms Check List, que a continuación se refiere por MSCL, (Travis, 1977) para medir el componente físico y el Symptoms Check List 90 Revised, conocido por SCL-90R (Derogatis, 2002) para el malestar psicológico. Estos inventarios se eligieron por haber sido utilizados en otras intervenciones con MBSR (Kabat-Zinn et al, 1992, Kabat-Zinn, 1996) y así poder facilitar la comparación entre esta intervención y las realizadas en EEUU.

El MSCL es una lista de 95 síntomas físicos para los hombres y 104 para las mujeres. Los participantes contestan seleccionando aquellos síntomas que han experimentado en las últimas cuatro semanas. Este inventario fue traducido al castellano por el primer autor al no encontrarse versión española disponible. Dado que el

número de síntomas es diferente para cada sexo, la puntuación se presenta como porcentaje de síntomas seleccionado sobre el total de la escala.

El SCL-90R es un inventario de 90 alteraciones de tipo psicológico o físico. Los participantes valoran el grado de malestar experimentado en los 7 días previos en una escala tipo Likert de 1 a 5. Donde el 1 indica nada y el 5 indica mucho. El grado de malestar total (*distress* en inglés) es la puntuación total en la escala y se denomina Índice de Gravedad o GSI (*General Severity Index*). Se utilizó la versión española de la escala publicada por Tea Ediciones.

Los participantes evaluaron el curso mediante un cuestionario con dos partes. La primera, llamada "Beneficios", consiste en una auto-evaluación sobre el efecto de la intervención en los siguientes ámbitos: bienestar, energía, actividad, visitas al médico, medicación, dolor y presión sanguínea. En aquellos ámbitos donde se reconocía un problema, se evaluaba la intervención mediante una escala Tipo Likert, de 1-5, siendo 1 bastante peor, 2 algo peor, 3 igual, 4 algo mejor y 5 bastante mejor. Los datos se presentan como la media aritmética de las puntuaciones obtenidas en los ámbitos registrados. La segunda parte de la evaluación incluye una valoración de la intervención de forma global, mediante una escala de 1 a 10, siendo 1 el mínimo y 10 para el máximo, junto con varias preguntas abiertas para recoger sus opiniones. Estas preguntas están orientadas a conocer el efecto del curso en: 1) la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento, 2) en la percepción de la salud y en la capacidad de uno mismo en mantenerla, 3) conocer si se han producido cambios en su vida por la intervención y 4) ¿Sigue usted practicando la meditación?.

Intervención

El formato de la intervención es el de una actividad formativa en grupo, con asistencia presencial y un trabajo personal entre sesiones. Se impartió durante ocho semanas, con una sesión semanal de 2,5 horas, y una sesión de ocho horas la 6ª semana, lo que supone un total de 28 horas presenciales en 9 sesiones. El programa sigue

el método MBSR descrito por Kabat-Zinn (1992, 1996, 2003), que enfatiza la Atención Plena (*Mindfulness* en inglés) junto con ejercicios de meditación y yoga. Durante las sesiones se va introduciendo la meditación en la Atención Plena y algunos ejercicios de yoga, a la vez que se explican aspectos teóricos sobre el estrés y el dolor. Asimismo las sesiones incluyen tiempo de debate en grupo sobre los aciertos y las dificultades que surgen al aplicar la Atención Plena en la vida diaria. Por último, los participantes se comprometen a realizar distintas prácticas entre sesiones, para lo que reciben un juego de 4 CDs de audio y documentación que incluye lecturas y ejercicios.

La intervención fue impartida por un licenciado en biología que cuenta con la formación como profesor en MBSR por la Universidad de Massachusetts.

Procedimiento

Los participantes se interesaron en la intervención a partir de varias charlas introductorias en los dos hospitales donde se presentó la técnica, o por referencias de colegas. Las personas interesadas rellenaron una solicitud en la que indicaban sus razones para participar. Además, cumplimentaron los inventarios MSCL y SCL-90R. Cada participante se comprometió a dedicar 45 minutos diarios a realizar los ejercicios correspondientes a lo largo de las ocho semanas que duró la intervención.

El programa se desarrolló en dos cursos, al primero asistieron 23 personas y al segundo 5, ambos cursos fueron impartidos por el mismo instructor, siguiendo el protocolo mencionado anteriormente. La asistencia a las sesiones se realizó fuera del horario laboral y se registró en cada sesión con objeto de conocer la participación en el curso. Cuando alguna persona faltaba a la sesión sin comunicarlo previamente, el instructor le telefoneaba para conocer las causas y animarle a seguir asistiendo a las sesiones posteriores.

Al final de la intervención, los participantes cumplimentaron de nuevo ambos inventarios, junto con el cuestionario de evaluación

antes mencionado. Aquellas personas que registraron un GSI final similar o peor que al comienzo fueron entrevistados personalmente para conocer más detalles sobre su aprovechamiento del curso.

Para conocer la eficacia del programa, se compararon las medias pre y post intervención del MSCL y el SCL-90-R utilizando la *t* de Student

RESULTADOS

Los resultados que se presentan en la tabla 1 corresponden a aquellos que finalizan el curso, o graduados, y que suponen el 75% del grupo inicial.

La media de asistencia a las sesiones fue de 8 (Dt 1.05) sobre un total de 9 sesiones.

En cuanto al malestar físico, al acabar el programa se observó una reducción significativa de dicho malestar medido a través del MSCL, como se recoge en la tabla 1. El porcentaje de síntomas antes de comenzar las sesiones era del 20.8% y al acabar el programa del 11.6%. La diferencia entre las medias pre y post intervención es muy significativa ($p < .001$) y supone una disminución del 44% en el número de síntomas.

Respecto al malestar psicológico, la media del GSI al comienzo del programa estaba en 0.75 y al final fue del 0.38, como se recoge en la tabla 1. Esta diferencia es también muy significativa ($p < .001$) y representa una reducción del 49%, del mismo nivel que la experimentada en sintomatología física.

Sin embargo, tres personas registraron un GSI final similar o peor que al comienzo (participantes 8, 12 y 15). En la entrevista posterior estas personas indicaron que, a pesar de los beneficios que reconocían a la técnica, habían surgido acontecimientos extraordinarios, como la muerte de un familiar cercano, o el nacimiento de un hijo, a los que atribuían al resultado final.

Todos los graduados indicaron mejoras en todos los ámbitos (bienestar, energía, actividad, visitas al médico, medicación, dolor y presión sanguínea) y la media de sus respuestas da un valor de 3.84 (Dt 0.44) sobre un máximo de 5. La valoración total del curso es

Tabla 1.- Resultados de Asistencia, valores Pre y Post tratamiento (media, desviación típica y valor t) de malestar físico y psicológico, junto con la media del registro de Beneficios y Valoración del curso.

Referen. Particip.	Asisten. Clases	MSCL		GSI		Beneficios Curso		Valor Curso
		Pre	Post	Pre	Post	Curso	Curso	
1	9	19.2%	8.7%	0.67	0.38	3.80	7	
2	9	15.4%	12.5%	0.29	0.22	4.14	9	
3	7	6.3%	4.3%	0.31	0.14	3.67	10	
4	9	9.6%	1.9%	0.16	0.03	4.00	7	
5	8	19.2%	9.5%	0.74	0.36	3.40	8	
6	7	10.6%	6.0%	0.54	0.26	3.60	7	
7	8	20.2%	16.3%	0.63	0.43	3.50	6	
8	7	12.5%	13.5%	0.47	0.56	3.00	8	
9	6					4.00	8	
10	9	18.3%	4.8%	0.60	0.31	3.60	8	
11	9	34.6%	12.5%	1.58	0.34	4.13	9	
12	7	25.3%	18.9%	1.21	1.18	4.43	8	
13	9	3.8%	1.9%	0.13	0.03	4.00	8	
14	9	28.8%	9.6%	1.20	0.26	4.20	9	
15	9	23.2%	19.1%	0.32	0.37	3.22	7	
16	6	26.3%	17.0%	1.40	0.77	3.75	8	

Tabla 1.- continuación

Referen. Particip.	Asisten. Clases	MSCL Pre	MSCL Post	GSI Pre	GSI Post	Beneficios Curso	Valor Curso
17	8	35.8%	23.2%	1.48	0.80	3.40	6
18	8	39.4%	14.4%	1.47	0.29	5.00	10
19	7	22.1%	24.0%	0.88	0.54	3.88	9
20	9	29.8%	11.5%	0.71	0.28	4.00	8
21	8	15.4%	1.9%	0.19	0.04	4.00	8
Media	8.00	20.8%	11.6%	0.75	0.38	3.84	8.00
Dt	1.05	0.10	0.07	0.48	0.28	0.44	1.12
t_{df}		$t_{19}=5.391^{***}$			$t_{19}=4.993^{***}$		
*** $p < .001$							
Asistencia a clases - Se indica el número de asistencias, sobre el total de 9 sesiones. MSCL = Indicador del malestar físico, datos del inventario MSCL. GSI = Intensidad del malestar psicológico (General Severity Index), del SCL-90R. Beneficios del curso - Promedio de la Primera parte de la Evaluación, escala 1-5, 1 Min - 5 Max. Valoración del curso - Valoración de participantes, escala 1-10, de 1 Min. - 10 Máx.							

siempre igual o superior a 6, siendo la media 8,00 (Dt 1.12), sobre un máximo de 10, como se recoge en la tabla 1.

De los 18 graduados que informaron tener un problema de estrés, todos menos dos registraron bastante o mucha mejoría, indicando asimismo que habían modificado tanto su manera de percibir el estrés, como la importancia de saber afrontarlo de manera adecuada. Todos los graduados indicaron que el curso les había recordado la importancia de la salud y aumentado su capacidad personal para cuidarse adecuadamente. Respecto a los cambios en su vida cotidiana, el 71% contestó que el curso le había motivado para realizar algún cambio como *"Dejar las preocupaciones del trabajo y dedicar más tiempo a mi familia"* o *"No centrarme tanto en los aspectos negativos y tener más paciencia"* o *"No cargarme de cosas y elegir las que realmente quiero hacer"*.

DISCUSIÓN

El buen nivel de asistencia a cada una de las sesiones junto con la reducción de más del 40% del malestar, y las valoraciones positivas recibidas, hacen pensar que esta técnica puede ser tan efectiva para el tratamiento del estrés en nuestro país como lo es en E.E.U.U.

El primer reto de un programa de estas características, voluntario, extra-laboral y con una dedicación personal importante, es la adherencia al mismo sin la cual no es posible valorar su eficacia. Además, en una intervención que incluye trabajo personal entre sesiones, resulta difícil evaluar el grado de dedicación de cada participante a las tareas del programa. En nuestro caso optamos por estimar la dedicación personal en base a su asistencia a clases, al igual que en otros estudios comparables (Kabat-Zinn y Chapman-Waltrop, 1988, Kabat-Zinn, 1992). También constatamos que todos los graduados excepto uno, indicaron que seguían practicando la meditación al final de la intervención, lo que apoya esta relación entre asistencia a las sesiones y la dedicación al programa.

La asistencia a las sesiones es algo menor que la descrita por Kabat-Zinn y Chapman-Waltrop (1988), donde con una muestra de 716 participantes, un 85% se graduaron. Pensamos que existen tres

aspectos diferenciales en las condiciones en las que se realizó el programa y cómo se realiza en EEUU que pueden haber influido negativamente en la adhesión. El primero: la falta de experiencia del instructor, el segundo: el hecho de que este curso, para algunas personas, tuviera un objetivo más de tipo formativo que terapéutico, como ocurre en EEUU, y que las obligaciones habituales de los participantes compitiesen con su disponibilidad, y el tercero: que algunos de los participantes no asistieran a las charlas introductorias donde se explicaba la naturaleza de la intervención, obligatorias en EEUU para participar en el programa. De hecho, tres de las personas que no asistieron a dichas charlas, no finalizaron el programa.

La reducción del malestar físico obtenida en esta experiencia, que alcanza el 44% de los síntomas, es superior a los datos citados en otros trabajos en el ámbito sanitario. En un estudio con 458 participantes se registró una reducción del 34,5%, desde el 24.1 al 15.7 (Kabat-Zinn, 1996). En otro estudio con un grupo de 21 sujetos, para ver la eficacia de MBSR en el tratamiento de la ansiedad, la reducción de síntomas médicos fue del 28%, de 32 a 23, y en otro trabajo con un grupo de 99 personas, la reducción alcanzó el 36%, de 31 a 19 (Kabat-Zinn et al, 1992). Sin embargo, en un contexto de estrés socio-económico, como es una intervención en barrios marginados, Bishop (2002) menciona mayores reducciones de sintomatología, del 47% y del 41%. Es interesante subrayar en estas comparaciones que el grado de malestar físico del que partían los participantes de nuestro estudio, MSCL de 20.8%, era menor que en los otros estudios ya citados, por lo que la reducción del malestar físico obtenido por nuestra intervención sería aún mayor.

Respecto al malestar psicológico, la disminución registrada del 49% es también algo mayor a la citada por Kabat-Zinn (1996), que en un estudio sobre la reducción de ansiedad registró una reducción del GSI del 45%, desde el 1.08 inicial al 0.6 final. En otro estudio del mismo autor en 1992 con una muestra heterogénea de 526 pacientes, la reducción del GSI fue del 40%, partiendo de 0.86 y finalizando con 0.52. Al igual que con el MSCL, la puntuación inicial en malestar psicológico, en nuestro estudio fue de 0.75, menor que el descrito en los otros estudios.

Pensamos que los datos de partida más bajos en nuestro trabajo puede deberse a que una parte de la muestra acudían por un interés formativo y su grado de malestar no era alto. Sin embargo, también podría existir una diferencia cultural a la hora de valorar el malestar psicológico, como indica el hecho de que los valores de GSI estandarizados para la población general estadounidense son de 0.31, frente a los equivalentes españoles que son de 0.51. Parece que en España se expresa con mayor intensidad el malestar y esto debe tenerse en cuenta en la comparación. Sea como sea, el hecho que con unos índices de partida menores, se obtenga una reducción mayor que en EEUU, hace más positivos, si cabe, los resultados, ya que es sabido que las mejoras son relativamente mayores en intervenciones con altos grados de malestar.

No obstante, somos conscientes de las limitaciones del presente trabajo debido al tamaño de la muestra, a la falta de un grupo control, así como a la dificultad para medir la influencia que tiene el efecto del grupo en la eficacia de la técnica.

A partir de estos resultados queremos profundizar en el estudio de MBSR explorando el perfil del malestar psicológico que presentan los participantes antes y después de la intervención. Para ello estamos estudiando los datos de aquellos participantes que parten con un nivel superior a la media Española, según el SCL-90R, para conocer como evolucionan las distintas sub-escalas de este instrumento por el tratamiento.

También nos parece interesante profundizar en los mecanismos por los que MBSR produce las mejoras descritas y en estudiar si estas mejoras registradas en los inventarios se corresponden con reducciones en ciertos parámetros fisiológicos relacionados con el estrés.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestro agradecimiento al Rotary Club Ramón Llull, de Palma de Mallorca que proporcionó una beca para financiar parte del coste del primer curso y al Dr. José Luis Aguilar, Jefe de la Unidad del Dolor de la Clínica Palmaplanas de Baleares, por su ayuda en la organización del segundo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bishop, S.** (2002). What do we really know about MBSR. *Psychosomatic Medicine*, 64(1), 71-84.
- Boschert, S.** (2003). High cortisol levels flag high stress in academic physicians (Indicative of Burnout). *Internal medicine News*, 36 , 58
- Cox, C.B., Griffiths, A. y Rial, E.** (2002). Research on Work related stress, summary of an Agency Report. *European Agency for Safety and Health at Work*. [On line] <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/31/en/index.htm> (obtenido el 13/05/04)
- Derogatis, L.R.** (2002). *SCL-90R Manual*. Madrid: Tea Ediciones (Orig. 1996)
- Epstein, R.M.** (1999). Mindful Practice. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 282 , 833-839.
- Finn, D.** (2003). More men emphasize the need to cope with stress. *Financial Time*, 8 de Agosto, 2003.
- García, D. y cols.** (2001). Identificación de estresores por enfermeras de atención especializada. *Enfermería Clínica*, 11(2) , 65-71.
- Goleman, D.** (1977). *The varieties of the Meditative Experience*. New York: Dutton.
- Kabat-Zinn, J.** (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4(1) , 33-47.
- Kabat-Zinn, J.** (1990). *Full Catastrophe Living*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. y cols.** (1992). Effectiveness of a Meditation-based Stress Reduction Program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149(7) , 936-943.
- Kabat-Zinn, J.** (1996). Mindfulness Meditation, what is what isn't. En Haruki, Y., Ishii, Y. y Suzuki, M. (Ed.), *Comparative and Psychological Study on Meditation*. (pp. 161-170). Holanda: Eburon.
- Kabat-Zinn, J.** (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2) , 144-156.
- Kabat-Zinn, J. y Chapman-Waltorp, A.** (1988). Compliance with an Outpatient Stress Reduction program: Rate and predictors of program completion. *Journal Behavioral Medicine*, 11(4) , 333-352.
- Lyckholm, L.** (2001). Dealing with stress, burnout and grief in the practice of oncology. *The Lancet Oncology*, 2 , 750-755.
- Madrid Médico** (2003). Uno de cada cuatro médicos dejaría la medicina por insatisfacción laboral. *Madrid Médico*, 71 , 18-20.
- McCall, T.B.** (1989). No turning back: a blueprint for residency reform. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 261 , 909-910.

- McEwen, B.** (2002). *The end of stress as we know it*. Washington DC : Joseph Henry Press.
- McManus, I.C., Winder, B.C. y Gordon, D.** (2002). The causal Links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet*, 359(9323) , 2089-2090.
- Meler, D. E.** (2001). The Inner life of Physicians and Care of the Seriously Ill. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 286(3) , 3007-3014.
- Miller, J. Fletcher, K., y Kabat-Zinn, J.** (1995). Three year follow up and clinical implications of Mindfulness meditation-based Stress Reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry*, 17 , 192-200.
- Ramirez A.J. y Cois.** (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 6 , 1263-1269.
- Rosenberg, L.** (1998). *Breath by Breath: The liberating practice of Insight meditation*. Boston: Shambala.
- Shapiro, S., Schwartz G. y Bonner, G.** (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction in medical and pre-medical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(6) , 581-599.
- Shapiro, S., Shapiro, D. y Schwartz, G.** (2000). Stress Management in Medical Education. *Academic Medicine*, 75(7) , 748-759.
- Shapiro, S. y Schwartz, G.** (2000). The Role of Intention in Self Regulation. *Handbook of Self-Regulation*, (pp. 254-273). New York: Academic Press (Elsevier).
- Snibbe, J., Radcliffe, T., Weisberger, C., Richards, C. y Kelly, J.** (1989). Burnout among primary care physicians and mental health professionals in managed health care setting. *Psychology Report*, 65(3) , 775-780.
- Travis, J.W.** (1977). *Wellness workbook for health professionals*. Mill Valley, (California): Wellness resource center.
- Weinberg, A. y Creed, F.** (2000). Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff. *Lancet*, 355 , 533-537.