

## ORIGINAL

# Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness)

Clemente Franco Justo

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Almería, Almería, España

Recibido el 7 de septiembre de 2009; aceptado el 19 de octubre de 2009

Disponible en Internet el 2 de febrero de 2010

## PALABRAS CLAVE

Meditación;  
Conciencia plena;  
Estrés;  
Ansiedad;  
Médicos;  
Atención primaria

## Resumen

**Objetivo:** Evaluar la eficacia de una técnica de meditación para el desarrollo de la conciencia plena (mindfulness) sobre los niveles de estrés y ansiedad en un grupo de médicos de atención primaria.

**Diseño:** Cuasiexperimental con un grupo control y un grupo experimental.

**Emplazamiento:** Universidad de Almería.

**Participantes:** Treinta y ocho médicos de atención primaria (19 en el grupo experimental y 19 en el grupo control) matriculados en el curso para la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica.

**Intervención:** El grupo experimental recibió un programa psicoeducativo de meditación para el entrenamiento y práctica de la conciencia plena.

**Mediciones:** Para la medición de los niveles de estrés y ansiedad se emplearon la escala de estrés percibido, el cuestionario Strain y el cuestionario de ansiedad estado-rasgo.

**Resultados:** Se observó una reducción significativa en el grupo experimental en comparación con el grupo control en todas las variables que evaluaban los niveles de estrés y ansiedad de los médicos de atención primaria al comparar sus puntuaciones pretest-postest y pretest-seguimiento.

**Conclusiones:** Los resultados de la presente investigación son un apoyo a la eficacia de las técnicas de meditación para el desarrollo de la conciencia plena para la disminución de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de atención primaria. No obstante, el estudio presenta varias limitaciones que habría que subsanar en sucesivas investigaciones para dotar de mayor validez a los resultados obtenidos.

© 2009 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

**KEYWORDS**  
Meditation;  
Mindfulness;  
Stress;  
Anxiety;  
Primary-care  
physicians**Reducing stress levels and anxiety in primary-care physicians through training and practice of a mindfulness meditation technique****Abstract**

**Purpose:** To check the effectiveness of a mindfulness development meditation technique on stress and anxiety in a group of primary-care physicians.

**Design:** Quasi-experimental with pretest/posttest/follow-up measurements in a control group and an experimental group.

**Site:** University of Almería.

**Participants:** 38 primary-care physicians enrolled in a Teaching Aptitude Course (CAP).

**Intervention:** An experimental group and a control group were formed with 19 participants in each. The experimental group took a psycho-educational meditation program for training and practice in mindfulness.

**Measurement:** The Perceived Stress Scale (PSS), the Strain Questionnaire and the State-Trait Anxiety Questionnaire were used to measure stress and anxiety levels.

**Results:** A comparative statistical analysis was performed using the Mann-Whitney non-parametric U test, finding a significant reduction in all the primary-care physician stress and anxiety variables in the experimental group compared to the control group in pretest-posttest and follow-up tests.

**Conclusions:** The results of this study support the effectiveness of mindfulness development meditation techniques in decreasing stress and anxiety in primary-care physicians. Nevertheless, the study shows various limitations that would have to be corrected in successive studies to bring more validity to the results.

© 2009 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

Ponce et al.<sup>1</sup> consideran que el estrés es un factor importante que interacciona con variables psicológicas, biológicas y sociales dando lugar a la aparición de nuevas enfermedades tanto físicas como mentales, de modo que se relaciona con el 50% de las bajas laborales. El impacto negativo que el estrés ejerce sobre la salud física y psicológica de las personas que lo padecen se traduce en trastornos cardiovasculares, deterioro del sistema inmunológico, ansiedad, depresión, incremento del consumo de drogas, etc.<sup>2</sup>. De Lorenzo<sup>3</sup> señala que los profesionales sanitarios padecen un nivel alto de estrés y agotamiento que desencadena cuadros de ansiedad y depresión, enfermedades psicosomáticas y trastornos neuróticos. Así, hay un mayor porcentaje de enfermedades cardiovasculares, infartos, cirrosis, consumo de analgésicos, drogas y somníferos entre los profesionales sanitarios que entre la población general<sup>4-6</sup>.

Diversos estudios han encontrado niveles de ansiedad entre moderada y grave entre un 10–30% de los profesionales sanitarios<sup>7-9</sup>, siendo mayores en los médicos de atención primaria que en los otros especialistas<sup>10</sup>. El 70% de los médicos de atención primaria presenta una ansiedad media y el 18% alta<sup>11</sup>.

Moriana et al.<sup>12</sup> establecen que una mayor autoconsciencia y un mayor nivel de autocontrol y autoeficacia, pueden ser factores protectores frente al estrés. En concordancia con este planteamiento, Shapiro et al.<sup>13</sup> consideran que el desarrollo de la capacidad de atención produce mejoras sobre el funcionamiento del sistema de autorregulación de la conducta encargado de mantener el equilibrio y la adaptación del organismo. En este contexto, la meditación

es una técnica que podría resultar especialmente útil, dados sus múltiples y variados efectos saludables<sup>14-16</sup>. El Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos viene recomendando desde hace varios años el uso de la meditación como tratamiento eficaz y útil en diversos trastornos psicopatológicos y médicos como el estrés, la ansiedad, el insomnio, los dolores de cabeza, los ataques de pánico y el dolor crónico<sup>17</sup>.

El objetivo de la presente investigación es comprobar el efecto que un programa de meditación para el desarrollo de la conciencia plena (mindfulness), denominado meditación fluir, ejerce sobre los niveles de estrés y de ansiedad de un grupo de médicos de atención primaria.

## Material y métodos

### Diseño

Para analizar los efectos del programa de meditación en conciencia plena (variable independiente) sobre los niveles de estrés y de ansiedad de los médicos de atención primaria (variables dependientes), se utilizó un diseño cuasiexperimental de comparación de dos grupos experimental y control.

La muestra del presente estudio estuvo constituida por 38 médicos de atención primaria que se encontraban matriculados en el curso para la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica de la Universidad de Almería. Las edades de los participantes oscilaban entre los 36–57 años, siendo la media de 49,8 y la desviación típica de 11,7. El grupo experimental estuvo formado por 19 participantes (13 hombres y 6 mujeres), y el grupo control por los

19 restantes (14 hombres y 5 mujeres), mediante una asignación al azar, controlando la variable sexo para que hubiese un número aproximado de hombres y mujeres en ambos grupos y así evitar la interferencia de esta variable en los resultados del estudio, ya que diversas investigaciones han mostrado diferencias significativas en los niveles de estrés laboral en función del género<sup>10</sup>.

## Instrumentos de evaluación

Para la evaluación de la percepción del estrés de los sujetos participantes en la investigación, se administró la escala de estrés percibido<sup>18</sup> que evalúa el grado en que el sujeto percibe y valora las situaciones de la vida como estresantes. Se compone de 14 ítems con una escala tipo Likert de 0–4 puntos, que valoran el nivel de estrés percibido durante el último mes, de manera que a una mayor puntuación corresponde un mayor nivel de estrés percibido por el sujeto<sup>19</sup>. El cuestionario presenta, para la población española, una consistencia interna de 0,81, y una fiabilidad test-retest de 0,73<sup>20</sup>.

También se administró el cuestionario Strain<sup>21</sup>, que consta de 2 subescalas de 5 ítems: una que evalúa la percepción de tensión y carga emocional que se genera en las actividades relacionadas con el trabajo, y la otra que evalúa la percepción de tensión y carga emocional relacionada con la vida de relación y ocio. Ambas utilizan una escala tipo Likert de 1–5 puntos.

Para la evaluación de los niveles de ansiedad, se empleó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo<sup>22</sup>. Se compone de dos escalas que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y como rasgo. Está formado por 40 ítems (20 para cada escala), con una escala tipo Likert de 0–3 puntos. Los sujetos evalúan cómo se sienten tanto generalmente (ansiedad-rasgo), como en el momento actual (ansiedad-estado). Los coeficientes de consistencia interna son 0,91–0,94 para las escalas ansiedad-rasgo y ansiedad-estado, respectivamente, siendo la fiabilidad test-retest de 0,81 para la ansiedad-rasgo y de 0,40 para la ansiedad-estado<sup>23</sup>.

## Procedimiento

En primer lugar, se procedió a obtener la muestra del estudio para lo cual se ofertó un curso dirigido a médicos de atención primaria en activo matriculados para la obtención del Certificado de Aptitud Pedagógica titulado «Aprendizaje y práctica de la conciencia plena en el ámbito sanitario». Se inscribieron 44 médicos, de los cuales 38 pasaron a formar parte de la investigación, ya que no se incluyeron los profesionales que manifestaron haber tenido alguna experiencia con alguna técnica de relajación, meditación, yoga, taichi, etc.

A continuación, se procedió a obtener la medida pretest de los niveles de estrés y de ansiedad de ambos grupos, mediante los cuestionarios correspondientes que cumplimentaron de forma individual. A los componentes del grupo control, se les informó que, por razones de espacio, recibirían el curso de meditación en un segundo turno.

Una vez obtenidos los niveles de estrés y de ansiedad de partida en ambos grupos, se procedió a la aplicación del

programa de intervención en el grupo experimental a lo largo de diez sesiones, realizando una sesión semanal de una hora y media de duración cada una, centrada en el aprendizaje y práctica diaria de una técnica de meditación para el desarrollo de la conciencia plena denominada meditación fluir<sup>24,25</sup>. Este programa es una adaptación del programa de reducción del estrés denominado «Mindfulness-Based Stress Reduction»<sup>26</sup>, con la introducción de estrategias de conciencia plena o mindfulness utilizadas en la terapia de conducta dialéctica<sup>27</sup> y en la terapia de aceptación y compromiso<sup>28</sup>. El objetivo principal de esta técnica de meditación consiste en tratar de no controlar los pensamientos, sensaciones o sentimientos, ni modificarlos o cambiarlos por otros, dejándolos libres, aceptando cualquier pensamiento, imagen o emoción que pueda aparecer o surgir de forma espontánea. Para ello, se combina el aprendizaje de dicha técnica con la exposición y debate de diversas metáforas y ejercicios utilizados en la terapia de aceptación y compromiso<sup>28,29</sup>, así como varias historias y relatos tomados de la filosofía zen<sup>30</sup> y de la meditación vipassana<sup>31</sup>, junto con metáforas y ejercicios de elaboración propia.

Una vez finalizado el programa de intervención se procedió a obtener las medidas post-test, para lo que se volvió a administrar a todos los sujetos, tanto del grupo control como experimental, los mismos cuestionarios.

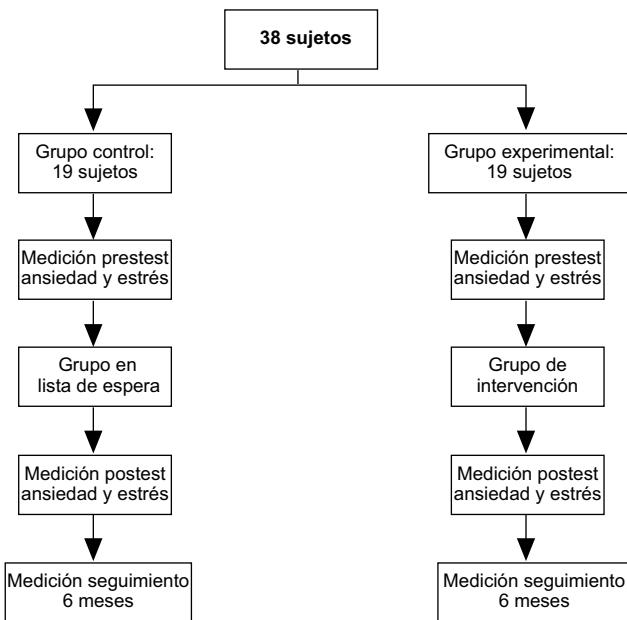
Con el objetivo de comprobar si los resultados obtenidos en los niveles de estrés y de ansiedad se mantenían a lo largo del tiempo, seis meses después de finalizada la intervención se realizó una medida de seguimiento a cada uno de los médicos de atención primaria de ambos grupos.

Al terminar la investigación, se procedió a impartir el curso de meditación a los médicos de atención primaria del grupo control, tal y como se les había indicado.

Todos los sujetos participantes en el estudio fueron informados a la finalización de éste del objetivo de la investigación, y se solicitó su consentimiento por escrito para poder hacer uso de los datos obtenidos manteniendo y garantizando la confidencialidad y el anonimato.

## Análisis estadístico

Se hallaron las medias y las desviaciones típicas de cada una de las variables del estudio en los grupos control y experimental en cada una de las fases de la investigación. Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las puntuaciones medias del grupo control y experimental en cada fase del estudio para las variables estrés y ansiedad, se empleó el estadístico no paramétrico U de Mann-Whitney para muestras independientes, ya que los datos no se ajustaban a la distribución normal. Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las fases del estudio se empleó el estadístico no paramétrico de Wilcoxon para muestras relacionadas, ya que los datos no se ajustaban a la distribución normal. Para valorar la magnitud del cambio experimentado en el grupo experimental tras la intervención se empleó la d de Cohen y el porcentaje de cambio entre las puntuaciones pretest-postest y pretest-seguimiento. Todos los análisis estadísticos fueron realizados con el paquete estadístico SPSS versión 15.0.



**Esquema general del estudio:** Diseño cuasiexperimental de comparación de grupos (experimental-control).

## Resultados

Las medias y desviaciones típicas para las variables estrés y ansiedad correspondientes a los grupos experimental y control en cada una de las fases del estudio se presentan en la [tabla 1](#).

No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones medias del grupo control y experimental en la fase pretest. Sí se observaron en las variables estrés percibido, percepción de estrés en el trabajo, percepción de estrés fuera del trabajo, ansiedad estado y ansiedad rasgo tanto en la fase postest como en la de seguimiento ([tabla 2](#)).

En el grupo experimental, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables estrés percibido, percepción de estrés en el trabajo, percepción de estrés fuera del trabajo, ansiedad estado y ansiedad rasgo, tanto en la comparación pretest-postest como en la pretest-seguimiento, pero no en la comparación postest-seguimiento ([tabla 3](#)). En el grupo control, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables al comparar las diferentes fases ([tabla 3](#)).

Los valores de la  $d$  de Cohen<sup>32</sup> superiores a 1,5 indican la presencia de cambios muy importantes, entre 1,5–1 importantes, y entre 1–0,5 medios. En el grupo experimental, en la fase postest se observaron cambios importantes en las variables estrés percibido ( $d=1,07$ ), percepción de estrés en el trabajo ( $d=1,09$ ), y ansiedad estado ( $d=1,35$ ), y medios en la percepción de estrés fuera del trabajo ( $d=0,87$ ) y ansiedad rasgo ( $d=0,55$ ) ([tabla 4](#)). En la fase de seguimiento, se observaron cambios importantes en las variables estrés percibido ( $d=1,35$ ), percepción de estrés en el trabajo ( $d=1,23$ ), y ansiedad estado ( $d=1,13$ ), y medios en la percepción de estrés fuera del trabajo ( $d=0,57$ ), y ansiedad rasgo ( $d=0,71$ ) ([tabla 4](#)).

**Tabla 1** Estadísticos descriptivos de las variables estrés y ansiedad en ambos grupos en las tres fases del estudio

	Pretest		Posttest		Seguimiento	
	M	DT	M	DT	M	DT
<i>Grupo experimental</i>						
Estrés percibido	38,5	8,3	29,8	7,8	28,1	6,9
PET	19,8	5,7	14,2	4,6	13,3	4,8
PEFT	15,3	4,9	11,3	4,3	12,3	5,5
Ansiedad estado	42,7	10,0	31,2	7,2	32,8	7,4
Ansiedad rasgo	39,8	7,8	35,6	7,1	34,3	7,8
<i>Grupo control</i>						
Estrés percibido	40,3	11,4	41,3	12,2	42,2	13,0
PET	21,1	7,6	22,8	8,2	23,1	8,8
PEFT	15,3	6,2	16,2	5,5	16,9	7,9
Ansiedad estado	44,1	12,4	46,2	11,3	47,2	12,7
Ansiedad rasgo	41,2	9,8	42,8	10,1	43,2	11,2

DT: desviación típica; M: media; PEFT: percepción del estrés fuera del trabajo; PET: percepción del estrés en el trabajo.

**Tabla 2** Prueba  $U$  de Man-Whitney para muestras independientes de las diferencias pretest, posttest y seguimiento entre el grupo control y el experimental

Variable	Pretest		Posttest		Seguimiento	
	z	p	z	p	z	p
Estrés percibido	0,193	0,819	-4,43	0,001	-4,62	0,001
PET	0,423	0,563	-3,23	0,017	-3,39	0,008
PEFT	0,714	0,218	-2,69	0,032	-2,45	0,039
Ansiedad estado	0,283	0,717	-5,02	<0,005	-4,81	<0,005
Ansiedad rasgo	0,494	0,512	-2,49	0,036	-2,34	0,045

PEFT: percepción del estrés fuera del trabajo; PET: percepción del estrés en el trabajo.

Respecto al porcentaje de cambio pretest-postest, se observaron reducciones por encima del 20% en todas las variables, menos en ansiedad rasgo (reducción del 10%). El porcentaje de cambio entre las puntuaciones pretest-seguimiento, las reducciones oscilan entre el 33% experimentado en la percepción del estrés en el trabajo y el 14% de ansiedad rasgo ([tabla 4](#)).

## Discusión

Una vez analizados los resultados, puede afirmarse que el programa de meditación para el desarrollo de la conciencia plena ha producido una reducción significativa de los niveles de estrés y ansiedad del grupo experimental en comparación

**Tabla 3** Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas de las diferencias pretest-postest, pretest-seguimiento y postest-seguimiento en cada uno de los grupos

	Pretest-postest		Pretest-seguimiento		Postest-seguimiento	
	z	p	z	p	z	p
<i>Grupo experimental</i>						
Estrés percibido	-4,98	<0,005	-5,17	<0,005	0,239	0,709
PET	-3,47	0,006	-3,61	0,004	0,343	0,653
PEFT	-3,41	0,008	-3,32	0,012	0,417	0,581
Ansiedad estado	-5,24	<0,005	-5,11	<0,005	0,382	0,627
Ansiedad rasgo	-2,38	0,042	-2,47	0,038	0,349	0,642
<i>Grupo control</i>						
Estrés percibido	0,543	0,459	0,465	0,546	0,712	0,221
PET	0,639	0,326	0,819	0,172	0,735	0,204
PEFT	0,219	0,748	0,318	0,624	0,583	0,494
Ansiedad rasgo	0,519	0,616	0,714	0,236	0,548	0,583
Ansiedad estado	0,874	0,156	0,798	0,193	0,975	0,123

PEFT: percepción del estrés fuera del trabajo; PET: percepción del estrés en el trabajo.

**Tabla 4** *d* de Cohen y porcentaje de cambio postest y seguimiento en el grupo experimental para las variables estrés y ansiedad

	<i>d</i> Postest	<i>d</i> Seguimiento	% Postest	% Seguimiento
Estrés percibido	1,07	1,35	-22,53	-26,29
PET	1,09	1,23	-28,24	-32,98
PEFT	0,87	0,57	-26,22	-19,22
Ansiedad estado	1,35	1,13	-27,64	-23,19
Ansiedad rasgo	0,55	0,71	-10,52	-13,89

PEFT: percepción del estrés fuera del trabajo; PET: percepción del estrés en el trabajo.

con el grupo control. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otras investigaciones, donde se avala la eficacia de las técnicas de meditación para la reducción del estrés y la ansiedad<sup>34-40</sup>. Además, estas reducciones significativas se mantienen en el grupo experimental 6 meses después de finalizada la intervención, por lo que suponen un apoyo a la eficacia de este tipo de técnicas, indicando al mismo tiempo, la alta adherencia a este tipo de intervención por parte de las personas que participan en el programa de entrenamiento en el desarrollo y práctica de la conciencia plena. Las técnicas de conciencia plena mantienen su eficacia después de la intervención debido al hecho de que la persona aprende una serie de habilidades que incorpora a su vida diaria y que pone en práctica en diversas situaciones. De este modo, las técnicas de conciencia plena suponen una alternativa tanto terapéutica como preventiva, aunque requieren de un compromiso activo por parte de la persona en su práctica regular<sup>33</sup>.

El cúmulo de situaciones estresantes a las que los médicos de atención primaria están expuestos de manera constante, puede producir una serie de consecuencias graves tanto en su salud física como psicológica, a raíz de un proceso de afrontamiento basado en el control y evitación de los pensamientos y sentimientos negativos, en lugar de emplear

un modelo de afrontamiento basado en la aceptación de tales condiciones<sup>34</sup>.

Aún así, la prevención del estrés y la ansiedad en los médicos de atención primaria, pasa por mejorar las condiciones laborales e institucionales del puesto de trabajo para que puedan abordar de una forma eficaz su labor profesional<sup>41</sup>. También es fundamental, que el médico de atención primaria sea entrenado para poder alcanzar una distancia emocional respecto a las demandas institucionales y de los pacientes que aumentan el estrés y la ansiedad, de modo que la implicación emocional sea pertinente con la tarea<sup>11</sup>.

Es evidente, que los datos del presente estudio aunque positivos, hay que analizarlos con la debida cautela. En primer lugar, porque la muestra del estudio es relativamente pequeña, por lo que habría que confirmar dichos resultados con muestras más amplias. En segundo lugar, porque la muestra del estudio no ha sido aleatoria, sino de voluntarios, por lo que puede presentar sesgos y limitar la validez de los resultados obtenidos. En tercer lugar, porque no se puede descartar la influencia de los factores inespecíficos sobre los resultados obtenidos, como la atención, el apoyo social y la esperanza positiva, por lo que es difícil atribuir los cambios a las características específicas del programa de

meditación para el desarrollo de la conciencia aplicado. De este modo, en futuras investigaciones un mejor diseño debería incluir un grupo de control activo (con atención terapéutica, apoyo social y esperanza positiva). Finalmente, habría que realizar más medidas de seguimiento a largo plazo para comprobar los efectos del programa de meditación a lo largo del tiempo.

### Lo conocido sobre el tema

Los médicos de atención primaria están expuestos a altos niveles de estrés y ansiedad que repercuten negativamente sobre su salud física y psicológica.

### Qué aporta este estudio

Las técnicas de meditación que promueven el desarrollo de la conciencia plena, pueden ser un recurso terapéutico efectivo para reducir, prevenir y/o paliar los niveles de estrés y ansiedad de los médicos de atención primaria, aunque requieren un compromiso activo por su parte en su práctica regular.

### Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Ponce CR, Bulnes MS, Aliaga JM, Atalaya MC, Huertas RE. El síndrome del quemado por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios. *Revista de Investigación en Psicología*. 2005;8:87-112.
2. McEwen R. *The end of stress as we know it*. Washington DC: Joseph Henry Press; 2002.
3. De Lorenzo L. El informe de la OIT, efectos sobre la salud. *Rev Previsión*. 1997;70:72-3.
4. Alonso F. Morbilidad psiquiátrica en los profesionales sanitarios. *Psicopatología*. 1988;8:12-32.
5. Ferrer I. El exceso de trabajo y la falta de estímulos aboca a los médicos británicos al uso de drogas y alcohol. *El País*. 1995, 9 de julio.
6. Franklin RA. One hundred doctors at the retreat. *Brit J Psychia*. 1977;131:11-4.
7. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz A. Burnout y reactividad al estrés. *Rev Med Univ Navarra*. 1997;41:10-8.
8. Molina A, Alonso M, Cecilia P, García MA. Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;1:564-71.
9. Vega ED, Pérez A. El síndrome de burnout en el médico. Barcelona: Smithkline Beecham; 1998.
10. Martínez de la Casa A, del Castillo C, Magaña E, Bru I, Franco A, Segura A. Estudios sobre la prevalencia del burnout en los médicos del área sanitaria de Talavera de la Reina. *Aten Primaria*. 2003;32:343-8.
11. Gómez RC. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. *Rev Asoc Esp Neurops*. 2004;90:41-56.
12. Moriana JA, Herruzo J. Estrés y burnout en profesores. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4:597-621.
13. Shapiro S, Schwartz G. *Handbook of self-regulation*. New York: Academic Press; 2000.
14. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Person Social Psychol*. 2003;84:822-48.
15. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A metaanalysis. *J Psychos Res*. 2004;57:35-43.
16. Lazar SW. *Mindfulness research*. En: Germer CK, Siegel RD, Fulton PR, editores. *Mindfulness and Psychotherapy*. Nueva York: Guilford Press; 2005. p. 220-38.
17. Cerling P, Lee K. Treat the body, health the mind. *Health*. 1997;1:72-8.
18. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24:385-96.
19. Remor E. Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Spanish J Psychol*. 2006;9:86-93.
20. Remor E, Carroblas JA. Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*. 2001;7:195-201.
21. Luecken LJ, Suárez EC, Kuhn CM, Barefoot JC, Blumenthal JA, Siegler IC, et al. Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*. 1997;59:352-9.
22. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA; 1988.
23. Echeburúa E. Ansiedad crónica. Evaluación y tratamiento. Salamanca: Endema; 1993.
24. Franco C. *Técnicas de relajación y desarrollo personal*. Granada: Cepa; 2007.
25. Franco C. *Meditación Fluir para serenar el cuerpo y la mente*. Madrid: Bubok; 2009.
26. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte; 1990.
27. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press; 1993.
28. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press; 1999.
29. Wilson KG, Luciano MC. *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide; 2002.
30. Deshimaru T. *La práctica del zen*. Barcelona: RBA; 2006.
31. Hart W. *La Vipassana. El arte de la meditación*. Madrid: Luz de Oriente; 1994.
32. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum: illsdale; 1988.
33. García Campayo J. La práctica del estar atento (mindfulness) en medicina. Impacto en pacientes y profesionales. *Aten Primaria*. 2008;40:363-6.
34. Ortega C, Lopez F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; 4:137-60.
35. Carlson LE, Speca M, Patel KD. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65: 571-81.
36. Carlson LE, Speca M, Patel KD. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulphate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*. 2004;29: 448-74.
37. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on

- nurse stress and burnout. Part II: A quantitative and qualitative study. *Nursing Practice*. 2005;19:26–35.
38. Cohen-Katz J, Wiley S, Capuano T, Baker D, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*. 2004;18:302–8.
39. Evans S, Ferrano S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-base cognitive for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2007;22.
40. Finnucare A, Mercer SW. An exploratory mixed methods of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*. 2006;6:14.
41. Grau A, Flichtentrei D, Suñer R, Prats M, Braga F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83: 215–30.