

El programa de Reducción de Estrés basado en Mindfulness (MBSR) disminuye el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud

Andrés Martín-Asuero¹ y Gloria García-Banda

Original publicado en inglés, 2010, *Spanish Journal of Psychology*, 13(2);895-903

Este estudio cuasi-experimental examina si el Mindfulness o conciencia plena reduce el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud. La muestra estaba compuesta por 29 profesionales interesados en reducir el estrés, que siguieron una intervención psicoeducativa de 8 semanas, empleando un total de 28 horas lectivas y denominada Reducción de estrés basada en Mindfulness (*Mindfulness-based Stress Reduction o MBSR*). Los resultados muestran una disminución del malestar del 35%, descendiendo del percentil 75 al 45, así como reducciones del 30% en rumiación y del 20% en afectividad negativa. Estas mejoras se mantienen durante el periodo de seguimiento de 3 meses posteriores a la intervención. Las correlaciones encontradas indican que la reducción en malestar psicológico conlleva una disminución de la rumiación y de la afectividad negativa. Estos resultados confirman la utilidad de la técnica *MBSR* para reducir el malestar psicológico en programas de formación para profesionales de la salud.

Palabras clave: Mindfulness, Conciencia plena, malestar psicológico, rumiación, estrés, *MBSR*.

Stress Reduction by Mindfulness Intervention (MBSR) in health professionals

This semi-experimental study examines how Mindfulness facilitates a distress reduction in a group of health professionals. The sample comprises 29 professionals seeking stress reduction who undertook an 8 weeks psycho-educative intervention, involving 28 hours of class, based on a program called Mindfulness-based Stress Reduction or MBSR. Results show a 35% reduction of distress, from percentile 75 to 45, combined with a 30% reduction in rumination and a 20% decrease in negative affect. These benefits lasted during the 3 months of the follow up period. The correlation analysis indicates that the decrease in distress is significantly related to the other two variables. These results confirm the effectiveness of MBSR to decrease distress and its applicability in training programs for health professionals.

Key words: Mindfulness, distress, rumination, stress, *MBSR*.

¹ Correspondencia: Andrés Martín. c/Marc Aureli 10, 4º 2ª Barcelona 08006 (España).
E-mail: inspira.am@gmail.com

Introducción

El estrés afecta, al menos a uno de cada cinco trabajadores europeos según la *Fourth European Working Conditions Survey* (Agencia Europea, 2007) y está entre los cuatro problemas de salud laboral más mencionados. En la profesión médica, el estrés ha motivado más de 600 trabajos publicados en los últimos 40 años (Shapiro, Shapiro y Schwartz, 2000) y es el problema de salud laboral más citado en una encuesta nacional de 1.554 facultativos (Madrid Médico, 2003). Sin embargo, los programas oficiales de formación profesional continua de la sanidad en España no suelen incluir técnicas de reducción del estrés (Salom, Abril 2005, comunicación personal), a diferencia de otros países donde si existen referencias en favor de intervenciones psicosociales para este ámbito (Ewers, Bradshaw, McGovern y Ewers, 2002). En la actualidad, un nuevo entrenamiento de reducción de estrés, denominado MBSR (acrónimo de *Mindfulness-based Stress Reduction*), ha comenzado a aplicarse con éxito a profesionales de la salud (Shapiro, Astin, Bishop y Cordova, 2005).

MBSR es una intervención de tipo mente-cuerpo desarrollada por Jon Kabat-Zinn y sus colegas en 1979 (Kabat-Zinn, 1982) en la Clínica de Reducción del Estrés de la Universidad de Massachussets y forma parte de las terapias complementarias y alternativas reconocidas por el Instituto Nacional de Salud de EEUU, (NCCAM, 2006, pág. 1). Esta técnica consiste en el desarrollo de *Mindfulness*, que desde ahora traduciremos como Conciencia Plena, descrita en detalle por Kabat-Zinn (2003), Martín (2008) y Ludwig y Kabat-Zinn (2008) y revisada por diferentes autores (Bishop, 2002; Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt y Walach, 2004; Ludwig y Kabat-Zinn, 2008).

La Conciencia Plena ha sido definida como la intención sostenida de centrar la atención en la realidad del momento presente, aceptándola sin juicios y sin dejarse llevar por los pensamientos ni por las reacciones emotivas del momento. Este estado mental permite experimentar los pensamientos y sentimientos resaltando su subjetividad y su naturaleza transitoria (Bishop et al., 2004). La Conciencia Plena es por tanto una actitud que requiere mantener la atención en lo que ocurre "aquí y ahora", frente a la tendencia a dejar vagar la mente por los recuerdos del pasado o las fantasías del futuro (Kabat-Zinn, 1996).

La actitud de observación y aceptación de las experiencias internas fomentada en el entrenamiento en Conciencia Plena, no es, sin embargo, una técnica de control mental, ni es lo mismo que dejar "la mente en blanco" o tratar de no pensar. Tampoco se parece a otras técnicas de control emocional y cognitivo características de los acercamientos más tradicionales como la supresión del pensamiento (Wolpe, 1993). Por el contrario, MBSR enseña a abrirse y a aceptar las experiencias internas más que a tratar de suprimirlas o evitarlas como es el caso de las técnicas más tradicionales basadas en el control emocional y cognitivo. Técnicas cuya eficacia, por otro lado, ha sido puesta en entredicho por Clark, Ball y Pape (1991) en relación a la supresión del pensamiento, por Cioffi y Holloway (1993) en la supresión del dolor; o, lo que es más grave, se relacionan con la generación de pensamientos obsesivos/recurrentes y con un incremento de la reactividad emocional (Wegner y Zanakos, 1994).

Esta característica de apertura y aceptación del entrenamiento en Mindfulness guarda cierta semejanza con la Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy o ACT) de Hayes, Strosahl y Wilson (1999). La ACT, añade el componente de compromiso, cuyo objetivo consiste en facilitar cambios en la conducta que satisfagan los valores más fundamentales de dicho ser humano (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006). La ACT se considera una terapia conductual de tercera generación (Pérez Álvarez, 2006) junto a la Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavioral Therapy o DBT) de Linehan (1993), a los acercamientos meta-cognitivos de Wells (2000) y a la Terapia Cognitiva basada en la Aceptación para el tratamiento de las recaídas de la depresión llamada Mindfulness-based Cognitive Therapy o MBCT (Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, Barrett, Byng, Evans y Teasdale, 2008; Teasdale et al., 2000).

Para cultivar la Conciencia Plena es necesario atender a los acontecimientos mentales según se suceden en tiempo real, es decir momento a momento, evitando hacer juicios o preferencias. También es importante presenciar el proceso sin perseguir ningún otro objetivo, aceptando de forma abierta todo lo que ocurra, sin aferrarse a nada (Kabat-Zinn, 2003). Por el contrario, la actitud de "piloto automático" significa centrar la conciencia en el ámbito de los "pensamientos", que suelen corresponder a acontecimientos del pasado o del futuro, lo que supone reducir la atención que se presta al momento presente.

De hecho, cuando la mente explora el pasado, lo puede hacer desde la autoconciencia o la rumiación (Joireman, Parrott y Hammersla, 2002). La rumiación implica concentrarse de manera repetida y de forma pasiva en las sensaciones de malestar, en sus causas y en sus consecuencias (Nolen-Hoeksema, Wisco y Lyubomirsky, 2008). Por el contrario la autoconciencia requiere un cierto distanciamiento emocional de los acontecimientos que facilita la reflexión y el aprendizaje. Mientras que la autoconciencia se relaciona con el estado de ánimo positivo, la rumiación se relaciona con un malestar emocional elevado (Joireman, 2004). Asimismo, la rumiación favorece cuadros mixtos de ansiedad y depresión (Nolen-Hoeksema, 2000). Puesto que el entrenamiento en Conciencia Plena enseña a la mente a permanecer en el momento presente, sin juzgar ni dejarse arrastrar por las emociones negativas asociadas al pasado, pensamos que puede constituir una herramienta útil para disminuir la rumiación.

Más de setenta trabajos publicados sobre MBSR en revistas científicas confirman su eficacia para aliviar el malestar psicológico relacionado con la depresión (Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby y Lau, 2000; Teasdale, Moore, Hayhurst, Pope, Williams y Segal, 2002), ansiedad (Shapiro, Schwartz y Bonner, 1998), dolor crónico (Kabat-Zinn, 1986), mejora del estado de ánimo en personas con cáncer (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen y Speca, 2001) y con el incremento del bienestar general (Carmody y Baer, 2008; Reibel, Greeson, Brainard y Rosenzweig, 2001; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, y Flinders, 2008).

Existe un interés creciente en reducir el estrés profesional debido a las graves consecuencias en la salud de los trabajadores y las implicaciones económicas que este riesgo laboral conlleva. Esta técnica está siendo utilizada en EEUU para reducir el estrés en multitud de ámbitos, de manera especial en el sociosanitario. En nuestro país, se han publicado varios trabajos sobre la aplicación de la técnica MBSR y la reducción del malestar Psicológico asociado al estrés (Martín, García de la Banda y Benito, 2005; Martín y García de la Banda, 2007). Sin embargo, aunque los resultados con MBSR son positivos y están bien documentados, los mecanismos por los cuales se produce esta disminución del malestar no se han identificado todavía. Por ello nos planteamos un estudio donde profundizar en el conocimiento de los mecanismos del entrenamiento MBSR con los siguientes objetivos:

1. Confirmar la eficacia del programa MBSR para reducir el malestar psicológico asociado al estrés de los profesionales sanitarios.
2. Verificar si esta reducción del malestar, una vez finalizada la intervención, se mantiene en el tiempo.
3. Identificar los mecanismos por los que MBSR disminuye el malestar psicológico asociado al estrés. En particular el papel de la Rumiación y los Estados Afectivos positivo y negativo.

Métodos

Participantes

Para participar en este estudio los criterios de inclusión fueron poder cumplimentar los cuestionarios y comprometerse a cumplir con los requerimientos de asistencia y dedicación al programa. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: estar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, estar embarazada, tener prevista una intervención quirúrgica, estar de baja por depresión o litigando por su enfermedad.

De las 32 personas interesadas, 3 se dieron de baja antes de comenzar el entrenamiento (2 por problemas de calendario y una por enfermedad) quedando la muestra compuesta por 29 personas. Los participantes se distribuyeron en dos grupos a su elección en función del calendario en que se impartía cada uno de los cursos. En el primer grupo participaron 17 personas, mientras que en el segundo grupo fueron 12. En ambos cursos participaron también otras personas que declinaron la invitación a colaborar en la investigación, hasta alcanzar los 22 y 25 participantes respectivamente.

Así la muestra total estaba compuesta por 29 personas con una edad media de 41.10 años (DE: 9.54), de las que el 83% eran mujeres y el 76% eran profesionales de la salud (médicos, enfermeras, ATS y psicólogos), 24% restante eran profesionales de educación o de empresas de servicios. Todos los participantes estaban en activo y asistían al curso por tener estrés, por estar interesados en la aplicación de la técnica MBSR en el entorno sanitario, o por ambas razones.

Instrumentos

Para medir el grado malestar de los participantes se utilizó el inventario SCL-90R (Derogatis, 2002). El SCL-90R es un inventario autoaplicado de 90 ítems que rastrea sintomatología relacionada con alteraciones de tipo psicológico. Esta baremado para la población española y cuenta con una elevada consistencia interna en las sub-escalas, con valores alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.90.

El estrés diario se evaluó mediante la escala SRLE (Survey of Recent Life Experiences) de Kohn y Macdonald (1992) de 51 ítems, en su versión española, el Inventario de Estrés Percibido, elaborada por Sandín, Chorot y Santed, (Sandín, 1999). La escala tiene un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91, y 0.90.

La afectividad se midió con la escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson, Clark y Tellegen (1988), traducida al castellano por Santed, Sandín, Chorot, Olmedo y García Campallo (2001). La fiabilidad y validez del cuestionario da valores alfa de Cronbach de 0.98 para la escala positiva y 0.85 para la negativa (Crawford y Henry, 2004).

La Rumiación se midió mediante el Cuestionario de Control de la Emoción ECQ (Roger y Najarian, 1989), traducido, adaptado y validado por Roger, García de la Banda, Lee y Olason (2001).

Por último, los participantes valoraron el curso al final del mismo mediante un cuestionario en el que se incluye una evaluación de la intervención de forma global, mediante una escala de 1 a 10, siendo 1 el mínimo y 10 el máximo, junto con varias preguntas orientadas a conocer el tipo de practica personal que prefiere y la frecuencia con la que la utiliza. Finalmente se les preguntaba hasta qué punto se habían producido cambios en su vida que en su opinión podrían ser debidos a la intervención.

Intervención

La intervención sigue el programa MBSR tal y como lo describen Martín y García de la Banda (2007), siguiendo el modelo de Kabat-Zinn (2003). El entrenamiento, a través de la práctica de ejercicios de focalización de la atención, meditación y estiramientos tipo Yoga, pretende el desarrollo de la Conciencia Plena en las actividades cotidianas. El formato de intervención presentado es el de un curso de formación laboral en grupo que consta de 28 horas repartidas en 8 sesiones semanales de 2,5 h. a las que se añade una sesión de 8 horas. Cada sesión incluye la presentación de un tema, ejercicios prácticos y un debate en grupo sobre los aciertos y las dificultades que surgen al aplicar las técnicas y las estrategias de afrontamiento en la vida diaria.

Procedimiento

El reclutamiento de participantes se realizó entre profesionales de la salud de distintos hospitales de Palma de Mallorca y de centros de asistencia primaria del IB-Salut, mediante carteles y pósters. Los interesados fueron invitados a una charla introductoria donde rellenaron una solicitud en la que indicaban sus razones para participar y firmaban una declaración de consentimiento informado. Cada participante se comprometió a asistir a las sesiones, contestar los cuestionarios de evaluación y dedicar 45 minutos diarios al programa para realizar los ejercicios correspondientes, al menos durante las primeras ocho semanas. Los cursos eran abiertos al público en general, con una matrícula de 150 €. Las personas que cumpliendo los requisitos de inclusión deseaban colaborar en este estudio recibían una compensación económica en forma un abono después de cada evaluación, lo que suponía al final del estudio una deducción del 60% del total de la matrícula. El programa se desarrolló fuera del horario laboral y fue impartido por un instructor de MBSR (primer autor del estudio) formado en esta técnica en la Clínica de Reducción del Estrés de la Universidad de Massachusetts.

El calendario de aplicación de los cuestionarios se realizó en los momentos pre y post intervención, y en el seguimiento a los 3 meses después. Los cuestionarios se aplicaron en diferente orden en los tres momentos de la evaluación, con objeto de que el orden de aplicación no beneficiase o perjudicase a ninguno de los cuestionarios. Por último, en el momento post se cumplimentó también el formulario de evaluación del curso.

Resultados

La asistencia media a las sesiones fue del 92% y la valoración de los participantes fue muy buena: un 8,66 sobre 10. El 79% de los participantes indicaron que la intervención les había ayudado a realizar algún cambio en su estilo de vida. La adhesión a los diferentes componentes de MBSR fue muy alta, ya que el 93% seguía practicando meditación al final de la intervención y el 72% practicaba yoga o estiramientos con regularidad. En el seguimiento, hubo una ligera disminución en la práctica de meditación que bajó al 82% y un leve aumento en yoga con un 75%.

Como la intervención se realizó en dos grupos de sujetos, comprobamos si existían diferencias significativas en las puntuaciones medias de malestar psicológico (SCL90) entre ambos grupos antes de la intervención. Para ello realizamos un ANOVA entre grupos que incluye la prueba de Levene de homogeneidad de las varianzas. Dado que el valor de $F(0,323)$ no era significativo ($p = 0,574$), y que la prueba de homogeneidad era igualmente no significativa (0,18), pudimos verificar que no existían diferencias significativas en las puntuaciones medias de malestar entre los dos grupos previas a la intervención. Por lo tanto, a partir de ese momento, los análisis se realizaron combinando ambos grupos.

El malestar psicológico (SCL90-R), medido a través del GSI (*General Severity Index*), se redujo significativamente con la intervención y este cambio se mantuvo durante el seguimiento. La puntuación media en el GSI disminuyó de 0,68 a 0,45 (44%), descendiendo del percentil 70 al 45 (Derogatis, 2002). El valor d de Cohen relativo al efecto del tratamiento es 0,62, equivalente a un efecto medio-alto (Cohen, 1988). En el seguimiento se registra un ligero aumento del malestar, con un GSI del 0,51, equivalente al percentil 50, como se recoge en la tabla 1.

Tabla 1

Para verificar si el malestar psicológico disminuyó de manera significativa por la intervención y si este cambio se mantuvo durante el seguimiento, realizamos un ANOVA de medidas repetidas intra grupos con tres niveles (pre, post y seguimiento) que incluye el test de esfericidad de Mauchly. El ANOVA resultó significativo $F_{(2-52)} = 4,375$, $p = ,018$, la eta cuadrado es ,14, lo que significa que el 14% de la variancia del malestar medido a través del SCL-90 está asociado a las diferencias encontradas entre los tres momentos temporales citados. Para saber en qué momento se produjo esta disminución del malestar emocional, si en el periodo del tratamiento o del seguimiento, realizamos dos pruebas de contraste *post hoc* de medidas repetidas univariantes. Como se observa en la tabla 1, la diferencia en las puntuaciones medias de malestar pre y post fue significativa ($p = ,016$). La diferencia en las puntuaciones medias de malestar post y seguimiento no alcanzó el nivel de significación establecido ($P = ,547$). Este resultado pone de manifiesto que las disminuciones conseguidas después de la intervención se mantuvieron en el seguimiento.

La puntuación de estrés diario (SRLE) se redujo después de la intervención pasando del 0,70 al 0,58, como indica la tabla 2, lo que supone una disminución del 18%, como se indica en la tabla 5. La magnitud del cambio sería leve, según la d de Cohen obtenida de 0,39. En el seguimiento a tres meses la disminución alcanzó el 23%.

Tabla 2

La puntuación en la escala de Rumiación del ECQ también disminuyó por la intervención, como indica la tabla 3. Esta variable, al igual que la anterior, continuó disminuyendo durante el seguimiento presentando una reducción del 29%. Esta diferencia equivale a un cambio tipo medio, con una d de Cohen del 0,53.

Tabla 3

Las puntuaciones en afectividad positiva del PANAS no experimentaron cambios a diferencia de la afectividad negativa que disminuyó y mantuvo esta tendencia durante el seguimiento, alcanzando una reducción frente al valor inicial del 20%, como indica la tabla 4. Este cambio sería importante, según la d de Cohen obtenida, con un valor de 0,78.

Tabla 4

Para determinar si los cambios registrados por estas variables durante la intervención son significativos, realizamos un MANOVA de medidas repetidas en el que las variables dependientes son estrés (SRLE), ánimo negativo (PANAS) y rumiación (ECQ). Se comprueba que aparecen diferencias significativas en las medias combinadas entre pre, post y seguimiento con una Lambda de Wilks = ,621, $p = ,019$ y con una η^2 cuadrado = ,21. Por lo que podemos afirmar que el 21% de la variabilidad de las medias de las variables psicológicas se asocian a las diferencias en los tres momentos temporales. Para saber cuál o cuáles de estas variables psicológicas son responsables de dichas diferencias, procedimos a comprobar la esfericidad mediante el test Mauchly. De este análisis obtuvimos la confirmación para PANAS negativo, y ECQ, pero no para SRLE. Por lo tanto el análisis univariante F se ajustó para las primeras, mientras la corrección Huynh-Feldt se utilizó para SRLE.

Para saber qué variables psicológicas producen dichas diferencias realizamos un análisis univariante F_s para determinar cuál de las tres variables psicológicas obtuvo las diferencias significativas. Con un α de ,01, las medias de ECQ (tabla 3) y PANAS NEG (tabla 4) resultaron significativas con valores F de 7,63 ($p = .002$) y 5,13 ($p = ,010$), respectivamente. Sin embargo, las medias del SRLE (tabla 2) no resultaron significativas ($F = 3,044$, $p = ,073$ usando la corrección Huynh-Feldt).

Finalmente analizamos qué variables estaban asociadas a la reducción del malestar psicológico. Para ello creamos una puntuación consistente en la diferencia entre el malestar experimentado al momento pre y al post (SCL90R), así como en el resto de variables psicológicas del estudio: estrés diario (SRLE), ánimo negativo (PANASNEG), y rumiación (ECQ). Con estas variables realizamos un análisis de correlaciones, como se muestra en la tabla 5, entre las que resultaron significativas SCL90 con PANASNEG y ECQ con SRLE.

Tabla 5.

Resumiendo podemos afirmar que el malestar psicológico se redujo de forma significativa después del entrenamiento en MBSR en un grado medio-alto, confirmando otros estudios anteriores en nuestro país (Martín, García de la Banda y Benito, 2005; Martín y García de la Banda, 2007). Además, constatamos que esta reducción se mantuvo durante el seguimiento tal y como esperábamos. También se redujo el nivel de estrés percibido, aunque la reducción alcanzada no llegó a ser significativa, contrariamente a lo que esperábamos. Especialmente

interesante resulta la disminución de la rumiación cognitiva y su relación con la disminución del malestar. Asimismo, se produjo una disminución en el componente negativo del afecto, mientras el componente positivo no cambió.

Discusión

Nuestro principal objetivo, confirmar la eficacia de la técnica MBSR, para reducir el malestar psicológico de los profesionales sanitarios, se ha alcanzado de forma satisfactoria. Los resultados muestran reducciones del malestar psicológico, que además se mantiene durante el seguimiento, logrando así nuestro segundo objetivo. El tercer objetivo, el más novedoso, identificar los mecanismos por los que MBSR disminuye el malestar psicológico, también se ha cubierto, ya que hemos constatado la influencia de MBSR sobre algunas de las variables seleccionadas, como la afectividad negativa y la rumiación.

El primer reto de un programa de estas características, voluntario, extra-laboral y con tarea para casa, es la adherencia al mismo. En nuestro caso la asistencia fue de un 92% y un porcentaje similar seguía meditando al finalizar el programa. Esta adherencia a la técnica es superior a la descrita por Carmody y Baer (2008) con un 82% y superior al 88% citado por Martín y García de la Banda (2007). Algunos de los factores que pueden explicar la alta adherencia son: la experiencia del instructor en este tipo de intervenciones, el hecho de que este curso contara con una acreditación profesional y una bonificación económica por colaborar en la investigación y la satisfacción de los participantes con el contenido del programa reflejada en la valoración media del curso de 8,7 sobre una puntuación máxima de 10.

Aunque la adherencia es condición necesaria en un entrenamiento de estas características, por sí misma no justifica el éxito. Como hemos visto, el entrenamiento MBSR proporciona una variada gama de herramientas para afrontar el estrés cotidiano, en nuestra opinión, parte del éxito obtenido por los participantes en este entrenamiento se debe a la aplicación de dichas herramientas a los conflictos de la vida diaria. A partir de este aprendizaje y según el modelo biopsicosocial (Lazarus y Folkman, 1987), se producen importantes cambios en el estilo de vida, como indican el 79% de los participantes, que permiten un mejor afrontamiento al estrés y resultan en una reducción significativa del malestar psicológico asociado.

De estos cambios creemos que es particularmente interesante la disminución de la rumiación y la relación encontrada entre rumiación, estrés percibido y malestar psicológico. La reducción observada en esta variable es de tipo medio y, además, sigue evolucionando favorablemente durante el seguimiento. Los resultados de Ramel, Goldin, Carmona y McQuaid (2004) son similares al nuestro. Este grupo encontró que la práctica de la Conciencia Plena reducía la rumiación, incluso después de controlar el efecto de los síntomas afectivos y los pensamientos disfuncionales. Una explicación posible a estos resultados es que el entrenamiento MBSR, es decir la observación de las sensaciones, pensamientos o emociones instante a instante, pueda prevenir la rumiación obsesiva sobre hechos negativos del pasado. Asimismo, parece lógico que la disminución en rumiación reduzca la percepción y valoración negativa del estrés diario y por todo ello, se produzca una disminución significativa del malestar asociado al estrés.

Por último, tenemos que la afectividad negativa se ha reducido de forma significativa después del tratamiento. Es probable que el entrenamiento en MBSR permita la observación de las sensaciones y emociones negativas sin que se produzcan reacciones automáticas de rechazo. Asimismo, MBSR parece fomentar una actitud de apertura y "no-juicio" que facilita la aceptación del componente negativo de algunas experiencias, sin la necesidad urgente de querer cambiarlas. Para algunos autores, el entrenamiento en MBSR reduce el malestar psicológico porque favorece la flexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006) y la regulación emocional (Gross, 1998). Esta interpretación parece confirmarse por el hecho de que la afectividad negativa sigue evolucionando favorablemente durante el seguimiento.

Otra posible explicación de la reducción en rumiación y en afectividad negativa registrada, sería que el hecho que el programa facilita que los participantes afronten algunos pensamientos negativos que son casi siempre evitados y esto hace que se extingan las "emociones negativas" que les producen. Piénsese que una piedra angular de estas intervenciones de tercera generación, como MBSR, es la aceptación de las experiencias negativas (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Resumiendo, según nuestros resultados, la combinación de observación y aceptación de los contenidos mentales y de las sensaciones físicas que proporciona MBSR es capaz de reducir la rumiación, la afectividad negativa y la percepción de estrés obteniendo como resultado, la disminución significativa del malestar psicológico. De estos resultados, se podría inferir que a medida que la persona practica MBSR, mejora su capacidad de observación y atención de lo que ocurre en el día a día, disminuyendo su reactividad emocional; lo que incrementa su sensación de responsabilidad y control personal, aumenta su flexibilidad psicológica y mejora su capacidad de regulación emocional. De esta manera, MBSR es una técnica que proporciona a las personas herramientas adecuadas para manejar el estrés diario y reducir el malestar provocado por él. Aunque el mecanismo que apuntamos no es concluyente, ya que no se han medido el desarrollo de conciencia plena, el control personal, la flexibilidad cognitiva, la reactividad/autorregulación emocional o el cambio de estrategias, sí creemos que puede servir de guía para incluir el estudio de algunas de estas variables en futuras investigaciones.

No obstante, somos conscientes de las limitaciones de nuestro estudio: no se realiza un diagnóstico clínico de los participantes y no hay grupo control. Además, este diseño experimental no aísla el efecto de que la intervención se realice en grupo. Por lo tanto, de cara a futuras investigaciones será necesario diseñar estudios controlados y aleatorizados que permitan evaluar la eficacia de la intervención comparando los resultados obtenidos con los del grupo control. En este sentido, nuestro equipo está preparando una nueva investigación que incluya un grupo control aleatorizado, medidas de conciencia plena, así como de cortisol en saliva. Este nuevo estudio nos permitirá conocer si la reducción en malestar psicológico del grupo MBSR es superior a la del grupo control, si se incrementa significativamente la conciencia plena y como afecta MBSR a la activación fisiológica.

En cualquier caso, podemos afirmar que MBSR resulta útil como intervención psico-educativa para reducir el malestar psicológico asociado al estrés en profesionales de la salud. Asimismo, la reducción se mantendrá siempre que integren la técnica en su vida cotidiana. Al ser MBSR una

intervención grupal y con efectos a largo plazo, como se ha visto, resulta muy interesante su aplicación en contextos de formación continua.

Bibliografía

Agencia Europea para la Seguridad e Higiene en el Trabajo (2007). *Fourth European Working Conditions Survey, 2007*. Disponible en la página web de la Agencia Europea para la Seguridad e Higiene en el Trabajo, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/EWCS2005/index.ht>.

Baer, R.A. (2003). Mindfulness Training as a Clinical Intervention: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Psychology: Science and practice, 10*, 125-144.

Bishop, S. (2002). What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine, 64*, 71-84.

Bishop, S.R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L.E., Anderson, N., Carmody, J., Segal, Z., Abbey, S., Speca, M., Velting, D. y Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology, 11*, 230-241.

Carlson, L.E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M. y Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Support Care Cancer, 9*, 112-23.

Carmody, J. y Baer, R.A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 23-33

Cioffi, D y Holloway, J. (1993). Delayed cost of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 274-282.

Clark, D., M., Ball, S. y Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour, Research and Therapy, 29*. 253-257.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*, New Jersey (EEUU): Lawrence Erlbaum.

Crawford, J.R. y Henry, J. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 43*, 245-266.

Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90R Manual*. Madrid: Tea Ediciones.

Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J. y Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?. *Journal of Advanced Nursing, 5*, 470-6.

Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General psychology, 2*, 271-299.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. y Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35-43.

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Experiential Avoidance and Behavioral Disorders: A Functional Dimensional Approach to Diagnosis and Treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.

Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F.W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, process and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

Joireman, J. (2004). Empathy and the Self-Absorption Paradox II: Self-Rumination and Self-Reflection as mediators between shame, guilt, and empathy. *Self and Identity*, 3, 325-338.

Joireman, J.A., Parrott, L., y Hammersla, J. (2002). Empathy and the self-absorption paradox: Support for the distinction between self-rumination and self-reflection. *Self and Identity*, 1, 53-65.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation. *General Hospital Psychiatry*, 4,33-47.

Kabat-Zinn, J. (1986). Four year follow up of meditation-based program for the self regulation of chronic pain. Treatment Outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159-173.

Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness Meditation, what is what isn't. En Y. Haruki, Y. Ishii y M. Suzuki (Eds.). *Comparative and Psychological Study on Meditation*. Netherlands: Eburon.

Kabat-Zinn, J. (2003). MBSR interventions in context: Past, Present and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.

Kuyken, W. S., Byford, R. S., Taylor, E., Watkins, E., Holden, K., White, B., Barrett, R., Byng, A., Evans, E. y Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 76, 966-978.

Kohn, P.M. y MacDonald, J.E. (1992). The Survey of Recent Life Experiences: A decontaminated hassles scale for adults. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 619-630.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.

Ludwig, D.S. y Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 300, 1350-1352.

Madrid Médico (2003). Uno de cada cuatro médicos dejaría la medicina por insatisfacción laboral. *Madrid Médico*, 171, 18-20.

Martín, A. (2008). *Con rumbo propio*. Barcelona: Plataforma editorial.

Martín, A. y García de la Banda, G. (2007). Las Ventajas de estar Presente: Como el desarrollo de la Atención Plena reduce el malestar psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 369-384.

Martín, A., García de la Banda, G. y Benito, E. (2005). Reducción de Estrés mediante la Conciencia Plena según la técnica MBSR. *Análisis y Modificación de Conducta*, 139, 557-571.

National Center for Complementary and Alternative Medicine-NCCAM (2006). Mind-Body Medicine: An Overview. National Center for Complementary and Alternative Medicine.

Web site: <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/mindbody.htm> consultado 30 Abril 2006.

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.

Nolen-Hoeseema, S., Wisco, B.E. y Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectivas on Psychological Science*, 3, 400-424.

Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *Edupsykhé*, 5, 159-172.

Ramel, W., Goldin, Ph. R., Carmona, P. E. y McQuaid, J. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy & Research*, 28, 433-462.

Reibel, D.K., Greeson, J.M., Brainard, G.C. y Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, 183-192.

Roger, D. y Najarian, B. (1989). The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 10, 845-853.

Roger, D., García de la Banda, G., Lee, H.S. y Olason, T.O. (2001). A Factor-analytic study of cross-cultural differences in emotional rumination and emotional inhibition. *Personality and Individual Differences*, 31, 227-238.

Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: UNED-FUE.

Santed, M.A., Sandín, B., Chorot, P., Olmedo, M. y García-Campallo, J. (2001). El papel de la afectividad negativa y positiva en las relaciones entre el estrés diario y la sintomatología somática: un estudio intra e interindividual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 58, 41-53.

Shapiro, S.L., Astin, J.A., Bishop, S.R. y Cordova, M. (2005). Mindfulness-based Stress Reduction in Health care Professionals: Results from a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164-176.

Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. y Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *Journal of Behavioural Medicine*, 21, 581-599.

Shapiro, S.L., Shapiro, D.E. y Schwartz, G.E. (2000). Stress Management in Medical Education: A Review of the Literature. *Academic Medicine*, 75, 748-759.

Shapiro S.L., Oman D., Thoresen C.E., Plante T.G. y Flinders T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 840-862.

Teasdale, J., Moore, R., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. y Segal, Z. (2002). Metacognitive Awareness And Prevention Of Relapse In Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.

Teasdale, J., Segal, Z.Y., Williams, M., Ridgeway, V., Soulsby, J. y Lau, M. (2000). Prevention Of Relapse/Recurrence In Major Depression By Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

Watson, D., Clark, L.A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positives and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.

Wegner, D. y Zanakos, S.I. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62, 615-640.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Willey.

Wolpe, J. (1993). *Práctica de la Terapia de la Conducta*. 3ed. México, DF: Trillas.

Tabla 1

Resultados del cuestionario de malestar psicológico (GSI; SCL-90R)

	M	DE	N	gl	F	p	d	Cambios
Pre	0,68	0,40	29					
Post	0,45	0,37	29	1-26	6,707	0,016	0,62*	100%
Seguim	0,51	0,44	27	1-26	0,372	0,547	0,40#	66%

* El valor *d* de Cohen resulta de comparar pre y post.

El valor *d* de Cohen resulta de comparar el seguimiento con el valor pre.

Tabla 2

Resultados del cuestionario de estrés percibido (SRLE)

	M	DE	N	Gl	F	p	d*	Cambios
Pre	0,70	0,36	29					100%
Post	0,58	0,24	29	2-40	3,044	0,073	0,39	82%
Seguim	0,54	0,30	27					77%

*El valor *d* de Cohen resulta de comparar el seguimiento con el valor pre.

Tabla 3

Resultados del cuestionario de rumiación (ECQ)

	M	DE	N	gl	F	p	d*	Cambios
Pre	4,07	2,27	29					100%
Post	3,61	2,54	29	2-40	5,135	0,010	0,53	89%
Seguim	2,89	2,19	27					71%

*El valor *d* de Cohen resulta de comparar el seguimiento con el valor pre.

Tabla 4

Resultados del cuestionario de afectividad negativa (PANAS)

	M	DE	N	gl	F	p	d*	Cambios
Pre	23,34	6,97	29					100%
Post	21,52	6,84	29	2-40	7,630	0,002	0,78	92%
Seguim	18,67	5,01	27					80%

*El valor *d* de Cohen resulta de comparar el seguimiento con el valor pre.

Tabla 5

Correlaciones entre las diferencias pre-post de las escalas de malestar psicológico, estrés percibido, rumiación y afectividad negativa

	SCL90-R	ECQ	SRLE
ECQ	0,43(*)	-	
SRLE	0,36	0,53(**)	-
PANASNEG	0,54(**)	0,18	0,23

* $p < .05$.** $p < .01$.