

Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina

EDWIN KROGH¹, SEBASTIÁN MEDEIROS^{2,3},
MARCELA BITRAN^{4,8}, ÁLVARO I. LANGER^{3,5,6,7,a,b}

Mindfulness and the clinical relationship: steps to a resilience in medicine

Medical resilience is a dynamic capacity, which has the potential to improve the well-being of physicians and to enhance the quality of the clinical relationship. Strategies to promote resilience are important to achieve a sustainable medical practice and improve patient care. Mindfulness training has demonstrated to be an effective tool to promote resilience in physicians. This paper contextualizes the place of mindfulness in medical practice and describes the ways through which it can contribute to resilience in medicine. The concept of mindfulness, its relationship with health practice is reviewed and the benefits of the practice of mindfulness in the clinical relationship are described. We suggest that the benefits achieved through a mindfulness-based medical practice are mediated by two axes. One is the nonspecific and specific effect of mindfulness-based practices and the other is the integration of explicit and implicit knowledge of clinical practice. We conclude that medical practice that integrates mindfulness can contribute to the challenge of achieving greater levels of individual, staff and institutional resilience. There is a need to have continuing mindfulness training programs for health professionals and to integrate this concept in the curriculum of health care professionals.

(Rev Med Chile 2019; 147: 618-627)

Key words: Empathy; Mindfulness; Psychological Techniques; Resilience; Psychological.

¹Instituto de Neurociencias Clínicas, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

²Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

³Instituto Milenio para la Investigación de la Depresión y Personalidad. Santiago, Chile.

⁴Centro de Educación Médica y Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁵Instituto de Estudios Psicológicos, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

⁶Centro Interdisciplinario de Estudios del Sistema Nervioso, Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

⁷Núcleo Milenio para mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes (Imhay). Santiago, Chile.

^aPsicólogo.
^bPhD.

Correspondencia a:
Dr. Álvaro Langer

Instituto de Estudios Psicológicos,
Facultad de Medicina, Campus
Isla Teja, 5090000 Valdivia.
alvaro.langer@uach.cl

La resiliencia es la capacidad de un individuo para adaptarse y manejar el estrés y la adversidad¹. En las últimas dos décadas la idea de 'resiliencia médica' se ha instalado en la investigación sobre la práctica clínica. La resiliencia médica ha sido descrita como una sinergia entre características personales, tales como autovaloración, flexibilidad cognitiva y relacional, habilidades de organización, asertividad y humor, y la disponibilidad de recursos profesionales y organizacionales, tales como apoyo administrativo, capacidad de trabajo en equipo y disponibilidad de insumos². Se ha sugerido que las estrategias asociadas a la resiliencia determinan la diferencia entre médicos que experimentan estrés y *burnout* por

la exposición continua a situaciones estresantes y aquellos que pueden adaptarse a estas exigencias del contexto clínico sin deterioro en su bienestar³. La resiliencia es una capacidad dinámica, que tiene el potencial de mejorar el bienestar de los médicos y de favorecer la calidad de la atención⁴. Estrategias para promover la resiliencia son clave para promover una práctica médica sostenible y mejorar la atención al paciente⁵.

Sin embargo, surge el desafío de identificar modos de afrontamiento de la práctica clínica que promuevan la resiliencia, que reduzcan el riesgo de *burnout* y que redunden en una mayor satisfacción por parte del clínico y del paciente⁶. Existen numerosas experiencias que buscan promover la

resiliencia médica, mejorar la calidad de atención y el autocuidado en Medicina⁷⁻⁹. Entre ellas, el entrenamiento en *mindfulness* ha demostrado ser una herramienta efectiva¹⁰⁻¹². Por ejemplo, en un clásico trabajo, Krasner y su equipo demostraron que los médicos que participaron en un programa de entrenamiento basado en *mindfulness* lograron un mayor bienestar personal y el desarrollo de actitudes centradas en el paciente, tales como empatía y compasión, tanto a corto plazo como sostenidas en el tiempo¹⁰.

El objetivo del presente trabajo es contextualizar el sitio del *mindfulness* en la práctica médica y describir las vías a través de las cuales éste puede contribuir a la resiliencia en Medicina. Para ello se revisará el concepto de *mindfulness* y su relación con la práctica en salud, para luego describir los beneficios de la práctica del *mindfulness* y las formas para lograr mayores niveles de resiliencia en Medicina.

Concepto de *mindfulness* y su relación con la práctica médica

Mindfulness o Atención Plena es una práctica enraizada en varias tradiciones contemplativas, tanto religiosas como seculares. Ha sido parte del hinduismo, budismo y del yoga y, más recientemente, de la meditación secular. El *mindfulness* que ha sido incorporado como práctica secular en occidente encuentra sus fundamentos en las tradiciones contemplativas de la psicología budista¹³.

Mindfulness puede ser entendido como la práctica de regresar una y otra vez a la mantención de un estado de completa atención a lo que se va desplegando en el momento presente, tanto de la experiencia externa como interna y acompañado por una actitud no enjuiciadora de dicha experiencia. Es la capacidad de estar completamente presente, consciente de cómo se está, qué se está haciendo o qué está sucediendo, acompañada de una baja tendencia a la reactividad emocional. Alude a aceptar y abrirse a todas las dimensiones de la experiencia, sean experimentadas como agradables, neutras o desagradables¹⁴⁻¹⁶.

La popularidad alcanzada por el *mindfulness* tiene, posiblemente, un doble origen. Por una parte, está el programa de reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR, *Mindfulness-Based Stress Reduction*, por sus siglas en in-

glés), un modelo de intervención desarrollado por Jon Kabat-Zinn a finales de la década de 1970, como una terapia complementaria para personas con problemas médicos, a partir de la cual se ha desarrollado un amplio espectro de modalidades terapéuticas^{17,18}.

Por otra, prominentes científicos y clínicos se han familiarizado con el concepto de *mindfulness* a partir de las reuniones organizadas por el *Mind and Life Institute* desde 1987, que promueven diálogos formales y regulares entre el Dalai Lama y científicos y profesionales de varias disciplinas¹⁹. Adicionalmente, el *mindfulness* se ha transformado en una relevante área de estudio y de intervención en psicología²⁰, psiquiatría²¹, medicina²², educación²³ y recursos humanos²⁴, entre otros.

El ámbito en el que el *mindfulness* ha encontrado especial arraigo en las últimas décadas es en las ciencias de la salud. Se han desplegado tres áreas a través de las cuales la práctica de la atención plena ha sido implementada en la atención en salud: 1) como modelo de intervención para atención de pacientes^{25,26}; 2) para favorecer la calidad de la atención²⁷⁻²⁹ y 3) como estrategia de autocuidado^{30,31}. El presente artículo apunta principalmente las dos últimas áreas.

Desde el pionero artículo *Mindful Practice* de Ronald Epstein³² en 1999, el interés y la aplicación del *mindfulness* en la práctica médica ha crecido de forma sostenida. Actualmente, numerosos centros clínicos universitarios, públicos y privados ofrecen programas de formación en *mindfulness* tanto en pregrado como en postgrado para médicos y profesionales afines^{33(p.43),34}.

La incorporación de la práctica del *mindfulness* en atención en salud como estrategia de autocuidado supone una paradoja que ha desafiado a la medicina. Por una parte, el foco de la práctica del *mindfulness* no apunta a la reducción sintomática. La intención central del *mindfulness* no apunta a la reducción sintomática, es decir, despojarse del síntoma, del dolor o el distrés asociado a una condición de salud o a la práctica médica. El objetivo de las prácticas contemplativas en salud busca transformar el impacto del síntoma en las personas, al modificar el modo cómo ésta percibe y experimenta lo que está viviendo^{35,36}. Por otra parte, la incorporación de intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM) implica procesos psiconeurobiológicos complejos³⁷. En población general, los estudios actuales intentan dilucidar

qué prácticas contemplativas conducen a qué habilidades específicas y de forma diferenciada³⁸, ya sea a través del cultivo de la presencia y consciencia corporal, el desarrollo de la toma de perspectiva y empatía, y el cultivo de actitudes compasivas. Cada forma implica cambios neurofisiológicos y psicológicos particulares. Por ejemplo, en la regulación emocional basada en *mindfulness*, habría una circularidad entre mecanismos 'top down'—procesos cognitivos en primer plano (de-reificación, defusión, resignificación, etc.)—y mecanismos 'bottom up'—donde el dar espacio a la experiencia somática del momento presente es el foco principal de atención³⁹.

Beneficios de una práctica médica basada en *mindfulness*

Satisfacción del paciente

Tanto pacientes como sus familiares suelen responder favorablemente a modelos de atención clínica basados en *mindfulness* y compasión^{28,33}.

Las personas valoran más la experiencia inmediata y cotidiana con el médico u otro profesional de la salud que los resultados que dicho encuentro en salud puede lograr⁴⁰⁻⁴³. La capacidad de estar presente en el acto clínico de un modo terapéutico ha sido asociada a una mejor alianza terapéutica entre médico y paciente⁴⁴. Asimismo, la satisfacción del paciente y su familia es la respuesta natural a una atención en la que el médico se encuentra atento y despliega una actitud genuinamente interesada en la situación del paciente⁴⁵.

Habilidades comunicacionales

A través de una favorable comunicación, la relación médico-paciente puede desplegarse de forma efectiva⁴⁴⁻⁴⁶. Los pacientes suelen detectar cuando un médico no atiende o no se comunica de forma adecuada⁴⁵, lo que redundará en un deterioro de la adherencia al tratamiento⁴⁷.

Una actitud clínica que incorpora el *mindfulness* logra que el médico mantenga el foco de atención sobre la interacción con el paciente y no sea arrastrado por pensamientos y emociones que surgen en el momento. También es posible que un mayor nivel atencional del médico permita una mayor "economía comunicacional", evitando preguntas inoficiosas o redundantes. También puede contribuir a reducir el riesgo de falta de tacto y sesgo implícito⁴⁸.

Estrés y burnout

Actitudes deficientes en autocuidado se encuentran en el corazón de la cultura médica. Existe amplia evidencia que el estrés crónico y *burnout* (entendido como un síndrome de agotamiento físico y mental relacionado con la vida laboral)⁴⁹, acompañan a la profesión médica desde el pregrado⁵⁰⁻⁵³. Es posible identificar múltiples factores que explican el mantenimiento de estrés y *burnout* entre los médicos. Éstos suelen interactuar entre sí favoreciendo su aparición. Entre estos se encuentran la carga asistencial, deterioro en las relaciones laborales, los registros electrónicos e institucionales o la infraestructura deficiente, así como perfeccionismo, autocritica, deficiente regulación emocional o presencia de problemática personal⁵³.

Muchos modelos de intervención han demostrado ser útiles al momento de reducir y prevenir el estrés y *burnout*^{54,55}. Existe evidencia que sugiere que la incorporación de entrenamiento basado en *mindfulness* a médicos contribuye a reducir los síntomas asociados al *burnout*⁵⁶⁻⁵⁹. Es así como, por un lado, el cultivo de la atención plena puede favorecer que el médico logre ser más consciente de su propio estrés y las fuentes de las que surge y, por el otro, puede contribuir a que logre desarrollar estrategias para prevenir el estrés y desplegar la apropiada cantidad de esfuerzo en las actividades que desarrolla. Asimismo, participantes del área de la salud que han participado en IBM describen que observan una reactividad reducida frente a eventos estresantes y que tienden a recuperarse más rápido y de mejor forma frente a ellos^{10,60}. Estas características se encuentran en el centro de las habilidades de resiliencia.

Razonamiento clínico, toma de decisiones y prevención de errores

Estados en los que predomina la fatiga, distracción, ansiedad, enojo, la multitarea o irritabilidad son frecuentes de encontrar en la práctica médica cotidiana^{33(p.37)}. Estos estados pueden conducir a un deterioro en el razonamiento clínico y favorecer errores clínicos. En estos estados se reduce la capacidad de atención y de procesamiento cognitivo. La ansiedad o la prisa ante situaciones clínicas complejas puede favorecer sesgos cognitivos, pérdida de información relevante y una conducta evitativa^{61,62(p.22)}.

El *mindfulness* puede contribuir a tomar mayor

consciencia del propio estado físico y emocional, reconociendo estados de fatiga o irritabilidad, para así tomar decisiones que prevengan consecuencias negativas. El cultivo de la atención plena puede reducir la tendencia a un funcionamiento automatizado, limitando los sesgos cognitivos que naturalmente emergen en la práctica clínica. Por ejemplo, Borrell-Carrió y Epstein señalan que cuando los médicos se enfrentan al desafío de resolver una situación clínica, experimentan un grado de tensión emocional. Esta tensión es mayor cuando la situación es atípica o ambigua, o cuando el paciente es percibido como exigente. Estos autores plantean que el riesgo de error clínico se reduce si el médico es capaz de ser consciente y de tolerar la tensión emocional que el 'no saber' genera⁶³.

Empatía y compasión

Una de las dimensiones que se encuentran en el corazón de los beneficios de una práctica médica sustentada en el *mindfulness* es el desarrollo de actitudes empáticas y compasivas. Pese a ser actitudes altamente valoradas por pacientes y sus familias, son deficientemente entrenadas en pregrado y casi nualmente reforzadas durante la vida profesional. Cultivar la empatía y compasión en medicina no es fácil. Son muy diversos los factores que contribuyen a que actitudes empáticas y compasivas se agoten⁶⁴⁻⁷⁰. Entre muchos otros, destacan la idea de trauma vicario⁶⁶, exposición prolongada a estrés^{64,65}, historia y características personales^{67,68} y estar en la primera línea de atención^{66,67}. El estrés crónico favorece la tendencia a conductas de autoprotección, paralización o ataque⁷¹. Conductas que, a su vez, son capaces de interferir negativamente en la habilidad para interactuar con empatía y compasión.

El *mindfulness* se ha asociado a un aumento de actitudes empáticas y compasivas. Médicos que puntúan alto para actitudes basadas en *mindfulness* evidencian mayor comprensión acerca de la experiencia de enfermar, mayor comprensión del contexto, menor reactividad emocional, menor tendencia a juzgar y una más robusta alianza terapéutica con el paciente^{10,72-74}.

Así, el *mindfulness* contribuye a reducir actitudes inconscientemente sesgadas o discriminatoras que pueden llegar a afectar los resultados en salud^{62(p.79),75}.

Relaciones laborales y conexión institucional

Un clima institucional desfavorable e infraestructura deficiente han sido identificados como factores de riesgo importante de estrés y *burnout* en salud⁷⁶. Asimismo, las relaciones laborales pueden ser una de las dimensiones más gratificantes o más frustrantes en el ejercicio de la medicina. El cultivo del *mindfulness* puede contribuir a desarrollar una cultura institucional con mayor sentido, aun cuando existan limitaciones de recursos e infraestructura. Uno de los efectos del *mindfulness* es la capacidad de apreciar la "humanidad compartida" inherente a la existencia humana. Esa capacidad conlleva dos dimensiones que interactúan entre sí: la de comprender que la postura propia no es la única y la de valorar el bienestar colectivo tanto como el propio. Existe evidencia que sugiere que los grupos profesionales en salud que favorecen la dimensión colectiva y colaborativa en el trabajo tienden a presentar menor cantidad de errores y a experimentar un mayor sentido institucional⁷⁷⁻⁸⁰.

En la siguiente tabla exponemos las seis dimensiones de la práctica médica recién descritas, ejemplificando las dificultades que pueden presentarse en dichas dimensiones y cómo el *mindfulness* puede contribuir a enfrentarlas (Tabla 1).

Vías para el desarrollo de resiliencia en Medicina

Se ha señalado que cuidar y cuidarse son dos caras del mismo fenómeno, que se despliegan de modo sinérgico en el camino para promover la resiliencia en medicina^{62(p.200)}. Ha sido elusivo identificar factores y vías a través de las cuales la resiliencia médica puede ser desarrollada^{3,80}. Surge, por lo tanto, el desafío de identificar las vías a través de las cuales el entrenamiento en *mindfulness*, en particular, favorece la calidad del encuentro clínico y la calidad del cuidado personal.

Sugerimos que los distintos ámbitos antes revisados, se agrupan bajo dos ejes que median en su desarrollo y permiten que ocurran.

Eje I: Efecto inespecífico y específico de las IBM

Consiste en factores comunes que son compartidos por distintas modalidades de intervención que promueven la resiliencia médica. En la dimensión inespecífica es posible identificar la necesidad de cambio personal⁸¹, la motivación

Tabla 1. Ejemplos de situaciones clínicas y cómo la práctica médica basada en *mindfulness* puede contribuir a enfrentarlas

Dimensión de la relación clínica	Dificultad o situación clínica	Beneficio de práctica clínica que incorpora <i>mindfulness</i>
Comunicación	El paciente responde a las preguntas del médico, pero éste sólo atiende a aspectos de dichas respuestas o realiza una comprensión superficial de ellas	Se logra mayor atención del proceso comunicativo Se atiende al correlato paraverbal del paciente y el propio, reconociendo dimensiones afectivas y necesidades a un nivel más profundo
Razonamiento clínico y toma de decisiones	Pistas, signos y síntomas pueden ser pasados por alto. Presión por determinar un diagnóstico y resolver una situación clínica	El <i>mindfulness</i> puede ser visto como una herramienta clínica, al promover la eficiencia de las funciones ejecutivas superiores, tales como atención dirigida, memoria de trabajo, control de impulsos y visión en perspectiva. Se tolera mejor el "no saber"
Desarrollo de empatía y compasión	Sesgo social implícito, situaciones clínicas con pacientes difíciles	Se desarrolla la capacidad de estar presente frente al sufrimiento, tanto con el propio como con el del paciente Se desarrolla la comprensión de "humanidad compartida", limitando el sesgo social
Estrés y <i>burnout</i>	Registros electrónicos, sobrecarga asistencial	Atender de forma consciente a las señales somáticas de estrés y revertirlas mediante técnicas meditativas breves
Satisfacción del paciente	No entrega de información suficiente por prisa	Prestar atención a la necesidad específica de información del paciente y poner mayor énfasis en esa área
Relaciones laborales y conexión institucional	Prevención de caídas en una unidad de hospitalizados	Todos somos humanos; todos poseemos características positivas y negativas. La prevención de caídas es un trabajo colectivo. Si me siento parte de una comunidad, participaré más activamente en las tareas comunes, como prevenir caídas

para el cambio⁸², la identificación de déficit personales⁸³ y el componente psicoeducativo de este tipo de intervenciones⁸³. El plano específico está determinado por el efecto directo de las prácticas contemplativas sobre las funciones cognitivas y emocionales. Entre estos efectos es posible distinguir habilidades tales como incremento atencional focalizado y flotante^{84,85}, la regulación de la tendencia de control cognitivo⁸⁴, el automonitoreo⁸⁴, la tendencia a no enjuiciar, el incremento de la empatía y la compasión^{72-74,86}, y la reducción de sesgos cognitivos y sociales⁷⁵. Ambos planos interactúan, posibilitando los beneficios asociados a la práctica del *mindfulness* en la práctica médica.

4.2 Eje II: Integración conocimiento implícito y explícito de las IBM

El conocimiento explícito e implícito (también llamados procesamiento tipo 1 y tipo 2), consisten en dos grandes modos a través de los cuales

se realiza el proceso de juicio clínico y de toma de decisiones en Medicina^{32,88}. El conocimiento implícito suele ser inconsciente y se apoya sobre la intuición, la experiencia, habilidades, valores y la valoración de los contextos. El conocimiento explícito hace referencia a todo aquel que transita a nivel consciente y que se sustenta sobre el análisis de información cuantificable, basada en la evidencia y que resulta comunicable. Tradicionalmente, el ejercicio de la medicina ha sido asociado al ejercicio del conocimiento explícito. Sin embargo, la evidencia sugiere que los procesos implícitos son ampliamente utilizados en la construcción del juicio clínico y de toma de decisiones^{31,88}. Aspectos como ambigüedades clínicas, contextos, valores del paciente, sesgos y prejuicios, emociones o intereses del médico son dimensiones que participan tanto como el raciocinio, la lógica o la evidencia en el proceso de toma de decisiones en Medicina. Una práctica médica basada en

mindfulness puede favorecer que la ambigüedad de la realidad clínica y la subjetividad inherente a la relación entre médico y paciente puedan ser más conscientes, reduciendo así el riesgo de errores, la tendencia al sesgo cognitivo y social y mejorando el proceso de toma de decisiones. El *mindfulness* puede actuar como un agente que articula e integra ambos modos de conocimiento^{32,89}.

En la Figura 1 se ilustra la articulación entre una Medicina que integra el *mindfulness*, los beneficios observados de una práctica basada en *mindfulness* y el desarrollo de la resiliencia médica. Asimismo, se describe como los beneficios observados son mediados por los dos ejes descritos: el eje de los cambios inespecífico y específico logrados a través de las IBM y por el eje de la integración del conocimiento implícito y explícito.

IBM para médicos o estudiantes de Medicina no son la única forma de promover la resiliencia médica. Se han descrito muchas otras formas⁷⁻⁹ que han demostrado eficacia para reducir el estrés, mejorar la calidad de atención y aumentar la capacidad empática. Posiblemente, también existe imprecisión al momento de dar cuenta acerca del real alcance de la atención plena, exagerando sobre la universalidad de sus beneficios⁹⁰. El *mindfulness*

aplicado a la práctica médica es un camino, entre otros, y como tal puede ser de utilidad para algunos y para otros puede no serlo.

Existen organizaciones que integran el *mindfulness*, así como existen experiencias en instituciones en salud que demuestran que existen modelos y valores institucionales que promueven la resiliencia individual y colectiva^{78,91,92}.

Conclusiones

La evidencia sugiere que un proceso clínico de excelencia debe incluir no sólo información anamnéstica, de laboratorio o de medicina basada en la evidencia, sino también todos aquellos factores que promueven una relación clínica saludable y un proceso de toma de decisiones coordinado con los valores y preferencias del paciente.

Lograr mayores niveles de resiliencia individual, grupal e institucional es un desafío que incluye a todos los miembros de la fuerza laboral en salud y a las instituciones que los cobijan. Así aumentará la calidad de la atención al mismo tiempo que se reducirán los errores médicos, el estrés y el *burnout*.

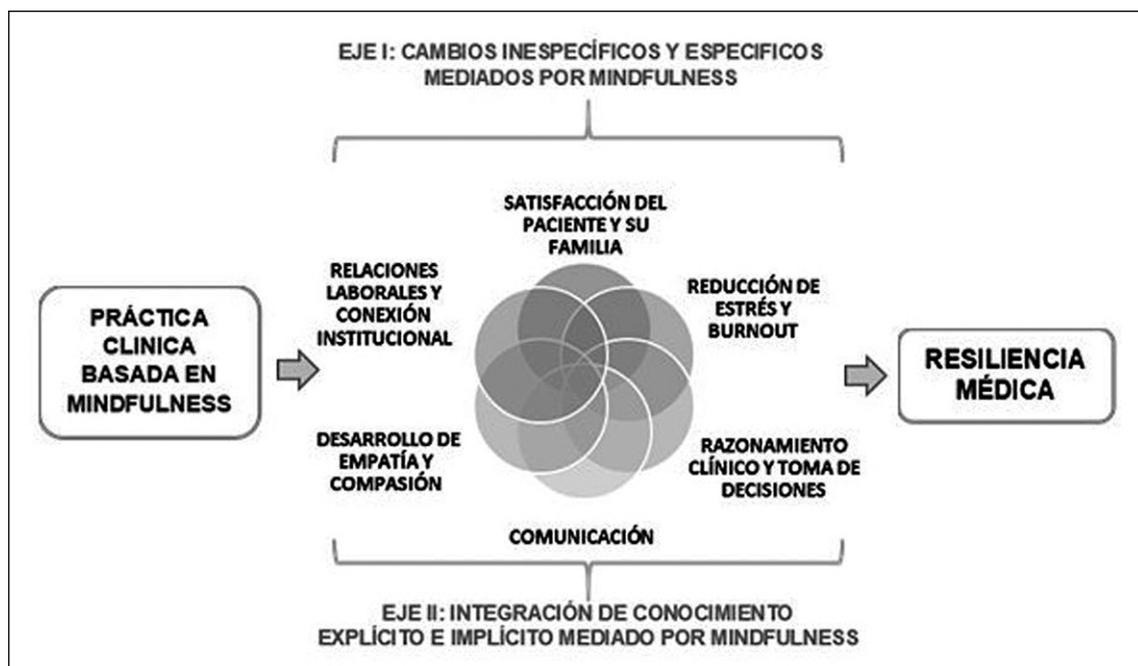


Figura 1. Modelo general de una práctica médica basada en *mindfulness*.

El entrenamiento y el cultivo de una práctica médica que incorpora el *mindfulness* emerge como una vía valiosa para promover la resiliencia en salud. Si bien ya existen experiencias internacionales (Universidades de Rochester, McGill, Monash, Georgetown, etc.) y nacionales (Universidades Adolfo Ibáñez, Austral de Chile, Católica de Chile y del Desarrollo), poder contar con programas de formación continua para profesionales de la salud y modelos de educación transversal en la educación de estudiantes de Medicina y otras carreras de la salud, surge como una un desafío y una oportunidad para lograr una práctica resiliente en salud.

Agradecimientos: Álvaro Langer contó con el apoyo de la Iniciativa Científica Milenio del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, proyecto “Núcleo Milenio para Mejorar la Salud Mental de Adolescentes y Jóvenes, Imhay”. Sebastián Medeiros y Álvaro Langer contaron con el apoyo de del Fondo de Innovación para la Competitividad (FIC) del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a través de la Iniciativa Científica Milenio, ProyectoIS130005 (MIDAP).

Referencias

- Fletcher D, Mustafa S. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *Eur Psychol* 2013; 18 (19): 12-23.
- Cheshire A, Hughes J, Lewith G, Panagioti M, Peters D, Simon C, et al. GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2017; disponible en: <https://bjgp.org> [Consultado el 11 de septiembre de 2018].
- Zwack J, Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Acad Med* 2013; 88 (3): 382-9.
- Epstein RM, Krasner M. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med* 2013; 88 (3): 301-3.
- Weng H, Hung C, Liu Y, Cheng Y, Yen C, Chang C, et al. Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Med Educ* 2011; 45: 835-42.
- Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Heal* 2017; 137 (2): 89-101.
- West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2014; 174 (4): 527-33.
- Fortney L, Luchterhand Ch, Zakletskaia L, Zgierska A, Rakel D. Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann Fam Med* 2013; 11 (5): 412-20.
- Fox S, Lydon S, Byrne D, Madden C, Connolly F, O'connor P. A systematic review of interventions to foster physician resilience. *Postgrad Med J* 2018; 94 (1109): 162-70.
- Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009; 302 (12): 1284-93.
- Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* 2015; 6: 525-32.
- Goodman MJ, Schorling JB. A mindfulness course decreases burnout and improves well-being among healthcare providers. *Intern J Psychiat Med* 2012; 43 (2): 119-28.
- Monteiro LM, Musten RF, Compson J. Traditional and contemporary mindfulness: finding the middle path in the tangle of concerns. *Mindfulness* 2015; 6 (1): 1-13.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol* 2004; 11 (3): 230-41.
- Black DS. A brief definition of mindfulness. *Behav Neurosci* 2011; 7 (2): 109.
- Germer C. What is mindfulness. *Insight Journal* 2004; 22: 24-9.
- Gotink RA, Chu P, Busschbach JJ, Benson H, Fricchio GL, Hunink MM. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloSone* 2015; 16; 10 (4): e0124344. Disponible en: www.plos.org [Consultado el 12 de septiembre de 2018].
- Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. *Contemp Buddhism* 2011; 12 (01): 281-306.
- Williams JMG, Kabat-Zinn J. Mindfulness: diverse perspectives on its meaning, origins, and multiple applications at the intersection of science and dharma. *Contemp Buddhism* 2011; 12 (1): 1-18.
- Shapiro SL, Carlson LE. The art and science of mind-

- fulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions (2nd ed.). Washington, DC, US: American Psychological Association. 2017.
21. Hedman-Lagerlöf M, Hedman-Lagerlöf E, Öst LG. The empirical support for mindfulness-based interventions for common psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018; 48 (13): 2116-29.
 22. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H. Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *J Psychosom Res* 2004; 57 (1): 35-43.
 23. Waters L, Barsky A, Ridd A, Allen K. Contemplative education: A systematic, evidence-based review of the effect of meditation interventions in schools. *Educ Psychol Rev* 2015; 27 (1): 103-34.
 24. Eby LT, Allen TD, Kate M, Conley RL, Henderson W, Mancini V. Mindfulness-based training interventions for employees: A qualitative review of the literature. *Hum Resour Manage Rev.* 2017. Disponible en: www.researchgate.net [Consultado el 14 de septiembre de 2018].
 25. De Vibe MF, Bjørndal A, Fattah S, Dyrdal GM, Halland E, Tanner-Smith E. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life and social functioning in adults: a systematic review and meta-analysis. *Campbell Systematic Review* 2012; 8 (3): 1-127.
 26. Gotink RA, Chu P, Busschbach J, Benson H, Fricchione GL, Hunink M. Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloSone* 2015; 10 (4): e0124344. Disponible en: www.plos.org [Consultado el 2 de octubre de 2018].
 27. Dobkin PL, Bernardi N, Bagnis C. Enhancing clinicians' well-being and patient-centered care through mindfulness. *J Contin Educ Health* 2016; 36 (1): 11-6.
 28. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving communication between physicians and their patients through mindfulness and compassion-based strategies: a narrative review. *J Clin Med* 2017; 6 (3): 33. Disponible en: www.mdpi.com [Consultado el 2 de octubre de 2018].
 29. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: A promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Pat Educ Couns* 2017; 100 (2): 372-6.
 30. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou G, Hugh Jones S. How effective are mindfulness based interventions for reducing stress among healthcare professionals? A systematic review and meta analysis. *Stress Health* 2017; 33 (1): 3-13.
 31. Warnecke E, Ogden K, Bentley M, Nelson M. 5-year follow-up of a randomised controlled trial of the effects of mindfulness practice on medical practitioners' stress. *Med Ed Publish* 2017; 6 (1). Disponible en www.mede-dpublish.org [Consultado el 3 de octubre de 2018].
 32. Epstein RM. Mindful practice. *JAMA* 1999; 282 (9): 833-9.
 33. Dobkin PL, Hased CS. *Mindful medical practitioners*. 1st Ed. Geneva, Switzerland: Springer; 2016.
 34. clinicaconsciente.cl [internet]. Valdivia: Instituto de Neurociencias Clínicas; c2018 [Citado el 3 de noviembre de 2018]. Disponible en <https://www.clinicaconsciente.cl/>.
 35. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol* 2006; 62 (3): 373-86.
 36. Sauer S, Lynch S, Walach H, Kohls N. Dialectics of mindfulness: implications for western medicine. *Philos Ethics Humanit Med* 2011; 6 (1): 10. Disponible en: www.biomedcentral.com [Consultado el 5 de octubre de 2018].
 37. Young KS, van der Velden AM, Craske MG, Pallesen KJ, Fjorback L, Roepstorff A, Parsons CE. The impact of mindfulness-based interventions on brain activity: A systematic review of functional magnetic resonance imaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 8: 824-33.
 38. Singer T, Engert V. It Matters What You Practice: Differential Training Effects on Subjective Experience, Behavior, Brain and Body in the ReSource Project. *Curr Opin Psychol* 2018. Disponible en: www.sciencedirect.com [Consultado el 2 de noviembre de 2018].
 39. Guendelman S, Medeiros S, Rampes H. Mindfulness and emotion regulation: Insights from neurobiological, psychological, and clinical studies. *Front Psychol* 2017; 8: 220. Disponible en: www.frontiersin.org [Consultado el 5 de noviembre de 2018].
 40. Superintendencia de Salud. Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud, reforma y posicionamiento de la superintendencia de salud (Jefa de Proyecto: Paulina Valenzuela A. Contraparte Técnica: Marcela Pezoa G). Marzo de 2015. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-12430.html> [Consultado el 6 de noviembre de 2018].
 41. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 2001; 52 (4): 609-20.
 42. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner J* 2010; 10 (1): 38-43.
 43. Williams SJ, Calnan M. Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family practice* 1991; 8 (3): 237-42.
 44. Krogh E, Langer AI, Schmidt C. Therapeutic Presence

- and its contribution to the doctor-patient encounter. *J Contin Educ Health Prof* 2019; 39 (1): 49-53.
45. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care* 1980; 376-87.
 46. Kee JW, Khoo HS, Lim I, Koh MY. Communication Skills in Patient-Doctor Interactions: Learning from Patient Complaints. *Health Prof Educ* 2018; 4 (2): 97-106.
 47. Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009; 47 (8): 826-34.
 48. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stange KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health affairs* 2010; 29 (8): 1489-95.
 49. Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, Cabral JV, Medeiros L, Gurgel K, et al. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PloSone* 2018; 13 (11): e0206840. Disponible en www.plos.org [Consultado el 6 de noviembre de 2018].
 50. Shanafelt TD, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin Proc* 2015; 90 (12): 1600-13.
 51. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Int Med* 2018; 283 (6): 516-29.
 52. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Trojanowski L. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *Br Med J* 2017; 7 (6): e015141. Disponible en: www.bmj.com [Consultado el 9 de noviembre de 2018].
 53. Lee RT, Seo B, Hladkyj S, Lovell BL, Schwartzmann L. Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum Res Health* 2013; 11 (1): 48. Disponible en: www.biomedcentral.com [Consultado el 9 de noviembre de 2018].
 54. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388 (10057): 2272-81.
 55. Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Int Med* 2017; 177 (2): 195-205.
 56. Daya Z, Hearn JH. Mindfulness interventions in medical education: A systematic review of their impact on medical student stress, depression, fatigue and burnout. *Med Teach* 2018; 40 (2): 146-53.
 57. Luken M, Sammons A. Systematic review of mindfulness practice for reducing job burnout. *Am J Occup Ther* 2016; 70 (2): 1-7.
 58. Medeiros S, Pulido R. Programa de Reducción de Estrés basado en *Mindfulness* para funcionarios de la salud: experiencia piloto en un hospital público de Santiago de Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2011; 49 (3): 251-7.
 59. Brito G. Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (*mindfulness*): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas* 2011; 10 (1): 221-42.
 60. West CP, Dyrbye LN, Rabatin JT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al. Intervention to promote physician well-being, job satisfaction, and professionalism: a randomized clinical trial. *JAMA Int Med* 2014; 174 (4): 527-33.
 61. Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf* 2013; 22: 58-64.
 62. Epstein R. *Attending: medicine, mindfulness, and humanity*. New York, NY. 1th. Ed.: Simon and Schuster; 2017.
 63. Borrell-Carrió F, Epstein RM. Preventing errors in clinical practice: a call for self-awareness. *Ann Fam Med* 2004; 2 (4): 310-6.
 64. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: A review of current literature. *J Nurs Scholarsh* 2016; 48 (5): 456-65.
 65. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud* 2017; 69: 9-24.
 66. Newell JM, MacNeil GA. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Pract Ment Health* 2010; 6 (2): 57-68.
 67. Gleichgerricht E, Decety J. The relationship between different facets of empathy, pain perception and compassion fatigue among physicians. *Front Behav Neurosci* (2014): 243. Disponible en: www.frontiersin.org [Consultado el 12 de noviembre de 2018].
 68. Injeyan MC, Shuman C, Shugar A, Chitayat D, Atenafu EG, Kaiser A. Personality traits associated with genetic counselor compassion fatigue: The roles of dispositional optimism and locus of control. *J Gen Couns* 2011; 20 (5): 526-40.
 69. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive

- care units: a systematic review. *PloSone*. 2015; 31; 10 (8): e0136955. Disponible en www.plos.org [Consultado el 12 de noviembre de 2018].
70. Dugani S, Afari H, Hirschhorn LR, Ratcliffe H, Veillard J, Martin G, Lagomarsino G, Basu L, Bitton A. Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: A systematic review. *Gates Open Res* 2018; 11; 2. Disponible en: www.gatesopenresearch.com [Consultado el 12 de noviembre de 2018].
 71. Lupien SJ, McEwen BS, Gunnar MR, Heim C. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nat Rev Neurosci* 2009; 10 (6): 434-45.
 72. Beckman HB, Wendland M, Mooney C, Krasner MS, Quill TE, Suchman AL, et al. The impact of a program in mindful communication on primary care physicians. *Acad Med* 2012; 1; 87 (6): 815-9.
 73. Beach MC, Roter D, Korthuis PT, Epstein RM, Sharp V, Ratanawongsa N, et al. A multicenter study of physician mindfulness and health care quality. *Ann Fam Med* 2013; 11 (5): 421-8.
 74. Dobkin PL, Bernardi NF, Bagnis CI. Enhancing clinicians' well-being and patient-centered care through mindfulness. *J Cont Educ Health Prof* 2016; 36 (1): 11-6.
 75. Hall WJ, Chapman MV, Lee KM, Merino YM, Thomas TW, Payne BK, et al. Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: a systematic review. *Am J Pub Health* 2015; 105 (12): 60-76.
 76. Montgomery A, Todorova I, Baban A, Panagopoulou E. Improving quality and safety in the hospital: The link between organizational culture, burnout, and quality of care. *Br J Health Psychol* 2013; 18 (3): 656-62.
 77. Singh NN, Singh SD, Sabaawi M, Myers RE, Wahler RG. Enhancing treatment team process through mindfulness-based mentoring in an inpatient psychiatric hospital. *Behav Mod* 2006; 30 (4): 423-41.
 78. Good DJ, Lyddy CJ, Glomb TM, Bono JE, Brown KW, Duffy MK, et al. Contemplating mindfulness at work: An integrative review. *J Manag* 2016; 42 (1): 114-42.
 79. Vogus TJ, Sutcliffe KM. The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. *Med Care* 2007; 1: 997-1002.
 80. Suchman AL, Sluyter DJ, Williamson PR, editors. *Leading change in healthcare: transforming organizations using complexity, positive psychology and relationship-centered care*. London. Radcliffe Publishing; 2011.
 81. Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *Am Psychol* 2005; 60 (5): 410-25.
 82. Lyubomirsky S, Dickerhoof R, Boehm JK, Sheldon KM. Becoming happier takes both a will and a proper way: An experimental longitudinal intervention to boost well-being. *Emotion* 2011; 11 (2): 391-402.
 83. Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *ImplementSci*. 2011; 6 (1): 42. Disponible en: www.biomedcentral.com [Consultado el 20 de noviembre de 2018].
 84. Lutz A, Slagter HA, Dunne JD, Davidson RJ. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends Cogn Sci* 2008; 12 (4): 163-9.
 85. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 84 (4): 822-844.
 86. Raab K. Mindfulness, self-compassion, and empathy among health care professionals: a review of the literature. *J Health Care Chaplain* 2014; 20 (3): 95-108.
 87. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 2001; 358 (9279): 397-400.
 88. Goldman GM. The tacit dimension of clinical judgment. *Yale J Biol Med* 1990; 63 (1): 47-61.
 89. Epstein RM. Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine, and relationship-centered care. *Fam Syst Health* 2003; 21 (1): 1-9.
 90. Van Dam NT, van Vugt MK, Vago DR, Schmalzl L, Saron CD, Olenzki A, et al. Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspect Psychol Sci* 2018; 13 (1): 36-61.
 91. Carthey J, de Leval M, Reason J. Institutional resilience in healthcare systems. *BMJ Qual Saf* 2001; 10 (1): 29-32.
 92. Vogus TJ, Sutcliffe KM. Organizational mindfulness and mindful organizing: A reconciliation and path forward. *Acad Manag Learn Edu* 2012; 11 (4): 722-35.