

# Evidencia sobre estrategias de mindfulness en profesionales de la salud: *scoping review*

## Evidence on mindfulness strategies in health professionals: Scoping review

Alix Sánchez Zambrano<sup>1</sup>, Diana Marcela Díaz Quijano<sup>2</sup>, Erwin Hernando Hernández Rincón<sup>3</sup>

### RESUMEN

**Objetivo:** Explorar la evidencia existente sobre las estrategias de mindfulness y sus beneficios en personal de salud. **Metodología:** Scoping review. **Resultados:** Se evidenció aumento de las publicaciones sobre mindfulness los últimos 5 años, la mayoría de los estudios eran de intervención. Se aplican diferentes programas de mindfulness, formales e informales y los participantes en los estudios en su mayoría eran médicos y enfermeras. Solo unos pocos estudios reportaban sobre la formación del facilitador. **Conclusiones:** Se requiere investigaciones que valoren intervenciones estandarizadas y proporcionen mejor evidencia sobre los posibles beneficios del mindfulness en personal de salud.

**Palabras clave:** Mindfulness, personal de salud, intervenciones basadas en mindfulness.

### SUMMARY

**Objective:** To explore the existing evidence on mindfulness strategies and their benefits in health personnel. **Methodology:** Scoping review. **Results:** there was evidence of an increase in publications on mindfulness in the last 5 years, most of the studies were intervention studies. Different mindfulness programs, formal and informal, are applied and the participants in the studies were mostly doctors and nurses. Only a few studies reported on facilitator training. **Conclusions:** Research is required to assess standardized interventions and provide better evidence on the possible benefits of mindfulness in health personnel.

**Keywords:** Mindfulness, health personnel, mindfulness-based interventions.

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.3.12>

ORCID: 0000-0003-4203-0817<sup>1</sup>  
ORCID: 0000-0001-8804-0274<sup>2</sup>  
ORCID: 0000-0002-7189-5863<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médica, Magíster en Salud Pública, Universidad de La Sabana (Colombia).

<sup>2</sup>Médica, Especialista en epidemiología, Magíster en Epidemiología Clínica, Doctora en Salud Pública. Profesora Asistente,

Recibido: 17 de abril 2021  
Aceptado: 21 de junio 2021

Departamento de Epidemiología, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia).

<sup>3</sup>Médico, Magíster en Investigación en Atención Primaria, Máster en Gobierno y Dirección Sanitaria, Doctor en Investigación Clínica. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia).

Autor correspondencia: Diana Marcela Díaz Quijano, Profesora de la Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Km 7 Autopista Norte de Bogotá, Campus Universitario, Chía, Colombia. PBX: (57-1) 8615555.  
E-mail: [diana.diaz1@unisabana.edu.co](mailto:diana.diaz1@unisabana.edu.co)

## INTRODUCCIÓN

Los recursos humanos son la base de los sistemas de salud, por medio de su acción se materializa el derecho a la salud, de la misma manera son fundamentales para lograr transformaciones sociales que impacten en el acceso y en los resultados en salud de las poblaciones (1).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) hacen un llamado a promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en salud, con el fin de tener una fuerza laboral bien distribuida, saludable, capacitada y motivada, y así lograr entregar una atención de calidad para suplir con las expectativas socioculturales de las poblaciones (2,3). Con respecto a los objetivos en salud y sus metas solo se alcanzarán mediante la inversión estratégica en el personal de salud mundial por ello, se debe optimizar el impacto en la fuerza laboral en salud mediante políticas públicas basadas en la evidencia que contribuyan con el bienestar del personal sanitario (3).

Por otro parte, el personal de salud está siendo afectado por el estrés inherente de su trabajo, el 60 % hacen turnos laborales diarios entre 9 y 12 horas en promedio, donde se enfrentan a situaciones como tomar decisiones que implican salvar vidas o ineludiblemente enfrentarse a la muerte. Además, hay investigaciones que revelan que el personal asistencial en salud tiene una prevalencia entre 33,9 % al 65 % de estrés laboral asociado a síntomas emocionales y/o fisiológicos, dados por múltiples factores como por ejemplo la sobrecarga laboral, las condiciones laborales y exposición permanente a enfermedades contagiosas. Se considera que el estrés laboral es el responsable del 50 % al 60 % del ausentismo laboral, lo cual conlleva a baja productividad, alta rotación del personal, presencia de enfermedades, accidentes laborales, entre otros (4).

Los riesgos psicosociales son uno de los principales problemas que asechan la salud del personal de salud, entre ellos se puede evidenciar la depresión, el síndrome de burnout, el estrés y el abuso de sustancias psicoactivas. En Argentina el síndrome de burnout en médicos y enfermeras llega al 59 % y 55 % respectivamente (5). Del

20 % al 33 % de los profesionales asistenciales médicos, presentan niveles de estrés laboral altos, dando como consecuencia pérdida de interés por el trabajo, baja motivación por las tareas, ansiedad, cansancio emocional, fatiga, insomnio, úlceras, despersonalización, entre otros (4). Con respecto a los costos en problemas de salud mental en la población general se estiman es cerca del 3 % – 4 % del producto interno bruto en países desarrollados, además hay otros gastos relacionados con la productividad, los costos médicos, farmacéuticos y por discapacidad (6).

Los informes de la comisión europea sobre el estrés aconsejan intervenir sobre todos los factores de estrés laboral (7). Asimismo, la OMS en 1986 en la carta de Ottawa nos da una mirada más hacia la promoción de la salud donde la gente puede aumentar el control sobre su salud, desde una mirada empoderadora, integradora y participativa, entre las estrategias que mencionan se encuentra el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación a los servicios de salud hacia la promoción de esta (8). Al mismo tiempo, la OMS hace un llamado al fomento de las prácticas tradicionales basadas en la evidencia para la promoción y prevención en materia de salud mental (por ejemplo, el yoga y la meditación) (9), además, en estos momentos de crisis que se están viviendo a nivel mundial se hace más notoria la necesidad de avanzar en estas prácticas con el fin de mantener tanto el personal de salud como la población general gozando de altos niveles de salud mental, ya que la salud no es el objetivo máximo si no la fuente de riqueza de la vida cotidiana (8).

Por otro lado, el mindfulness se define como “Prestar atención de un modo particular: a propósito, en el momento presente sin establecer juicios de valor” (10). Se ha evidenciado que el desarrollo sistemático de habilidades en mindfulness, por medio del entrenamiento progresivo, es eficaz para el manejo de diversas condiciones médicas y psicológicas, como: la sintomatología ansiosa, depresiva, somática, para la reducción de la fatiga por compasión, el burnout, también mejora el funcionamiento inmunológico, fenómenos de neuroplasticidad lo cual se ha demostrado que mejora la calidad de vida y el bienestar del personal de salud (11,12).

Uno de los programas abanderados en

mindfulness en contextos médicos y científicos es el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR, según sus siglas en inglés) diseñado por el Doctor Jon Kabat-Zinn en el centro médico de la universidad de Massachusetts, su objetivo principal es el manejo de desórdenes relacionados con el estrés y patologías crónicas, basado en el aprendizaje de estrategias de autocuidado y autorregulación para enfrentar los estresores diarios (13).

Jon Kabat-Zinn describe que la actitud y el compromiso son aspectos fundamentales para

la práctica del mindfulness, existiendo factores relacionados con la actitud, los cuales constituyen el principal soporte para la práctica, además, la práctica de mindfulness se puede clasificar en dos categorías, las practicas formales y las informales; el entrenamiento formal ofrece la oportunidad de una experiencia a nivel más profundo y la práctica informal se refiere a la aplicación de las habilidades en las diferentes acciones o experiencias de la vida diaria (10) (Cuadro 1).

Cuadro 1  
Categorías de mindfulness

Factores relacionados con la Actitud	Categorías de Mindfulness	
	No Formal	Formal
<ul style="list-style-type: none"> <li>• No juzgar</li> <li>• Paciencia</li> <li>• Mente de principiante</li> <li>• Confianza</li> <li>• No esforzarse</li> <li>• Aceptación</li> <li>• Ceder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavar platos</li> <li>• Comer</li> <li>• Caminar</li> <li>• Escuchar música</li> <li>• Entre otras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditación sentados</li> <li>• Escaneo corporal</li> <li>• Movimiento consciente</li> <li>• Meditación caminando</li> </ul>

Adaptada de (10) (13)

Existe evidencia que soporta que la práctica de mindfulness produce efectos en la regulación de la atención, conciencia corporal, regulación emocional y cambio en la perspectiva del yo, lo cual se asocia con cambios neuroplásticos evidenciados por medio de estudios funcionales y estructurales de neuroimagen que muestran dichos cambios en el córtex cingulado anterior, la ínsula, la unión temporo-parietal, la red límbica frontal y las redes neuronales por defecto (14).

### METODOLOGÍA

Se realizó un *Scoping Review* con el fin de describir la evidencia existente sobre mindfulness en los profesionales de la salud. Se utilizó la metodología de Joanna Briggs Institute (15). La revisión buscó responder la siguiente

pregunta ¿Cuál es la evidencia existente sobre el mindfulness en profesionales de la salud?

La búsqueda de información se realizó en 4 bases de datos: Pubmed, Google académico, IBECs y Lilacs.

Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: Artículos de revistas, publicaciones en español o en inglés, encontradas entre los años 2010 a 2020, que tuvieran disponible texto completo, igualmente, que correspondieran a la definición de mindfulness dada previamente y que se evidenciara los beneficios del mindfulness en profesionales de la salud. La ecuación de búsqueda en Pubmed fue: ((((((“mindfulness”[All Fields]) OR (“mindfulness based cognitive therapy”[All Fields]) OR (“mindfulness based stress reduction”[All Fields])) AND (“health personnel”[All Fields])) OR (“healthcare profession”[All Fields])) OR (“healthcare

*staff* [All Fields]) OR (“mindfulness based intervention” [All Fields]) donde se identificaron 1424 registros; en Google académico : **allintitle: mindfulness AND healthcare professionals**, se encontraron 18 registros, con respecto a la ecuación de búsqueda para IBECS y Lilacs se realizó por medio de la Biblioteca Virtual de la Salud la ecuación de búsqueda fue: **mindfulness AND health personnel AND ( fulltext:(“1”) AND db:(“IBECS” OR “LILACS”) AND la:(“es” OR “en”) AND (year\_cluster:[2010 TO 2020])** encontrando 9 registros en IBECS y 5 en Lilacs.

Se identificaron un total de 1 456 registros en las cuatro bases de datos. Para la selección de los 1 424 documentos encontrados en Pubmed se utilizó la herramienta Rayyan ®, donde inicialmente se eliminaron 7 porque se encontraban duplicados; luego se seleccionaron por título y resumen 111 documentos, de estos 11 no se encontraban disponibles, de los restantes documentos se realizó lectura completa, de ellos 24 fueron excluidos porque no contaban con los criterios de inclusión, por último, se seleccionaron un total de 76 documentos que cumplieran con los criterios de inclusión. Finalmente, de la base de datos Pubmed se descartaron un total de 1 348 por no contar con los criterios de inclusión, por no estar disponibles y por estar duplicados.

Con respecto a la búsqueda de los registros en Google académico, IBECS y Lilacs esta se realizó manualmente encontrando un total de 32 registros. En Google académico había 18 registros, de ellos 7 estaban duplicados, 6 se excluyeron y 5 se seleccionaron. En IBECS hubo 9 registros, 3 duplicados, 2 se excluyeron y 4 se seleccionaron. Por último, en Lilacs se encontraron 5 registros, se seleccionaron 4 y se excluyó 1 (Figura 1).

La información de los documentos se tabuló y clasificó manualmente en una tabla de Excel según las siguientes categorías: nombre, autor, año de publicación, lugar, tipo de estudio, objetivo del estudio, programa o estrategia de mindfulness, tipo de práctica de mindfulness, estrategia adicional a mindfulness, presencialidad, tipo de participante, formación del facilitador, tiempo de intervención, tamaño de la muestra, medición del desenlace, desenlace y observaciones.

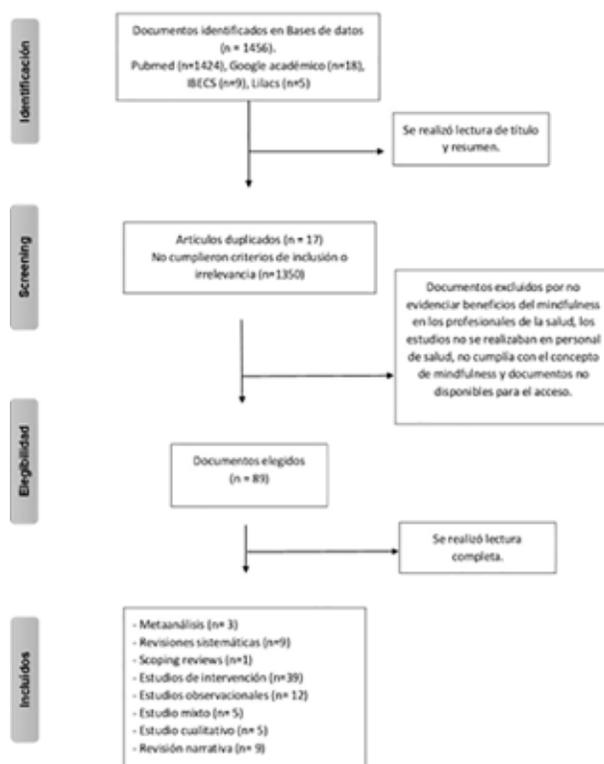


Figura 1. Proceso metodológico de búsqueda y selección de artículos.

## RESULTADOS

Se encontraron 1 456 registros dentro de las 4 bases de datos, 17 duplicados, 1 350 se excluyeron porque no se evidenciaban los beneficios del mindfulness en el personal de salud o los estudios no se habían realizado en profesionales de la salud o no cumplían con la definición de mindfulness y/o los documentos no se encontraron disponibles, finalmente se seleccionaron 89 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión para el estudio.

Llama la atención que de estos 89 estudios seleccionados el 82 % están publicados entre los años 2015 al 2020, lo cual indica que las publicaciones sobre el tema están aumentando exponencialmente. Se encontró el 40 % de los estudios en Estados Unidos, el 15 % en España, el 13 % en Inglaterra, el 32 % restante en países como Australia, Canadá, Noruega, Singapur, Portugal, Italia, Líbano, Malasia, Colombia, Chile entre otros.

Según el tipo de estudio se encontró una gran variedad, los de mayor cantidad fueron los estudios de intervención, se encontraron ensayos

clínicos, estudios de antes y después y protocolos (Figura 2).

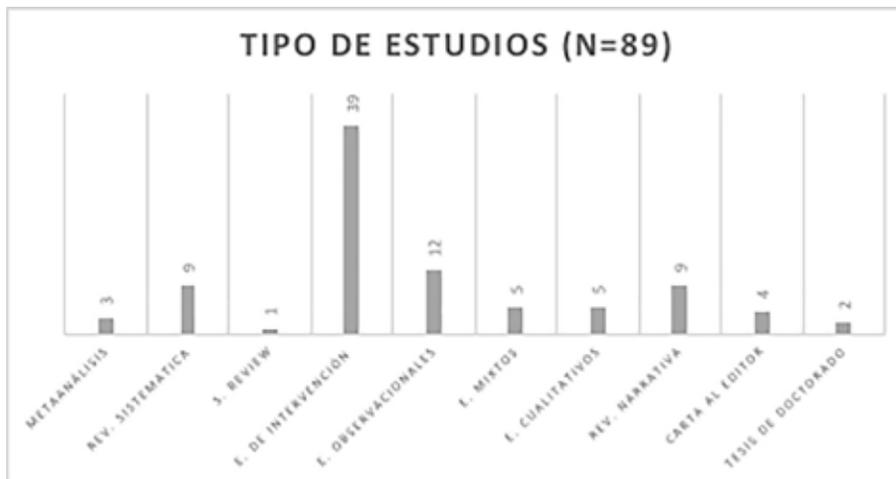


Figura 2. Tipo de estudios incluidos en la revisión.

En los estudios se evidenció una amplia variedad de profesionales de la salud tanto en el ámbito asistencial como administrativo. Conviene mencionar que los médicos y las enfermeras fueron los profesionales de la salud que participaron con mayor frecuencia.

Hubo diferentes programas de mindfulness, dentro de ellos los utilizados con mayor frecuencia fueron MBSR, el MBSR modificado y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT, según sus siglas en inglés). Se encontró un número menor de otros programas basados en mindfulness como IARA basado en mindfulness, mindfulness in motion (MIM), mindfulness based relationship enhancement (MBRE), mindfulness-based eating awareness treatment (EAT), mindfulness based medical practice (MBMP), mindful communication, entre otros.

Se evidenciaron tanto prácticas formales como informales. En cuanto a la práctica formal se evidenciaron las siguientes: escaneo corporal, movimiento consciente, meditación (sedente, caminando, con foco atencional, de escucha atenta y de la compasión) respiración consciente, estiramiento consciente y mindful eating.

Solo unos pocos estudios reportaban sobre la formación del facilitador, mencionaban que el facilitador tenía experiencia en MBSR y/o era instructor de MBSR, instructor de MBCT, de mindfulness, yoga, terapeuta acreditado con maestría en arteterapia. Algunos facilitadores pertenecían al área de la salud como psicólogos o médicos.

Algunas de las estrategias adicionales a mindfulness que se desarrollaron fueron la Terapia dialéctica conductual, capacitaciones administrativas, terapia de aceptación y compromiso, alimentación saludable, yoga, árbol de la vida, comité de conciliación de la vida personal y laboral, nutrición, ejercicio, palabras positivas, terapia cognitiva conductual, sesión de ballint, ejercicios de autoconocimiento, narrativas escritas, indagación apreciativa, discusiones sobre fuentes comunes de significado y estrés en la práctica clínica, habilidades cuerpo – mente, visualizaciones, ejercicios de autocuidado, entrenamiento en cultivo de la compasión, arte terapia, entre otros.

Los estudios mostraron que la práctica de mindfulness ayuda a aumentar la atención plena,

la resiliencia, la autocompasión, la empatía y el bienestar, asimismo, ayuda a reducir el estrés, burnout y el agotamiento y/o fatiga por compasión. También, se encontró que el mindfulness tiene efectos indirectos en la regulación emocional y parece mejorar el desempeño laboral de los profesionales de la salud. Además, se evidenció correlación entre el mindfulness y los logros personales, también con la disminución del agotamiento y la percepción de estrés.

Por último, hubo una amplia variedad en las escalas, algunas median mindfulness, estrés, burnout, depresión, ansiedad, compasión, resiliencia, bienestar, empatía, calidad de vida, salud, entre otras.

## DISCUSIÓN

El *scoping review* muestra como el número de publicaciones sobre mindfulness ha aumentado constantemente desde el año 2000, asimismo, se aprecia aumento significativo en estudios sobre mindfulness en profesionales de la salud en los últimos 5 años.

La literatura muestra que una práctica de mindfulness reflexiva y consciente puede minimizar algunos factores individuales que conducen a errores en la medicación (16), asimismo, ayuda a prevenir la angustia psicológica, traumatismo secundario al estrés, la despersonalización, y a su vez, el personal de salud puede tener una comunicación más centrada en el paciente, dando como resultado mayor satisfacción del paciente, mayor compromiso laboral, también, ayuda a mejorar el sentido de realización personal y el enfoque de liderazgo (17,18).

Además, hay evidencia que soporta que existe una relación entre el cultivo del mindfulness y la autocompasión, el compromiso laboral y la empatía (19). Por otro lado, al disminuir los niveles de estrés, ansiedad, depresión y agotamiento el profesional de salud va a tener mayor sensación de calma, ecuanimidad, empatía, autocompasión (20).

Con respecto al estrés, hay una correlación negativa con la atención plena y la autocompasión (19). Por medio del mindfulness

se puede ayudar al personal de salud a reducir el estrés y a su vez tener impacto en los pacientes, mejorando las relaciones y la actitud entre usuarios y proveedores, contribuir a la satisfacción del paciente, la calidad en la atención y reducción de costos en servicios de salud, dado que cada día hay más evidencia del vínculo entre el bienestar del personal de salud y la calidad en la atención (21). Por ende, intervenciones que promuevan hábitos saludables en el lugar de trabajo ayudan a contribuir en la salud y el bienestar de los trabajadores y promover comportamientos saludables en la atención médica (22).

Los niveles de mindfulness y autocompasión están directamente relacionados, la autocompasión fue mejor en las personas que tenían una práctica meditativa. Igualmente, a más autocompasión menos estrés percibido y mayor atención plena y logro personal. A su vez, la atención plena y la autocompasión se asocian con el incremento del bienestar, afecto positivo, optimismo y felicidad en los profesionales de la salud, lo cual ayuda a ver los problemas desde una perspectiva más amplia (23).

Se considera que el personal de salud puede ser una herramienta viable para promover el autocuidado y el bienestar (24). Se encontró que los entrenamientos en mindfulness en profesionales de salud ayudan a mejorar habilidades profesionales, reducción de eventos de seguridad del paciente, a tener una consulta más enfocada en el paciente (25). Además, existe una relación entre el número de horas de formación y la frecuencia en la práctica de mindfulness, este aumento en la frecuencia se relaciona con menos estrés, menos agotamiento, mayor atención plena (26), de la misma manera, el número de sesiones asistida está relacionado con mayor compasión y bienestar (27).

El MBSR creado en 1979 por el doctor Jon Kabat-Zinn en la Universidad de Massachusetts, es el estándar en las MBI. Este programa tiene un proceso de certificación riguroso y supervisado para obtener el certificado como instructor (28). Se ha estipulado que el instructor de MBSR debe tener un alto nivel de experiencia, compromiso y práctica, asimismo, haber aprobado los criterios de evaluación, este entrenamiento hace principal

énfasis en la práctica personal, la reflexión y el autoconocimiento (29).

Asimismo, sobre la formación del instructor de mindfulness, cabe resaltar que en los artículos seleccionados solo algunos la mencionan y lo hacen de forma superficial sin profundizar en temas como, por ejemplo, donde realizó la certificación, en que programa está certificado, la acreditación del programa, tiempo de práctica personal y profesional, entre otras. Se considera que estos datos son importantes al momento de dirigir un programa o curso de mindfulness y analizar los resultados esperados en los participantes para poder asegurar que se recibió una formación de calidad. Por esta razón, ya está estipulado los estándares de enseñanza que deben tener los instructores con el fin de enseñar de una manera ética y profesional, dado que esta contiene fundamentos teóricos, habilidades didácticas, práctica personal y además debe mantener una formación continua. Por dichas razones, se considera que los instructores deben formarse en instituciones acreditadas tanto para ser instructores de MBSR como de MBCT que son los dos programas que han sido más investigados en lo que concierne a las MBI (30).

En relación con los cursos estándar de MBSR, estos constan de 8 semanas, 1 sesión semanal de 2.5 horas, más un retiro entre la semana 7 y 8 el cual hace referencia a un día intensivo de 8 horas de práctica; este programa tiene estandarizada las sesiones, ya que todas deben tener fundamentos y bases teóricas del MBSR como práctica, de esta forma, aconsejan que los participantes deben tener una práctica individual diaria entre 45 a 60 minutos, por 6 días a la semana, de práctica informal. La práctica formal tiene 3 prácticas principalmente: meditación sentada o caminando, escaneo corporal y movimiento consciente (13,31). No obstante, en los estudios revisados no todos mencionaban dichas estandarizaciones como el tiempo de duración del programa, la certificación y práctica de los instructores, el contenido teórico y práctico, lo cual dificulta al investigador en el momento de analizar, describir los resultados y hacer comparaciones entre algunos programas, incluso dentro de un mismo programa, ya que se evidenció muchas variaciones con respecto a la práctica formal, informal, el tiempo práctica individual y el tipo de práctica de mindfulness

realizada.

Igualmente, este *scoping review* evidenció que hubo variedad de programas de mindfulness, algunos de ellos certificados como el MBSR y el MBCT, otros programas fueron modificados de un programa base como los mencionados anteriormente. Por lo anterior, esta heterogeneidad encontrada entre los programas y la no estandarización de los mismo dificulta a la hora de analizar, describir y estandarizar los resultados.

Finalmente, se resalta que hay estudios que evidencian que el entrenamiento en el personal de salud es factible y eficaz (32), pero algunos autores sugieren que deberían adaptarse a los requerimientos y/o necesidades de los participantes (33). Por último, con respecto a las investigaciones se recomienda realizar estudios con mejor calidad, con diseños más sólidos, que tengan muestras de mayor tamaño y representativas e intervenciones estandarizadas (34).

## CONCLUSIONES

Este *scoping review* muestra el estado de la literatura publicada entre los años 2010 a 2020 sobre los beneficios del mindfulness en los profesionales de salud. Desde hace 5 años se aprecia un aumento significativo en el número de publicaciones sobre este tema; sin embargo, aún se requiere de investigaciones que proporcionen mejor evidencia científica sobre el tema, que valoren intervenciones estandarizadas, que describan con detalle el tipo de estrategia y que cuenten con mejores tamaños muestrales. Esto permitiría en un futuro implementar intervenciones de mindfulness en los profesionales de salud basadas en mejor evidencia que les permitan obtener competencias suficientes para enfrentar adecuadamente este mundo de multitasking, sumado a la complejidad inherente de sus labores.

De la misma manera, se recomienda realizar más estudios con programas e instructores certificados, que comparen distintos tipos de programa, el tiempo de la intervención, la práctica individual de los participantes tanto formal como informal, el porcentaje de asistencia a las sesiones, dado que son variables que pueden afectar los

resultados.

Un gran porcentaje de la literatura revisada se encuentra publicada principalmente en EE.UU, España y Reino Unido, dejando sólo un pequeño porcentaje en Latinoamérica (Brasil, Chile y Colombia), mostrando que puede ser una oportunidad para fomentar la investigación sobre estos temas y con este enfoque fortalecer el sistema de salud y la salud pública del continente.

Por último, se considera que el mindfulness podría ser una estrategia de bajo costo que puede ser desarrollada tanto en el personal de salud como en la población general con el fin de disminuir los desenlaces en términos de morbilidad en lo que se refiere a las enfermedades mentales, igualmente, podría ayudar a disminuir la magnitud, el sufrimiento y la carga en términos de discapacidad y costos para los individuos, las familias y las sociedades.

#### REFERENCIAS

1. MINSALUD. Política Nacional de Talento Humano en Salud. [Online]. 2018 [cited 2020 Junio]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>.
2. OPS. Llamado a la acción de Toronto. [Online]. 2005 [cited 2020 Junio]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/llamado-accion-toronto.pdf>.
3. OMS. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. [Online]. 2016 [cited 2021 Enero]. Available from: [https://www.who.int/hrh/resources/pub\\_globstrathrh-2030/en/](https://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/).
4. Sarsosa K, Charria V. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*. 2018; 20(1):44-52.
5. OPS/OMS. La salud de los trabajadores de la salud. [Online]. 2013 [cited 2020 Junio]; 20 (1):44-52 Available from: <https://www.paho.org/arg/images/gallery/pub69.pdf?ua=1>.
6. OMS. Invertir en Salud Mental. [Online]. 2004 [cited 2020 Mayo]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/advocacy/en/spanish\\_final.pdf](https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf).
7. Sánchez M, Gamero M, Godoy F, Igual J, Romero A. ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? *Rev Calidad Asistencial*. 2006;21(4):194-198.
8. PAHO. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. [Online]. 1986 [cited 2020 Mayo]. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>.
9. OMS. Plan de acción sobre salud mental 2013 - 2020. [Online]. 2013 [cited 2020 Junio]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1).
10. Parra M, Montañes J, Montañes M, Bartolomé R. Conociendo mindfulness. *ENSAYOS*. 2012;(27):29-49.
11. 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 Chilena Neuro-Psiquiat*. 2011;49(3): 251-257.
12. Pintado S. Programas basados en mindfulness para el tratamiento de la fatiga por compasión en personal sanitario: una revisión. *Ter Psicol*. 2018;36(2):71-80.
13. Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis. Cómo utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Barcelona: Kairós S.A; 2004.
14. Hozel B, Lazar S, Gard T, Vago D, Schuman-Olicier Z, Ott U. ¿Cómo funciona la meditación mindfulness? Propuesta de mecanismos de acción desde una perspectiva conceptual y neural. *Perspect Psychol Sci*. 2011;6(6):537-559.
15. Peter M, Godfrey C, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares C. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Internat J Evidence-Based Healthcare*. 2015;13(3):141-146.
16. Pezzolesi C, Ghaleb M, Kostrzewski A, Dhillon S. Is Mindful Reflective Practice the way forward to reduce medication errors? *Int J Pharm Pract*. 2013;21(6):413-416.
17. Hilton L, Marshall N, Motala A, Taylor S, Miake-Lye I, Baxi S, et al. Mindfulness meditation for workplace wellness: An evidence map. *Work*. 2019;63(2):205-218.
18. Mohapel P. The neurobiology of focus and distraction: The case for incorporating mindfulness into leadership. *Healthc Manage Forum*. 2018;31(3):87-91.
19. Gauthier T, Meyer R, Greife D, Gold J. An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: A pilot. *J Pediat Nurs*. 2015;30(2):402-409.
20. White L. Mindfulness in nursing: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2014;70(2):282-294.
21. Taylor C, Xyrichis A, Leamy M, Reynolds E, Maben J. Can Schwartz Center Rounds support healthcare staff with emotional challenges at work, and how do they compare with other interventions aimed at

- providing similar support? A systematic review and scoping reviews. *BMJ*. 2018;8(10):242-254.
22. Brand S, Thompson Coon J, Fleming L, Carrol L, Bethel A, Wyatt K. Whole-system approaches to improving the health and wellbeing of healthcare workers: A systematic review. *PLoS One*. 2017;12(12):1-26.
  23. Benzo R, Kirsch J, Nelson C. Compassion, Mindfulness, and the Happiness of Healthcare Workers. *Explore*. 2017;13(3):201-206.
  24. Kemper K, Mo X, Khayat R. Are mindfulness and self-compassion associated with sleep and resilience in health professionals? *J Altern Complem Med*. 2015;21(8):496-503.
  25. Moffatt-Bruce S, Nguyen M, Steinberg B, Holliday S, Klatt M. Interventions to reduce burnout and improve Resilience: Impact on a health system's outcomes. *Clin Obstet Gynecol*. 2019;62(3):432-443.
  26. Kemper K, Rao N, Gascon G, Mahan J. Online training in mind-body therapies: Different doses, long-term outcomes. *J Evidence-Based Complem Alternat Med*. 2017;22(4):696-702.
  27. Mistretta E, Davis M, Temkit M, Lorenz C, Darby B, Stonnington C. Resilience training for work-related stress among health care workers. Results of a randomized clinical trial comparing in-person and smartphone-delivered interventions. *J Occup Environ Med*. 2018;60(6):559-568.
  28. Instituto Mexicano de Mindfulness. Teacher Training en MBSR® (Mindfulness-Based Stress Reduction). [Online]. 2020 [cited 2020 Noviembre]. Available from: <https://mindfulness.org.mx/formacion-instructores-mbsr-mindfulness/>.
  29. Brown School of Public Health. MBSR Teacher Training and Development. [Online]. 2020 [cited 2020 Noviembre]. Available from: <https://www.brown.edu/public-health/mindfulness/learn-more/mbsr-teacher-training-and-development>.
  30. Brown School of Public Health. Good Practice Guidelines for Teaching MBSR. [Online]. 2020 [cited 2020 Noviembre]. Available from: <https://www.brown.edu/public-health/mindfulness/ideas/good-practice-guidelines-teaching-mbsr>.
  31. Estudios y tecnologías para la paz. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). [Online]. 2018 [cited 2020 Noviembre]. Available from: <https://www.estudiosytecnologiasparalapaz.com/mbsr-iberoamerica>.
  32. Rao N, Kemper K. Online training in specific meditation practices improves gratitude, well-being, self-compassion, and confidence in providing compassionate care among health professionals. *J Evidence-Based*. 2017;22(2):237-241.
  33. Lyddy C, Schachter Y, Reyer A, Julliard K. Transfer of mindfulness training to the work setting: A Qualitative Study in a Health Care System. *J Contin Educ Health Profess*. 2016; 36(4): 240 - 248.
  34. Kriakous S. ProQuest Dissertations Publishing. [Online]. 2015 [cited 2020 Noviembre]. Available from: <https://search.proquest.com/openview/736f5b04e64006341bd2d578f17392f6/1?pq-origsite=gscholar&cbl=51922&diss=y>.

### Declaración de autoría

**Alix Sánchez Zambrano:** elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

**Diana Marcela Díaz Quijano:** elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.

**Erwin Hernando Hernández Rincón:** elaboración del documento desde su concepción y diseño hasta la adquisición de la información, revisión del contenido intelectual y aprobación de la versión enviada a proceso editorial.