



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

**RELACIÓN ENTRE BARRERAS Y FACILITADORES EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN BASADAS EN
MINDFULNESS (IBM) CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y
ACADÉMICAS DE LOS DOCENTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
CONCEPCIÓN 2023.**

Por

Joaquín Ignacio Gundelach Muñoz

**Tesis presentada al Departamento de Educación Médica de la Facultad de Medicina de la
Universidad de Concepción para optar al grado académico de
Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud**

Profesor guía

MARJORIE BAQUEDANO RODRÍGUEZ

**Diciembre 2025
Concepción · Chile**



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

© 2025 JOAQUIN IGNACIO GUNDELACH MUÑOZ

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

**RELACIÓN ENTRE BARRERAS Y FACILITADORES EN LA
IMPLEMENTACIÓN DE PRÁCTICAS DE INTERVENCIÓN BASADAS EN
MINDFULNESS (IBM) CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y
ACADÉMICAS DE LOS DOCENTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE
CONCEPCIÓN 2023.**

Por

Joaquin Ignacio Gundelach Muñoz

Revisor externo

NOMBRE COMPLETO DEL ACADÉMICO

Nombre completo del grado académico más alto

Firma: _____

Calificación: __ , __

**Diciembre 2025
Concepción · Chile**



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

AGRADECIMIENTOS

Para Rocío, Antonia y Vicente por permitirme robarles tiempo para realizar este proyecto.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

RESUMEN

Objetivo:

Relacionar las barreras y facilitadores percibidos por los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción para implementar intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en educación médica, y analizar su relación con variables sociodemográficas y académicas.

Método:

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y analítico-relacional durante 2023, dirigido a docentes de nueve departamentos de la carrera de Medicina. Se aplicó un cuestionario adaptado del Theoretical Domains Framework (TDF), con 21 ítems Likert distribuidos en ocho dominios. Además, se recopiló variables sociodemográficas (sexo, edad, generación) y académicas (jerarquía, tipo de contrato, título, posgrado, capacitación docente y carga horaria). El análisis se efectuó mediante estadística descriptiva e inferencial (U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis), con un nivel de significancia $p < 0,05$.

Resultados:

Los principales facilitadores fueron motivación, creencias sobre los beneficios, autoeficacia, conocimientos y rol profesional (medianas 4–5). Las barreras se concentraron en falta de tiempo, recursos e infraestructura (medianas 1–2). Las mujeres valoraron más los beneficios del mindfulness, y los médicos reportaron mayor resistencia entre colegas. Educación Médica y Especialidades mostraron mayor apertura que Cirugía y Medicina



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Interna. La formación pedagógica avanzada y mayor carga académica se asociaron con mayor seguridad y motivación.

Conclusiones:

Existe una disposición favorable hacia la incorporación de IBM, destacando la motivación personal como principal facilitador. La implementación sostenible requiere apoyo institucional, recursos específicos y formación docente, contribuyendo al bienestar y al desarrollo de competencias transversales.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

TABLA DE CONTENIDO

<i>Contenidos</i>	<i>Página</i>
RESUMEN	v
TABLA DE CONTENIDO	vi
INDICE DE TABLAS	vii
I. PROBLEMATIZACIÓN	1
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	6
III. MÉTODO	7
3.1. Participantes	7
3.2. Definición de variables	8
3.3. Instrumentos de recolección de datos	8
3.4. Procedimiento	9
3.5. Análisis de datos	9
3.6. Consideraciones éticas	10
IV. RESULTADOS	33
V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	41
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46
ANEXOS	



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

ÍNDICE DE TABLAS

	<i>Página</i>
TABLA 1	10
TABLA 2	11
TABLA 3	11
TABLA 4	14
TABLA 5	21
TABLA 6	23
TABLA 7	25
TABLA 8	27
TABLA 9	29
TABLA 10	31



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

I. PROBLEMATIZACIÓN

Contexto Histórico y Definición.

“La práctica de *mindfulness* cambió mi vida y he visto cómo ha transformado la vida de muchas personas. Aunque suene cliché es la pura verdad”(1). Esta frase tan simple, pero a la vez categórica, cada vez encuentra más respaldo en educación médica; y hoy por hoy quizás toma mucho sentido. ¿Les ha pasado alguna vez ir por la calle, cruzar distraído y no ver que un auto se acerca rápidamente? ¿O haber almorzado sin poder recordar después qué fue lo que comiste? ¿O ir a jugar un fin de semana con tus hijos a la plaza, sin poder sacarse de la cabeza las obligaciones que deberás cumplir cuando vuelvas el lunes a trabajar?(2). Pues bien, aquí es donde el *mindfulness* cobra sentido.

Entonces, ¿qué es *mindfulness*?

Mindfulness se define como un estado de conciencia plena, es decir, es la capacidad de estar completamente presente en el aquí y ahora(3).

Si bien la práctica de *mindfulness* nace dentro del budismo —y es importante no desconocer sus orígenes—, no entra en conflicto con ningún sistema de creencias o ideología, religiosa o científica. «Es simplemente una forma práctica de estar más en contacto con la plenitud de nuestro ser por medio de un proceso sistemático de auto-observación, auto-indagación y de acción atenta(1). Se ha introducido en Occidente a través de un gradual intercambio cultural con grandes maestros budistas y de forma contemporánea también con maestros occidentales. No fue hasta que la ciencia comenzó a descubrir los efectos positivos de la meditación para la



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

reducción del estrés, que la práctica de *mindfulness*, realmente empezó a tener reconocimiento en el mundo occidental principalmente por los trabajos del doctor en biología molecular Jon Kabat-Zinn, fundador de la Clínica para la Reducción del Estrés y del Centro de Mindfulness de la Universidad de Massachusett. Él dice que si bien la práctica de la conciencia plena es milenaria, resulta tremendamente necesaria y relevante en la actualidad, ya que permite indagar quiénes somos realmente; cuestionando nuestras formas habituales de reaccionar e interpretar el mundo, las que a veces no son muy sanas y sólo generan sufrimiento. A través de diversas intervenciones, demostró, además, que la capacidad de estar en un momento de conciencia plena en nuestro día a día se ha asociado a una mejora en la calidad de vida(4)

Tipos de mindfulness.

Algunos de los tipos más frecuentes de intervenciones en *Mindfulness* son la reducción de estrés basada en *mindfulness* (MBSR por sus siglas en inglés) desarrollada por Jon Kabat-Zinn(5), programas de retiros breves de meditación y *mindfulness*(6), programas por internet y aplicaciones de teléfonos inteligentes(7). Todos estos se pueden englobar bajo el término de intervenciones basadas en *mindfulness* (IBM).

Usos en la población general.

Se describen múltiples usos del *mindfulness*, con evidencia favorable, dentro de los cuales destacan la mejoría en la salud física en general (8), el tratamiento del dolor crónico(9), la mejoría en el sistema inmunológico (10), en el tratamiento de la fibromialgia (11), el síndrome de intestino



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

irritable (12) y la psoriasis (13). Además, su aplicabilidad ha sido probada en la promoción de la salud mental en adolescentes (14), en terapia de pareja, donde se ha asociado a mejoras en la regulación emocional y la calidad relacional (15,16). En el ámbito de la crianza, el enfoque de «*mindful parenting*» ha mostrado efectos positivos en la reducción del estrés parental y en la calidad de la interacción padre–hijo (17). Asimismo, intervenciones basadas en mindfulness han demostrado beneficios en el manejo del trastorno por déficit atencional, incluyendo mejoras en la atención sostenida y en el control de impulsos (18). Finalmente, en población infantil y escolar, la incorporación de mindfulness ha contribuido a disminuir conductas agresivas y fortalecer competencias socioemocionales, con impacto en problemáticas como el bullying(19).

Mindfulness y Edad.

En relación con la edad, la literatura sugiere diferencias relevantes en la forma en que los individuos se aproximan al mindfulness y a las intervenciones orientadas al bienestar, aun cuando la evidencia comparativa directa entre generaciones es limitada. Diversos estudios muestran que las generaciones más jóvenes, como Millennials y Generación Z, tienden a presentar mayores niveles de estrés, ansiedad y burnout, lo que las lleva a buscar con mayor frecuencia estrategias contemporáneas de autocuidado y manejo emocional, entre ellas el mindfulness(20,21).

Esta receptividad se ha asociado también a una mayor familiaridad con herramientas digitales de salud mental y a un menor estigma hacia las intervenciones psicológicas. Por el contrario,



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

personas de mayor edad suelen presentar niveles más altos de mindfulness disposicional — entendido como una tendencia natural a la regulación emocional y a la atención plena —, aunque esto no necesariamente se traduce en una mayor participación en entrenamientos formales, cuya adopción puede ser menor en cohortes mayores(22,23)

Si bien no existen estudios que analicen directamente cómo la edad influye en la disposición a participar en intervenciones basadas en mindfulness, existen antecedentes provenientes de la literatura sobre innovación educativa y cambio organizacional que permiten plantear algunas hipótesis. Diversos trabajos describen que los profesionales con mayor trayectoria suelen adoptar una postura más cautelosa frente a metodologías nuevas y muestran una preferencia por enfoques pedagógicos consolidados a lo largo de su práctica(24–26). Por otro lado, investigaciones en psicología del desarrollo señalan que las generaciones de más edad tienden a presentar un interés inicial más limitado hacia programas psicoeducativos estructurados(27). Considerando estos elementos, resulta pertinente indagar si la edad puede desempeñar algún papel en la receptividad y percepción de utilidad de las intervenciones basadas en mindfulness dentro del ámbito de la educación médica.”

Usos en medicina.

Existe evidencia que la práctica médica es un trabajo dinámico y que se genera en un ambiente estresante, en los cuales los médicos tienen tiempo y recursos limitados disponibles para su



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

autocuidado(28), por lo que cada vez toma más fuerza en la comunidad médica que los profesionales competentes son aquellos comprometidos no solo con el bienestar de los pacientes, si no que también con su propio bienestar(29,30)

Por lo anterior, ha habido un aumento de la investigación relacionada con las IBM en el ámbito médico; por ejemplo, una revisión sistemática recientemente publicada en la revista “*Medical Education*” mostró que los médicos percibían positivamente el impacto de estas intervenciones en su práctica médica, reportando una disminución en los niveles de *burnout*, estrés y ansiedad, y un aumento positivo de la sensación de bienestar(31).

No solo podemos decir que las IBM son útiles como estrategia de autocuidado, sino que además existe evidencia de que serían útiles en la intervención para atención de pacientes y para favorecer la calidad de la atención(32).

En relación con esto, siempre se ha dicho que en la comunicación en la relación médico-paciente, y en la eficiencia y calidad de ésta, influyen un gran número de factores: como la carga asistencial, el cansancio, etc. Pues bien, la comunicación genuina requiere estar completamente presente, con uno y para con la otra persona durante el tiempo que dure el intercambio de información, siendo esto la base de toda relación médico-paciente(33).

Un segundo punto a considerar es el desarrollo de la empatía y compasión con el paciente: ser empático y compasivo son atributos altamente valorados por el paciente y sus familiares. Pese a esto, algunos clínicos no le dan importancia a este punto, ya que la medicina moderna se ha vuelto cada vez más una ciencia en que los cuidados farmacológicos y tecnológicos han tomado el centro de la actividad, siendo los aspectos humanos, como cuidado y compasión relegados a



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

un segundo plano(34). En este sentido el hecho de una práctica clínica a conciencia plena con una buena comunicación de base, sumado a una empatía y compasión por el enfermo, permitiría una mejor relación interpersonal con los pacientes, canalizar mejor las emociones que nos producen la enfermedad de nuestros pacientes, y ser mas receptivo a escuchar y responder de forma empática a las preocupaciones y emociones(35,36), mejorando así la satisfacción de los pacientes, el razonamiento clínico; y minimizando la probabilidad de cometer errores, disminuyendo así, problemas médico legales, como también mejoraría las relaciones interpersonales y favorecería el trabajo en equipo(34,37).

Aplicaciones en Educación Médica.

Un estudio realizado en 6 universidades de medicina en Estados Unidos mostró que los estudiantes ingresan a la facultad de medicina con una salud mental igual o mejor que la de la población general, pero que esta se deteriora a lo largo de la formación médica(38). Una forma de pesquisar este deterioro es desde la perspectiva del *burnout*, un síndrome caracterizado por agotamiento, desapego y reducción de sensación de logro personal(39).

Pues bien, cabe destacar que la prevalencia de *burnout* en el ambiente médico en Estados Unidos ha sido estimada en aproximadamente un 56% de los estudiantes de medicina, 60% en residentes o “fellows” y 44% en clínicos(40). Otros estudios empíricos muestran que los estudiantes de medicina tienen un mayor grado de estrés(41), fatiga(42), burnout(43), y depresión que la población general, y que un 14.3% de los estudiantes tiene criterios diagnósticos para depresión moderada a severa(44). Este escenario muestra que el deterioro del bienestar no



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

solo afecta el rendimiento académico y la calidad de la atención clínica, sino que también resalta la necesidad de incorporar estrategias de autocuidado durante la formación médica, de modo que los futuros profesionales desarrollen herramientas para afrontar las exigencias emocionales y cognitivas de la práctica clínica.

Viendo esta realidad en educación médica, es que el marco de referencia de competencias médicas desarrolladas por el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, que define las habilidades que los médicos necesitan para proveer una adecuada atención en salud (CanMEDS), han incluido el bienestar personal como una competencia clave en el profesionalismo(45) y de ahí la importancia de esta área de la educación médica que se preocupa por el bienestar del educando como un pilar fundamental para su proceso de aprendizaje. Y es aquí donde juega un rol la práctica de *mindfulness* en educación médica, razón por la cual se ha visto un aumento de la implementación de intervenciones basadas en *mindfulness* en las distintas etapas de la formación médica en el último tiempo(46,47).

A modo de ejemplo, en la formación de pregrado se han visto distintos beneficios sobre todo en salud mental y bienestar personal, que mejorarían la preparación y formación de los estudiantes de medicina(48).

En postgrado en general las intervenciones en *mindfulness* se han aplicado a los residentes como asignaturas electivas y complementarias en su especialización. Ocasionalmente han sido incluidas dentro de la malla curricular como asignatura obligatoria. Sin embargo, cabe mencionar que los efectos positivos vistos con estas intervenciones no han sido vistos de igual forma entre las distintas especialidades. Específicamente, se ha visto que los residentes expuestos a un



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

mayor nivel de estrés en sus especialidades son los que más se benefician de IBM; al contrario, los residentes de especialidades con bajos niveles de estrés y altos niveles de bienestar personal se beneficiarían menos(49). Esto llevaría fuertemente a recomendar la aplicación de este tipo de intervenciones en las especialidades conocidas por mayor estrés(50). Sin embargo, la evidencia disponible aún es heterogénea y se desconoce qué factores favorecen o dificultan la implementación de técnicas basadas en mindfulness en educación médica. Esta falta de claridad genera un vacío de conocimiento relevante, especialmente en entornos donde el estrés formativo es alto. Por lo tanto, comprender cómo perciben los docentes las barreras y los facilitadores para implementar mindfulness en la educación médica resulta fundamental para orientar futuras intervenciones y desarrollar estrategias que promuevan el bienestar en la formación de profesionales de la salud.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivo general

Relacionar las barreras y facilitadores en la implementación de IBM con las variables sociodemográficas y académicas de los docentes de medicina de la Universidad de Concepción durante el año 2023.

Objetivos específicos

1. Identificar facilitadores para implementar prácticas de IBM de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
2. Identificar las barreras para implementar prácticas de IBM de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
3. Analizar la relación entre las barreras y facilitadores en la práctica de IBM, y las variables sociodemográficas de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
4. Analizar la relación entre las barreras y facilitadores en la práctica de IBM con las variables académicas de los docentes Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Hipótesis

1. Existen un mayor número de facilitadores que barreras, por parte de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción respecto a la implementación de prácticas de IBM en educación médica.
2. Existen diferencias entre identificación de barreras y facilitadores para implementar prácticas de IBM en educación médica según características académicas de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.
3. Existe relación entre los facilitadores y barreras en la implementación de prácticas de IBM, con las características sociodemográficas de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

III. METODO

3.1. Participantes:

El universo del estudio estuvo constituido por 304 docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción que imparten docencia a los alumnos de medicina durante el primer semestre de 2023. Se incluyeron a aquellos que mantenían vínculo contractual vigente con la institución y que impartían docencia en la carrera de Medicina, excluyéndose a quienes registraban menos de un año de experiencia docente en educación médica. Se aplicó un muestreo no probabilístico por cuotas con afijación proporcional, utilizando como criterio de segmentación el departamento académico de desempeño. Esta estrategia permitió garantizar la



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

participación de docentes provenientes de las distintas áreas de la Facultad, resguardando la heterogeneidad en cuanto a jerarquía académica, tipo de contrato y formación profesional.

Para estimar la suficiencia muestral, se consideró la fórmula clásica para poblaciones finitas, asumiendo un nivel de confianza del 95% ($Z = 1,96$) y una proporción poblacional máxima de variabilidad ($p = 0,5$). Bajo estos parámetros, el tamaño muestral teórico requerido para un error máximo de $\pm 9\%$ era de 86 sujetos, mientras que para $\pm 8\%$ ascendía a 101. Con los 88 participantes obtenidos, el error muestral alcanzado fue de $\pm 8,8\%$ al 95% de confianza, lo que asegura una representatividad aceptable para los fines descriptivos del estudio.

En consecuencia, el procedimiento de muestreo utilizado y la muestra obtenida permiten garantizar que los resultados derivados del presente estudio poseen validez y significancia estadística para los objetivos planteados, reconociendo, al mismo tiempo, las restricciones propias de los diseños no probabilísticos en términos de generalización externa.

3.2. Definición de variables:

- Variables sociodemográficas: sexo, edad, generación (Baby Boomers:1946-1964;Generacion X:1965-1980;Millenials:1981-1996)(51).
- Variables académicas: jerarquía académica, tipo de contrato, título profesional, formación de postgrado, capacitación docente y carga horaria.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

- Variables dependientes: percepción de barreras y facilitadores en la implementación de mindfulness, analizadas según ocho dominios del *Theoretical Domains Framework* (TDF): creencias sobre capacidades, creencias sobre consecuencias, contexto y recursos del medio, conocimientos, motivación y objetivos, rol profesional, aptitudes e influencia del medio.

3.3. Instrumentos

En este estudio se empleó el Theoretical Domains Framework (TDF) como referente conceptual para explorar los factores que influyen en la adopción de intervenciones basadas en mindfulness. Este marco reúne constructos provenientes de diversas teorías del cambio de conducta y los organiza en 14 dominios, lo que permite examinar de manera estructurada las condiciones que facilitan o dificultan la implementación futura de alguna intervención o estrategia(52,53). Su uso se ha extendido ampliamente en investigación de implementación debido a su capacidad para describir determinantes conductuales y orientar estrategias de cambio adecuadas al contexto(54).

El cuestionario aplicado en esta investigación se elaboró a partir del instrumento propuesto por Nguyen et al, quienes utilizaron el TDF para indagar las percepciones de docentes respecto de la incorporación de programas de mindfulness en entornos educativos. Esta adaptación permitió mantener coherencia conceptual y metodológica con estudios previos, asegurando la pertinencia del enfoque para el análisis de nuestro propio contexto(55).



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Se incluyeron 21 ítems en escala Likert (1 = totalmente en desacuerdo a 5 = totalmente de acuerdo), además de un cuestionario sociodemográfico y académico. El instrumento fue aplicado de forma online mediante SurveyMonkey, incluyendo consentimiento informado previo.

3.4. Procedimiento

Se gestionó autorización institucional en la Facultad de Medicina y aprobación del Comité Ético-Científico. Posteriormente, se contactó a los docentes a través de un correo electrónico institucional enviado por la Dirección de Tecnologías de la Información, que contenía el enlace a la encuesta y la carta de invitación. Se realizaron dos recordatorios. La participación fue voluntaria, confidencial y anónima. El período de aplicación se extendió por 2 meses en 2023.

3.5. Análisis de los datos

El análisis incluyó:

- Estadística descriptiva: frecuencias absolutas, porcentajes, medias, desviación estándar y medianas.
- Previo al análisis inferencial, se evaluó la distribución de los datos mediante la prueba de Shapiro–Wilk. Los puntajes correspondientes a los dominios del cuestionario no presentaron distribución normal ($p < 0,05$), por lo que no se cumplieron los supuestos necesarios para la aplicación de pruebas paramétricas. Dado que las variables



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

corresponden a mediciones ordinales en escala Likert y no muestran normalidad, se utilizaron pruebas no paramétricas para las comparaciones entre grupos.

- U de Mann-Whitney para diferencias según sexo y formación profesional.
- Kruskal-Wallis para diferencias según área académica, jerarquía, tipo de contrato, título y capacitación docente.
- Comparación por nivel de formación y horas de docencia semanal.

El nivel de significancia se estableció en $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con SPSS v.28.0

3.6. Consideraciones éticas

Se respetaron las normativas vigentes en Chile (Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y Ley N° 20.120 sobre investigación en seres humanos). Todos los participantes otorgaron consentimiento informado digital previo a responder la encuesta. Los datos fueron almacenados de manera anónima y en computadores protegidos con clave de acceso. Solo el investigador principal tuvo acceso a la base de datos.



IV. RESULTADOS:

4.1 Estadísticos Descriptivos de la Muestra Encuestada:

La muestra estuvo constituida por 88 docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, de los cuales 47 (53,4%) fueron hombres y 41 (46,6%) mujeres, con edades entre 31 y 78 años (media = 48,3; DE = 10,9). Al agruparlos por generaciones, un 9,1% correspondió a *Baby Boomers*, un 62,5% a la Generación X y un 28,4% a *Millennials* (Tabla 1).

Tabla 1: Características sociodemográficas de los docentes.

Variable	Categoría	n	%
Sexo	Hombre	47	53,4
	Mujer	41	46,6
Edad (años)	Media (DE)	48,3 (10,9)	—
Generación	Baby Boomers	8	9,1
	Generación X	55	62,5
	Millennials	25	28,4

En cuanto a las variables académicas, la mayor proporción de los participantes se desempeñaba como profesores asistentes (31,8%) e instructores (28,4%), seguidos por Colaborador



académico (19,3%), profesores asociados (13,6%) y titulares (6,8%). Respecto al tipo de contrato, el 64,8% declaró contrato indefinido y el 35,2% contrato a plazo fijo u otras modalidades; en relación con el título profesional, el 85,2% correspondió a médicos cirujanos y el 14,8% a otras profesiones (Tabla 2).

Tabla 2: Variables académicas.

<i>Variable</i>	<i>Categoría</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Jerarquía académica	Profesor Titular	6	6,8
	Profesor Asociado	12	13,6
	Profesor Asistente	28	31,8
	Instructor	25	28,4
	Colaborador Académico	17	19,3
Tipo de contrato	Indefinido	57	64,8
	Plazo fijo / Otros	31	35,2
Título profesional	Médico cirujano	75	85,2
	Otros	13	14,8

En lo que se refiere a formación y docencia, el 70,5% contaba con especialidad o subespecialidad médica, un 14,8% poseía magíster o doctorado y un 14,7% tenía combinaciones de postgrado; además, el 82% reportó capacitación en docencia, principalmente diplomados (62,5%), seguidos por cursos cortos (14,8%) y magíster en educación médica (4,5%), mientras que un 18,2% no tenía formación pedagógica. Finalmente, la carga semanal de funciones docentes o asistenciales



varió entre 11 y 44 horas, con una media de 27,6 horas (DE = 8,4), y la docencia de pregrado entre 1 y 33 horas semanales, con una media de 8,9 horas (DE = 6,2) (Tabla 3).

Tabla 3: Resumen formación y horas docencia.

Variable	Categoría	n	%
Formación postgrado	Especialidad/Subesp.	62	70,5
	Magíster/Doctorado	13	14,8
	Combinado	13	14,7
Capacitación docencia	Ninguna	16	18,2
	Cursos cortos	13	14,8
	Diplomados	55	62,5
	Magíster en Ed. Médica	4	4,5
Horas semanales totales	Media (DE)	27,6 (8,4)	—
Horas docencia pregrado	Media (DE)	8,9 (6,2)	—

4.2 Resultados Generales de la Encuesta:

El análisis descriptivo de las respuestas entregadas por los docentes permitió identificar distintos elementos que actúan como facilitadores en la incorporación de intervenciones basadas en mindfulness (IBM) en la formación de pregrado en medicina. Estos facilitadores se organizaron en función de las dimensiones propuestas por el *Theoretical Domains Framework* (TDF), a partir de la mediana obtenida en cada ítem (Tabla 4).

En primer lugar, la dimensión Creencias sobre capacidades mostró resultados consistentes con una percepción favorable hacia la enseñanza de mindfulness, siempre que se proporcione formación adecuada. Los docentes señalaron sentirse seguros de poder impartir educación en



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

mindfulness si reciben entrenamiento (mediana = 4), además de expresar comodidad para enseñar bajo estas condiciones (mediana = 4). No obstante, la factibilidad logística de programar una práctica diaria obtuvo una mediana de 3, reflejando cierta neutralidad. En conjunto, esta dimensión se clasifica como un facilitador relevante, condicionado a la existencia de instancias formativas previas (Tabla 4).

En cuanto a las Creencias sobre las consecuencias, los docentes reconocieron mayoritariamente los beneficios que tendría la implementación de IBM en el bienestar de los estudiantes (mediana = 4). Asimismo, rechazaron la idea de que dichas prácticas pudieran impactar negativamente en el rendimiento académico (mediana = 5, en sentido inverso), lo que refuerza la valoración positiva de sus efectos. Por tanto, esta dimensión se constituye en un facilitador sólido, asociado a la confianza en los beneficios pedagógicos y personales de las IBM (Tabla 4).

La dimensión de Conocimientos mostró que los docentes poseen información limitada respecto a los programas basados en mindfulness, pero manifiestan interés en conocer aspectos fundamentales de su implementación. Los participantes valoraron como beneficioso adquirir mayor conocimiento en esta área (mediana = 4) y, en forma paralela, desestimaron que las IBM fueran ineficaces para la gestión del estrés (mediana = 4, en sentido inverso). En consecuencia, esta dimensión se interpreta como un facilitador conceptual, que respalda la disposición a integrar contenidos de mindfulness en la educación médica (Tabla 4).

Por su parte, la dimensión Motivación y objetivos fue la que alcanzó los puntajes más altos. La enseñanza del manejo del estrés en los estudiantes fue considerada un aspecto fundamental en la formación médica (mediana = 5). Asimismo, los docentes declararon sentirse motivados a



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

enseñar mindfulness como parte del currículo (mediana = 4). No obstante, la motivación vinculada a la visión institucional de la facultad y la priorización curricular de estas prácticas obtuvo valores neutrales (mediana = 3). Estos hallazgos indican que, si bien la motivación personal es un facilitador central, el respaldo institucional aún aparece como insuficiente (Tabla 4).

En relación con el rol profesional, los docentes mostraron una disposición clara a considerar que la enseñanza de mindfulness forma parte de sus responsabilidades educativas. Discreparon con la idea de que estos programas estuvieran fuera del ámbito médico (mediana = 4), así como con la afirmación de que solo deberían impartir asignaturas tradicionales del currículo (mediana = 4). Por lo tanto, esta dimensión constituye un facilitador vinculado a la identidad profesional docente, que legitima la inclusión de nuevas estrategias formativas (Tabla 4).

La dimensión Aptitudes evidenció respuestas mixtas. Mientras que los participantes se mostraron neutrales respecto a la oportunidad real de desarrollar habilidades específicas dentro de la facultad (mediana = 3), declararon sentirse competentes para impartir mindfulness si se les entregaba un programa estructurado (mediana = 4). En este sentido, las aptitudes se clasifican como un facilitador potencial, dependiente de la existencia de instancias formativas claras y estructuradas (Tabla 4).

Finalmente, la influencia del medio se situó en un nivel neutral (mediana = 3), al no identificarse un apoyo claro ni un rechazo manifiesto por parte de colegas, directivos o estudiantes. Si bien no se clasifica como facilitador, tampoco constituye una barrera significativa para la implementación de IBM (Tabla 4).



En síntesis, los principales facilitadores identificados corresponden a las dimensiones Motivación y objetivos, Creencias sobre las consecuencias, Creencias sobre capacidades, Conocimientos y Rol profesional, todas con medianas entre 4 y 5. Estos resultados muestran que los docentes poseen una disposición favorable hacia la enseñanza de mindfulness en la educación médica, siempre que existan oportunidades de formación y programas estructurados que permitan superar las limitaciones percibidas en recursos, infraestructura y tiempo (Tabla 4).

Tabla 4: Muestra que los principales facilitadores para implementar mindfulness fueron la motivación y objetivos (mediana = 5), junto con las creencias sobre capacidades y consecuencias (mediana = 4). También se valoró positivamente el rol profesional y el interés en adquirir conocimientos. En contraste, los recursos, tiempo e infraestructura se identificaron como la principal barrera (mediana = 1–2), mientras que las dimensiones de aptitudes e influencia del medio se situaron en un nivel neutro.

		Preguntas	1	2	3	4	5	Media	DE	Mediana
Creencias sobre capacidades	1	¿Te sentirías seguro de poder enseñar y/o impartir educación sobre mindfulness a los estudiantes si se te proporcionara formación al respecto?	8	14	11	36	19	4	1	4



Creencias sobre las consecuencias	2	Programar una práctica diaria de mindfulness en la facultad sería fácil	9	26	31	17	5	3	1	3
	3	Me sentiría cómodo enseñando mindfulness a los estudiantes, si se me proporcionara formación	7	16	14	27	24	4	1	4
	4	Me preocupa que si la facultad enseñara programas basados en mindfulness el rendimiento en mi ramo sería peor	44	24	19	1	0	2	1	2
	5	En mi opinión, la enseñanza de programas basados en mindfulness	2	5	13	37	31	4	1	4



		mejorará el bienestar de los estudiantes								
Contextos y recursos del medio	6	Dispongo de recursos (por ejemplo, meditaciones pregrabadas, meditaciones guiadas, ejercicios de atención plena, esterillas de yoga) para ayudarme a realizar intervenciones basadas en mindfulness a los estudiantes	50	20	10	7	1	2	1	1
	7	Dispongo de instalaciones suficientes (por ejemplo salas) para impartir programas	36	27	10	13	2	2	1	2



		basados en mindfulness a los alumnos								
	8	Tengo tiempo suficiente para enseñar programas basados en mindfulness a los estudiantes	26	35	17	8	2	2	1	2
Conocimientos	9	Para mí, comprender mejor los programas basados en mindfulness para educación médica sería beneficioso	4	4	12	40	28	4	1	4
	10	En mi opinión, los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a los estudiantes	25	27	29	4	3	2	1	2



		a gestionar el estrés								
Motivación y objetivos	11	Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	1	0	3	34	50	5	1	5
	12	La visión de la facultad me motiva a enseñar a los alumnos a gestionar el estrés	5	22	30	24	7	3	1	3
	13	¿Crees que la enseñanza de programas basados en mindfulness debería ser una prioridad en las	3	9	36	31	9	3	1	3



Rol profesional

		escuelas de medicina?							
14	Me motiva enseñar programas basados en mindfulness como parte de un currículum de medicina	7	13	20	37	11	3	1	4
15	En mi opinión, los programas basados en mindfulness están fuera del ámbito de la educación medica	35	28	18	6	1	2	1	2
16	Es aceptable que sólo enseñe a mis alumnos las asignaturas obligatorias del plan de	26	33	17	10	2	2	1	2



		estudios, de medicina como Anatomía, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, etc								
Aptitudes	17	Tengo la oportunidad de desarrollar las habilidades para impartir programas basados en mindfulness a los estudiantes, como a través de programas de desarrollo profesional en la facultad	11	31	28	16	2	3	1	3
	18	Si se me proporciona un programa estructurado, tengo las habilidades para poder	5	10	23	39	11	3	1	4



		impartir programas basados en mindfulness a los estudiantes									
Influencia del medio	19	La mayoría de mis colegas creen que no es importante enseñar programas basados en mindfulness a los estudiantes de medicina	6	5	41	27	9	3	1	3	
	20	El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar a los alumnos programas basados en mindfulness	6	23	51	3	5	3	1	3	



21	Los estudiantes de medicina no quieren aprender programas basados en mindfulness durante su formación de pregrado	10	19	55	4	0	3	1	3
----	---	----	----	----	---	---	---	---	---

4.3 Resultados comparativos por sexo:

El análisis de la percepción de los docentes según sexo, evaluado mediante la prueba de Mann-Whitney U, mostró que en la mayoría de los ítems no existieron diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres ($p > 0,05$). Tanto hombres como mujeres manifestaron niveles similares de seguridad y comodidad para enseñar mindfulness tras recibir formación (P1 y P3), así como en la valoración de la motivación personal y el rol profesional. De igual manera, en las dimensiones de contexto y recursos (P6–P8) y de aptitudes (P17–P18), ambos grupos coincidieron en señalar limitaciones relacionadas con disponibilidad de tiempo, recursos e infraestructura, sin diferencias por sexo (Tabla 5).

No obstante, se identificaron tres preguntas con diferencias estadísticamente significativas. En la pregunta P4 (“Me preocupa que si la facultad enseñara programas basados en mindfulness el rendimiento en mi ramo sería peor”), las mujeres mostraron menor nivel de preocupación ($M =$



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

1,51) en comparación con los hombres ($M = 1,94$; $p = 0,023$). En la pregunta P5 (“En mi opinión, la enseñanza de programas basados en mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes”), las mujeres expresaron una percepción más positiva de los beneficios ($M = 4,22$) que los hombres ($M = 3,85$; $p = 0,027$). Finalmente, en la pregunta P19 (“La mayoría de mis colegas creen que no es importante enseñar mindfulness”), los hombres mostraron una mayor percepción de resistencia en sus colegas ($M = 3,66$) frente a las mujeres ($M = 2,93$; $p < 0,001$) (Tabla 5).

En síntesis, los resultados sugieren que, aunque las percepciones generales sobre facilitadores y barreras para implementar programas de mindfulness son similares entre hombres y mujeres, las docentes mujeres tienden a valorar con mayor claridad los beneficios de estas prácticas y a preocuparse menos por efectos negativos, mientras que los hombres perciben con más fuerza la falta de apoyo de sus pares.



Tabla 5: Compara las percepciones de hombres y mujeres frente a la implementación de programas basados en mindfulness.

Pregunta	Ítem	Sexo	Media	DE	N	p-valor	Significativo
P4	Me preocupa que si la facultad enseñara programas basados en mindfulness el rendimiento en mi ramo sería peor	Mujer	3,61	1,26	41	0,509	No
		Hombre	1,94	0,89	47	0,023	Sí
P5	En mi opinión, la enseñanza de programas basados en mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes	Mujer	1,51	0,71	41	0,023	Sí
		Hombre	3,85	0,93	47	0,027	Sí
P19	La mayoría de mis colegas creen que no es importante enseñar mindfulness a los estudiantes	Mujer	4,22	0,99	41	0,027	Sí
		Hombre	3,66	0,81	47	0,000	Sí
		Mujer	2,93	1,01	41	0,000	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

4.4 Resultados comparativos por edad:

El análisis de la percepción de los docentes según su generación (Baby Boomers, Generación X y Millennials) mostró diferencias estadísticamente significativas en cuatro ítems del cuestionario. En la P1 (“¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness a los estudiantes si se te proporcionara formación?”), los docentes Millennials (M = 4,10) y de Generación X (M = 3,90) reportaron mayor seguridad para enseñar mindfulness que los Baby Boomers (M = 3,87; $p = 0,031$), evidenciando una mayor autoconfianza y apertura hacia metodologías innovadoras entre los docentes más jóvenes.

En la P11 (“Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica”), se observó un consenso general con medias elevadas en todas las generaciones, destacando nuevamente a los Millennials (M = 4,80) y a la Generación X (M = 4,65) frente a los Baby Boomers (M = 4,40; $p = 0,041$), lo que refuerza la tendencia de las generaciones más jóvenes a valorar el bienestar emocional como parte esencial de la formación médica.

En la P14 (“Me motiva enseñar programas basados en mindfulness como parte de un currículum de medicina”), los Millennials (M = 4,20) expresaron la mayor motivación, seguidos por la Generación X (M = 3,85) y los Baby Boomers (M = 3,70; $p = 0,028$). Este patrón sugiere una evolución generacional hacia una docencia más centrada en el bienestar y en la innovación pedagógica.

Finalmente, en la P20 (“El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar mindfulness”), los Baby Boomers (M = 2,80) y la Generación X (M = 3,05) percibieron una mayor



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

falta de apoyo institucional que los Millennials ($M = 2,60$; $p = 0,049$), lo que indica que los docentes más jóvenes perciben un entorno institucional relativamente más receptivo hacia las prácticas de bienestar.

En síntesis, los resultados evidencian una tendencia generacional progresiva: los Millennials presentan mayor seguridad, motivación y valoración del mindfulness como estrategia educativa, mientras que los Baby Boomers y la Generación X muestran actitudes favorables pero más condicionadas por las estructuras institucionales y los recursos disponibles. En conjunto, estos hallazgos reflejan una transición cultural en la docencia médica, donde las nuevas generaciones impulsan una enseñanza más integradora, empática y orientada al bienestar del estudiante.



Tabla 6: Compara las percepciones según grupo generacional a la implementación de programas basados en mindfulness.

<i>Pregunta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>p-valor</i>	<i>Significativo</i>
P1	¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness si recibieras formación?	Baby	3,87	0,031	Sí
		Boomers			
		Generación X	3,90	0,031	Sí
		Millennials	4,10	0,031	Sí
P11	Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	Baby	4,40	0,041	Sí
		Boomers			
		Generación X	4,65	0,041	Sí
		Millennials	4,80	0,041	Sí
P14	Me motiva enseñar mindfulness como parte del currículo de medicina	Baby	3,70	0,028	Sí
		Boomers			
		Generación X	3,85	0,028	Sí
		Millennials	4,20	0,028	Sí
P20	El equipo directivo no cree importante enseñar mindfulness	Baby	2,80	0,049	Sí
		Boomers			
		Generación X	3,05	0,049	Sí
		Millennials	2,60	0,049	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

4.5 Resultados comparativos entre médicos y otros profesionales:

El análisis de la percepción según formación profesional mostró diferencias estadísticamente significativas en tres ítems del cuestionario. En la P9 (“Para mí, comprender mejor los programas basados en mindfulness para educación médica sería beneficioso”), los médicos obtuvieron una media de 3,94 frente a 3,39 en otros profesionales ($p = 0,005$), lo que indica que valoran más la utilidad de profundizar en este tipo de programas. En la P10 (“En mi opinión, los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a los estudiantes a gestionar el estrés”), los otros profesionales presentaron una media más alta (2,64) que los médicos (2,08; $p = 0,029$), reflejando un mayor nivel de escepticismo sobre la efectividad del mindfulness. Finalmente, en la P19 (“La mayoría de mis colegas creen que no es importante enseñar mindfulness”), los médicos reportaron una media de 3,49 en comparación con 2,88 en otros profesionales ($p = 0,020$), evidenciando que perciben con mayor intensidad la resistencia de sus colegas hacia la enseñanza de estas prácticas (Tabla 6).

En síntesis, los médicos tendieron a valorar más los beneficios del mindfulness, aunque también identificaron con mayor fuerza la falta de apoyo entre sus pares, mientras que los otros profesionales mostraron mayor duda respecto a la efectividad de estas intervenciones.



Tabla 7: En la comparación entre médicos y otros profesionales se encontraron diferencias en tres ítems: los médicos valoraron más los beneficios de comprender el mindfulness (P9) y percibieron mayor resistencia de sus colegas a enseñarlo (P19), mientras que los otros profesionales mostraron más escepticismo sobre su efectividad para manejar el estrés (P10).

<i>Pregunta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>p-valor</i>	<i>Significativo</i>
P9	Para mí, comprender mejor los programas basados en mindfulness para educación médica sería beneficioso	Médico	3,94	0,005	Sí
		Otro	3,39	0,005	Sí
P10	En mi opinión, los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a los estudiantes a gestionar el estrés	Médico	2,08	0,029	Sí
		Otro	2,64	0,029	Sí
P19	La mayoría de mis colegas creen que no es importante enseñar mindfulness	Médico	3,49	0,020	Sí
		Otro	2,88	0,020	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

4.5.1 Resultados comparativos por área médica:

El análisis de la percepción de los docentes según su área académica, mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis, evidenció diferencias estadísticamente significativas en seis ítems del cuestionario.

En la pregunta P3 (“Me sentiría cómodo enseñando mindfulness a los estudiantes, si se me proporcionara formación”), los docentes de Educación Médica ($M = 4,06$) y Especialidades ($M = 3,77$) presentaron los puntajes más altos, en contraste con Cirugía ($M = 2,57$) y Medicina Interna ($M = 2,93$), lo que sugiere mayor disposición en las primeras áreas ($p = 0,006$) (Tabla 7).

En P10 (“En mi opinión, los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a los estudiantes a gestionar el estrés”), se observó mayor escepticismo en Medicina Interna ($M = 2,95$), mientras que Educación Médica ($M = 2,12$) y Especialidades ($M = 2,07$) presentaron los valores más bajos, indicando mayor confianza en la efectividad de estas intervenciones ($p = 0,017$) (Tabla 7).

En la pregunta P13 (“¿Crees que la enseñanza de programas basados en mindfulness debería ser una prioridad en las escuelas de medicina?”), las medias más elevadas se registraron en Educación Médica ($M = 4,00$) y Salud Mental ($M = 3,73$), frente a valores más bajos en Cirugía ($M = 2,93$) y Medicina Interna ($M = 3,35$), mostrando un mayor respaldo hacia la incorporación curricular en las primeras áreas ($p = 0,045$) (Tabla 7).

En P14 (“Me motiva enseñar programas basados en mindfulness como parte de un currículum de medicina”), la Educación Médica volvió a destacar con la media más alta ($M = 3,94$), seguida



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

por Especialidades ($M = 3,47$), mientras que Cirugía ($M = 2,71$) y Salud Mental ($M = 3,12$) mostraron menor motivación ($p = 0,027$) (Tabla 7).

En P15 (“En mi opinión, los programas basados en mindfulness están fuera del ámbito de la educación médica”), los docentes de Cirugía ($M = 2,86$) y Salud Mental ($M = 2,40$) estuvieron más de acuerdo con esta afirmación, en contraste con Educación Médica ($M = 1,29$) y Especialidades ($M = 1,83$), quienes la rechazaron con mayor fuerza, reflejando la apertura de estos últimos a integrar mindfulness en su quehacer docente ($p < 0,001$) (Tabla 7).

Finalmente, en la pregunta P20 (“El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar mindfulness”), se identificó mayor percepción de falta de apoyo en Medicina Interna ($M = 3,06$) y Cirugía ($M = 3,00$), frente a valores menores en Educación Médica ($M = 2,35$) y Especialidades ($M = 2,63$), lo que sugiere diferencias en la percepción del respaldo institucional ($p = 0,023$) (Tabla 7).

En síntesis, los resultados muestran que Educación Médica y Especialidades tienden a valorar más positivamente la enseñanza del mindfulness, expresando mayor comodidad, motivación y menor percepción de barreras, mientras que Cirugía y Medicina Interna reflejan actitudes más críticas o escépticas frente a estas prácticas.



Tabla 8: Preguntas con diferencias significativas (P3, P10, P13, P14, P15 y P20).

Pregunta	Ítem	Área	Media	p-valor	Significativo
P3	Me sentiría cómodo enseñando mindfulness con formación	Educación Médica	4,06	0,006	Sí
		Medicina Interna	2,93	0,006	Sí
		Cirugía	2,57	0,006	Sí
		Salud Mental	3,20	0,006	Sí
		Especialidades	3,77	0,006	Sí
P10	Los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a gestionar el estrés	Educación Médica	2,12	0,017	Sí
		Medicina Interna	2,95	0,017	Sí
		Cirugía	2,50	0,017	Sí
		Salud Mental	2,70	0,017	Sí
		Especialidades	2,07	0,017	Sí
P13	¿Debería ser una prioridad enseñar mindfulness en medicina?	Educación Médica	4,00	0,045	Sí
		Medicina Interna	3,35	0,045	Sí
		Cirugía	2,93	0,045	Sí
		Salud Mental	3,73	0,045	Sí
		Especialidades	3,50	0,045	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

P14	Me motiva enseñar mindfulness como parte del currículo	Educación	3,94	0,027	Sí
		Médica			
		Medicina Interna	3,35	0,027	Sí
		Cirugía	2,71	0,027	Sí
		Salud Mental	3,12	0,027	Sí
P15	Los programas de mindfulness están fuera del ámbito de la educación médica	Educación	1,29	0,000	Sí
		Médica			
		Medicina Interna	1,94	0,000	Sí
		Cirugía	2,86	0,000	Sí
		Salud Mental	2,40	0,000	Sí
P20	El equipo directivo no cree importante enseñar mindfulness	Educación	2,35	0,023	Sí
		Médica			
		Medicina Interna	3,06	0,023	Sí
		Cirugía	3,00	0,023	Sí
		Salud Mental	2,90	0,023	Sí
		Especialidades	2,63	0,023	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

4.6 Comparación de medias de percepción según nivel de capacitación:

El análisis de la percepción de los docentes en relación con su nivel de capacitación mostró diferencias estadísticamente significativas en tres preguntas del cuestionario. En la P1 (“¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness si se te proporcionara formación?”), los docentes con subespecialidad médica alcanzaron la media más alta ($M = 4,39$), indicando mayor seguridad frente a esta tarea, aunque todos los grupos reportaron niveles elevados de confianza ($p = 0,018$). En la P11 (“Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica”), se observaron medias homogéneamente altas en todos los niveles de formación (entre 4,3 y 4,7), confirmando un consenso transversal respecto a la relevancia de esta competencia ($p = 0,041$). Finalmente, en la P20 (“El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar mindfulness”), los docentes con subespecialidad médica manifestaron la percepción más elevada de falta de apoyo institucional ($M = 3,40$), en comparación con valores menores en los grupos con Magíster y Especialidad Médica ($p = 0,033$) (Tabla 8).

En conjunto, estos hallazgos muestran que, si bien existe un acuerdo generalizado sobre la importancia del mindfulness en la formación médica, el nivel de capacitación influye en la seguridad personal para enseñarlo y en la percepción del respaldo institucional, siendo más críticas en quienes poseen formación de subespecialidad.



Tabla 9: Preguntas de percepción según nivel de capacitación:

<i>Pregunta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>p-valor</i>	<i>Significativo</i>
P1	¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness si recibieras formación?	Magíster	3,94	0,018	Sí
		Doctorado	3,73	0,018	Sí
		Especialidad Médica	4,06	0,018	Sí
		Subespecialidad Médica	4,39	0,018	Sí
		Combinado	4,00	0,018	Sí
		P11	Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	Magíster	4,53
Doctorado	4,35			0,041	Sí
Especialidad Médica	4,50			0,041	Sí
Subespecialidad Médica	4,72			0,041	Sí
Combinado	4,50			0,041	Sí
P20	El equipo directivo de mi facultad cree que no			Magíster	2,56



es importante enseñar
mindfulness

Doctorado	2,80	0,033	Sí
Especialidad Médica	2,97	0,033	Sí
Subespecialidad Médica	3,40	0,033	Sí
Combinado	3,00	0,033	Sí

4.7 Comparación de medias de percepción según capacitación en docencia

El análisis evidenció que el nivel de capacitación en docencia influyó significativamente en algunas percepciones de los docentes. En la P1 (“¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness a los estudiantes si se te proporcionara formación?”), los docentes con magíster en educación médica presentaron la media más alta ($M = 4,25$), reflejando mayor seguridad, mientras que los demás grupos también reportaron valores elevados, aunque ligeramente inferiores. En la P5 (“En mi opinión, la enseñanza de mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes”), la percepción positiva fue transversal, pero se intensificó en quienes contaban con diplomado ($M = 4,26$) y magíster en educación médica ($M = 4,50$). En la P11 (“Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica”), todos los grupos coincidieron en valorar altamente esta competencia, alcanzando su máxima puntuación en el grupo con magíster en educación médica ($M = 5,00$). Finalmente, en la P20 (“El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar mindfulness”), los docentes con diplomado percibieron una mayor falta de apoyo institucional ($M = 3,30$), mientras que quienes



tenían magíster en educación médica reportaron la percepción más baja ($M = 2,40$), lo que sugiere una visión más favorable respecto al respaldo de la facultad (Tabla 9).

En conjunto, estos hallazgos muestran que la formación pedagógica avanzada, especialmente el magíster en educación médica, se asocia con mayor seguridad, motivación y valoración positiva hacia la enseñanza de mindfulness, junto con una percepción más optimista del apoyo institucional.

Tabla 10: El análisis mostró que la capacitación en docencia influye en la percepción sobre el mindfulness. Los docentes con magíster en educación médica reportaron mayor seguridad para enseñar tras recibir formación (P1) y valoraron más la importancia de enseñar a gestionar el estrés (P11). Asimismo, tanto diplomados como magíster destacaron con mayor fuerza el beneficio del mindfulness en el bienestar estudiantil (P5). En contraste, en la P20, quienes contaban solo con diplomado percibieron mayor falta de apoyo institucional, mientras que los magísteres manifestaron la visión más favorable respecto al respaldo de la facultad ($p < 0,05$).

<i>Pregunta</i>	<i>Ítem</i>	<i>Grupo</i>	<i>Media</i>	<i>p-valor</i>	<i>Significativo</i>
P1	¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness si recibieras formación?	Sin capacitación	3,80	0,021	Sí
		Cursos/Otros	3,93	0,021	Sí
		Diplomado	4,07	0,021	Sí
		Magíster en EM	4,25	0,021	Sí
P5	En mi opinión, la enseñanza de mindfulness	Sin capacitación	4,00	0,037	Sí



	mejorará el bienestar de los estudiantes			
		Cursos/Otros	4,00	0,037
		Diplomado	4,26	0,037
		Magíster en EM	4,50	0,037
P11	Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	Sin capacitación	4,20	0,042
		Cursos/Otros	4,40	0,042
		Diplomado	4,63	0,042
		Magíster en EM	5,00	0,042
P20	El equipo directivo no cree importante enseñar mindfulness	Sin capacitación	2,80	0,030
		Cursos/Otros	3,00	0,030
		Diplomado	3,30	0,030
		Magíster en EM	2,40	0,030

4.8 Comparación de medias de percepción según horas de docencia

El análisis de la percepción de los docentes en función de la carga horaria semanal de docencia (11, 22, 33 y 44 horas) mostró diferencias estadísticamente significativas en cuatro ítems del cuestionario. En la P1 (“¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness a los estudiantes si se te proporcionara formación?”), los docentes con 22 horas (M = 3,95) y 44 horas (M = 3,86)



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

expresaron mayor seguridad que aquellos con 11 y 33 horas ($M = 3,64$ y $3,55$ respectivamente; $p = 0,026$). En la P5 (“En mi opinión, la enseñanza de mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes”), todos los grupos manifestaron acuerdo, pero los puntajes más altos se registraron en los docentes con 44 horas ($M = 4,34$), en comparación con 11 horas ($M = 3,82$; $p = 0,041$). En la P11 (“Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica”), se observó un consenso transversal, alcanzando medias más elevadas en los grupos con 33 horas ($M = 4,63$) y 44 horas ($M = 4,77$) frente a 11 y 22 horas ($M = 4,18$ y $4,41$; $p = 0,037$). Finalmente, en la P20 (“El equipo directivo de mi facultad cree que no es importante enseñar mindfulness”), los docentes con 22 y 33 horas percibieron una mayor falta de apoyo institucional ($M = 3,12$ y $M = 3,20$), mientras que los de 44 horas reportaron la percepción más baja ($M = 2,60$), sugiriendo una visión más favorable sobre el respaldo de la facultad ($p = 0,033$) (Tabla 10). En síntesis, los resultados indican que una mayor carga horaria docente se asocia con más seguridad, motivación y valoración del mindfulness como herramienta educativa, junto con una percepción más optimista del apoyo institucional.

Tabla 11: El análisis mostró que las horas de docencia influyen en la percepción sobre el mindfulness. Los docentes con 22 y 44 horas semanales reportaron mayor seguridad para enseñar tras recibir formación (P1), mientras que quienes tenían 44 horas destacaron con más fuerza el impacto positivo en el bienestar estudiantil (P5) y la importancia de enseñar a manejar el estrés (P11). En contraste, en la P20, los docentes con 22 y 33 horas percibieron mayor falta



de apoyo institucional, mientras que aquellos con 44 horas mostraron la percepción más favorable respecto al respaldo de la facultad ($p < 0,05$).

Pregunta	Ítem	Grupo	Media	p-valor	Significativo
P1	¿Te sentirías seguro de poder enseñar mindfulness si recibieras formación?	11 horas	3,64	0,026	Sí
		22 horas	3,95	0,026	Sí
		33 horas	3,55	0,026	Sí
		44 horas	3,86	0,026	Sí
P5	En mi opinión, la enseñanza de mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes	11 horas	3,82	0,041	Sí
		22 horas	4,18	0,041	Sí
		33 horas	4,05	0,041	Sí
		44 horas	4,34	0,041	Sí
P11	Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	11 horas	4,18	0,037	Sí



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

P20

El equipo directivo no cree importante enseñar mindfulness

22 4,41 **0,037** **Sí**

horas

33 4,63 **0,037** **Sí**

horas

44 4,77 **0,037** **Sí**

horas

11 2,85 **0,033** **Sí**

horas

22 3,12 **0,033** **Sí**

horas

33 3,20 **0,033** **Sí**

horas

44 2,60 **0,033** **Sí**

horas



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados descriptivos de la muestra revelan una composición equilibrada en términos de sexo, con una distribución cercana al 50% entre hombres y mujeres. Este dato es relevante, ya que permite analizar la percepción sobre las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) desde una perspectiva equitativa de género, evitando sesgos derivados de la sobrerrepresentación de uno u otro grupo. En la literatura se ha señalado que la participación balanceada por sexo es fundamental para comprender la diversidad de percepciones frente a programas de bienestar, dado que existen diferencias en la valoración del autocuidado y la adopción de nuevas prácticas educativas entre hombres y mujeres(55,56).

En cuanto a la edad, la media de 48,3 años refleja una población docente en plena etapa de desarrollo profesional, con experiencia acumulada. La presencia predominante de la Generación X (62,5%) sugiere que la mayoría de los docentes encuestados ha vivido transformaciones significativas en la educación médica en las últimas décadas, desde un modelo tradicional centrado en la transmisión de contenidos hacia enfoques más integrales e innovadores(51). Investigaciones internacionales han mostrado que los docentes de esta generación suelen mostrar apertura hacia estrategias de bienestar cuando se fundamentan en evidencia científica y se integran en el currículo de forma estructurada(25,26). Respecto a las variables académicas, la mayor proporción de profesores asistentes (31,8%) e instructores (28,4%) evidencia que una parte considerable de la planta docente se encuentra en etapas intermedias de su carrera académica, lo que puede asociarse con mayor disposición a innovar en metodologías de enseñanza. Estudios previos han demostrado que los docentes en formación o consolidación



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

académica son más proclives a experimentar con nuevas estrategias, incluidas las relacionadas con el bienestar y la educación emocional(25,57) Por otra parte, el predominio de contratos indefinidos (64,8%) asegura estabilidad laboral, lo que puede constituir un facilitador indirecto para la adopción de programas como el mindfulness, al reducir la incertidumbre y favorecer el compromiso con iniciativas institucionales(58). En contraste, la literatura señala que contextos laborales precarios o con alta rotación limitan la continuidad y sostenibilidad de las intervenciones de bienestar(59). El hecho de que el 85,2% de los docentes sean médicos cirujanos muestra la fuerte impronta biomédica de la facultad, pero también plantea un desafío: en contextos donde predomina la cultura médica tradicional, suele existir escepticismo hacia prácticas que se perciben como “no clínicas” o ajenas a la enseñanza biomédica. No obstante, el porcentaje no menor de docentes provenientes de otras disciplinas (14,8%) podría aportar diversidad de enfoques, contribuyendo a la aceptación de las IBM al ofrecer visiones interdisciplinarias.

En relación con la formación, la alta proporción de docentes con especialidad o subespecialidad (70,5%) y capacitación en docencia (82%) constituye una fortaleza^{47,48}. Estos antecedentes sugieren que el profesorado posee tanto conocimiento clínico avanzado como formación pedagógica, lo cual facilita la comprensión de la relevancia del bienestar en el aprendizaje. Investigaciones recientes han demostrado que los docentes con mayor formación pedagógica tienden a valorar con más fuerza la integración de programas de mindfulness y estrategias de autorregulación en la formación médica.

Finalmente, la carga horaria promedio de 27,6 horas semanales en funciones docentes-asistenciales y 8,9 horas en docencia de pregrado refleja una dedicación considerable. Esta



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

intensidad puede ser vista en doble sentido: por un lado, la experiencia acumulada aumenta la pertinencia de su opinión sobre IBM; por otro, la alta carga de trabajo puede constituir una barrera real para la implementación de estas prácticas, en línea con lo reportado en estudios internacionales que identifican el tiempo limitado como el principal obstáculo para la adopción de mindfulness(59–61).

Facilitadores y Barreras del Mindfulness

Los hallazgos del apartado 4.2 evidencian que la mayoría de los docentes manifestó percepciones favorables hacia la incorporación de intervenciones basadas en mindfulness (IBM), especialmente en dimensiones como motivación y objetivos, creencias sobre las consecuencias, creencias sobre capacidades, conocimientos y rol profesional, todas con medianas entre 4 y 5. Estos resultados reflejan una actitud abierta y receptiva hacia la integración del mindfulness en la educación médica, siempre que existan condiciones de apoyo institucional y oportunidades de formación.

La motivación para enseñar estrategias de manejo del estrés se consolidó como el facilitador más fuerte, con puntajes que alcanzaron la mediana máxima de 5. Esto muestra que los docentes reconocen el valor del autocuidado y la regulación emocional como competencias esenciales en la formación médica. La literatura respalda este hallazgo: investigaciones recientes en estudiantes de medicina y docentes han demostrado que el mindfulness reduce significativamente el estrés académico y fortalece la resiliencia y la empatía clínica(55,62). El hecho de que la motivación individual aparezca como facilitador clave sugiere que el principal



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

motor de cambio reside en el compromiso personal de los docentes, aunque se requiere respaldo institucional para sostener esta motivación en el tiempo.

Los docentes señalaron sentirse seguros de poder impartir mindfulness si recibían formación adecuada, además de valorar positivamente la posibilidad de adquirir nuevos conocimientos en el área. Este hallazgo es consistente con estudios realizados en Irlanda del Norte y el Reino Unido, donde la autoeficacia y la capacitación previa se identificaron como determinantes para la implementación exitosa de IBM(63). La percepción de competencia potencial puede transformarse en un facilitador estratégico si la facultad ofrece programas estructurados de formación docente en mindfulness, generando un círculo virtuoso entre capacitación, confianza y práctica pedagógica. Los docentes reconocieron los beneficios de las IBM en el bienestar de los estudiantes y rechazaron la idea de que estas prácticas pudieran impactar negativamente en el rendimiento académico(62,63). Esto coincide con meta-análisis recientes que han mostrado cómo el mindfulness mejora la concentración, disminuye la ansiedad durante evaluaciones y potencia el rendimiento académico(48,64). Esta valoración positiva refuerza la legitimidad del mindfulness como herramienta pedagógica y facilita su aceptación dentro del currículo médico.

La disposición a reconocer que la enseñanza de mindfulness forma parte de las responsabilidades docentes constituye un hallazgo relevante. Una de las barreras más frecuentes en la literatura ha sido la percepción de que estas prácticas no forman parte del rol médico tradicional. Que los docentes de esta investigación lo validen como parte de su identidad profesional muestra una ventaja cultural frente a otros contextos internacionales más



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

resistentes(65). Esto puede ser aprovechado para integrar el mindfulness en asignaturas transversales y actividades curriculares complementarias.

Las dimensiones de aptitudes y de influencia del medio presentaron resultados más neutros, lo que sugiere que la capacidad real de enseñar mindfulness depende de contar con programas claros y estructurados, y que el entorno institucional no ejerce una influencia decisiva, positiva o negativa. La literatura ha documentado que el apoyo del medio y la confianza relacional son factores críticos para la implementación sostenida. En este estudio⁴³, la neutralidad observada podría interpretarse como una oportunidad: con la intervención adecuada, la facultad podría orientar este entorno hacia un soporte activo en lugar de mantenerse en la indiferencia.

Las barreras más notorias fueron la falta de tiempo, recursos e infraestructura, con medianas de 1 a 2 en los ítems correspondientes. Estas limitaciones coinciden con la evidencia internacional, que identifica la sobrecarga de trabajo, la escasez de espacios físicos y el bajo financiamiento como los obstáculos más frecuentes en la implementación de programas de bienestar, tanto en escuelas como en hospitales(59,62). La convergencia de estos hallazgos locales con la literatura global resalta la necesidad de que el respaldo institucional no se limite a lo declarativo, sino que se traduzca en asignación de recursos tangibles.

Diferencias por sexo

Los resultados muestran que, aunque no hubo diferencias significativas en la mayoría de los ítems, las docentes mujeres expresaron una valoración más clara de los beneficios del mindfulness (P5) y menor preocupación por efectos negativos en el rendimiento académico (P4),



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

mientras que los hombres percibieron mayor resistencia entre sus colegas (P19). Este hallazgo es consistente con estudios que han señalado que las mujeres en entornos docentes suelen mostrar mayor disposición hacia prácticas de autocuidado y bienestar, mientras que los hombres tienden a percibir más barreras sociales y culturales(57). Además, investigaciones en programas de aprendizaje socioemocional han demostrado que la confianza relacional y el apoyo del entorno son factores clave para la adopción de nuevas prácticas, lo cual puede explicar por qué los hombres reportan con mayor frecuencia la falta de apoyo de sus pares(66).

Diferencias por formación profesional

En el análisis por formación profesional se observó que los médicos valoraron más la comprensión del mindfulness (P9), pero también percibieron con mayor fuerza la resistencia de sus colegas (P19). Por el contrario, otros profesionales mostraron mayor escepticismo frente a la efectividad de las IBM para manejar el estrés (P10). Esto refleja tensiones propias de la cultura médica tradicional, donde persisten dudas sobre la pertinencia del mindfulness en el currículo clínico(65). Sin embargo, también coincide con encuestas recientes en médicos, donde se observó que quienes practican regularmente mindfulness son más proclives a recomendarlo a pacientes y colegas, lo que sugiere un cambio cultural gradual(61).



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Diferencias por área académica

El análisis por áreas mostró que Educación Médica y Especialidades presentaron mayor comodidad y motivación para enseñar mindfulness (P3, P13, P14), mientras que Cirugía y Medicina Interna mostraron actitudes más críticas, escepticismo y menor percepción de apoyo institucional (P10, P15, P20). Este patrón se asemeja a lo reportado en auditorías de facultades de medicina del Reino Unido, donde las áreas quirúrgicas suelen mostrar menor apertura a estrategias de bienestar y consideran que no forman parte del rol clínico. En contraste, áreas vinculadas a educación y salud mental tienden a valorar más positivamente el mindfulness como herramienta formativa(65). Estas diferencias sugerirían la necesidad de adaptar la estrategia de implementación según el contexto disciplinar y confirmaría la hipótesis de que las especialidades más “clásicas” del quehacer médico, tendrían un enfoque más hacia la educación médica tradicional.

Diferencias por nivel de especialización

Los resultados revelaron que los docentes con subespecialidad médica reportaron mayor seguridad para enseñar mindfulness con formación (P1), pero también percibieron más falta de apoyo institucional (P20). En cambio, todos los grupos coincidieron en considerar altamente relevante enseñar a los estudiantes a manejar el estrés (P11). Estos hallazgos concuerdan con estudios que muestran cómo la capacitación avanzada potencia la autoeficacia, pero también incrementa las expectativas respecto al apoyo institucional, lo que explica una percepción más



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

crítica de este grupo(62). En general, la formación especializada parece favorecer la apertura al mindfulness, aunque la ausencia de respaldo organizacional limita su integración sostenible.

Diferencias por capacitación docente

El análisis indicó que los docentes con magíster en educación médica valoraron más la seguridad para enseñar mindfulness (P1), el impacto positivo en el bienestar (P5) y la importancia de enseñar manejo del estrés (P11). Por otro lado, los docentes con diplomado percibieron con más fuerza la falta de apoyo institucional (P20). Esto coincide con estudios internacionales donde se ha visto que la formación pedagógica avanzada se asocia con mayor confianza y motivación para implementar IBM, además de una percepción más optimista sobre el respaldo institucional(63). Por el contrario, niveles intermedios de formación pueden generar mayores tensiones y una percepción crítica de la falta de recursos, lo cual resalta la importancia de fortalecer programas de desarrollo docente.

Diferencias por carga horaria docente

Los resultados mostraron que los docentes con mayor carga horaria semanal (33–44 horas) expresaron más seguridad y motivación hacia el mindfulness, además de una percepción más favorable del apoyo institucional (P1, P5, P11, P20). En contraste, quienes tenían menos horas reportaron menor seguridad y mayor percepción de barreras. Esto se alinea con estudios que destacan que el tiempo y la experiencia acumulada influyen en la percepción positiva hacia las IBM, ya que quienes tienen mayor dedicación a la docencia tienden a reconocer con más claridad



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

la necesidad de estrategias de bienestar para los estudiantes (67). Asimismo, revisiones en contextos hospitalarios han señalado que el tiempo protegido y la integración en la jornada laboral son determinantes para la sostenibilidad de las IBM(59).

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción presentan una percepción mayoritariamente favorable hacia la implementación de programas basados en mindfulness (IBM). Las dimensiones de motivación, creencias sobre los beneficios, capacidades y rol profesional fueron identificadas como principales facilitadores, lo que refleja una disposición activa a integrar estas prácticas en la docencia. Sin embargo, persisten barreras estructurales relacionadas con la falta de tiempo, recursos e infraestructura, además de una percepción limitada de apoyo institucional.

El análisis comparativo reveló que estas percepciones son transversales a variables sociodemográficas y académicas, aunque se observaron diferencias específicas: las mujeres valoraron con mayor claridad los beneficios del mindfulness, los médicos destacaron más su utilidad pero percibieron mayor resistencia en sus colegas, y áreas clínicas como Cirugía y Medicina Interna mostraron mayor escepticismo frente a la enseñanza de estas prácticas. Asimismo, los docentes con formación pedagógica avanzada y mayor carga horaria expresaron más seguridad y motivación para implementarlas, sugiriendo que la capacitación en docencia y la experiencia profesional influyen en la apertura hacia la innovación educativa.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

En conjunto, se concluye que las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) representan una estrategia viable y prometedora para fortalecer el bienestar estudiantil y la calidad de la educación médica. Sin embargo, su implementación sostenible requiere más que motivación individual; demanda un compromiso institucional explícito que se traduzca en políticas de apoyo, asignación de recursos y espacios protegidos para la formación y práctica docente. Resulta fundamental que las facultades de medicina integren el bienestar como un eje estructural de su modelo educativo, promoviendo una cultura organizacional que valore el autocuidado, la empatía y la salud mental tanto de estudiantes como de docentes. Entre las limitaciones de este estudio se reconoce su diseño transversal, que no permite establecer relaciones causales, así como el uso de un muestreo no probabilístico, que restringe la generalización de los hallazgos. Además, la información autorreportada podría estar influida por sesgos de deseabilidad social. Aun así, los resultados aportan evidencia relevante en un contexto latinoamericano, donde la investigación sobre IBM en educación médica aún es escasa. Futuras investigaciones podrían incorporar enfoques longitudinales o mixtos que permitan evaluar el impacto de programas institucionales de mindfulness y su efecto sostenido en el bienestar y el desempeño académico.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porter, B. La vida es hoy. Ediciones El Mercurio Aguilar. 2013;
2. Kabat-Zinn, Jon. Vivir con plenitud las crisis. Kairós; 2004.
3. Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. Mindfulness and Psychotherapy, Second Edition. Guilford Press; 2013. 401 p.
4. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84(4):822–48.
5. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982 Apr;4(1):33–47.
6. Creswell JD, Taren AA, Lindsay EK, Greco CM, Gianaros PJ, Fairgrieve A, et al. Alterations in Resting-State Functional Connectivity Link Mindfulness Meditation With Reduced Interleukin-6: A Randomized Controlled Trial. *Biol Psychiatry.* 2016 July 1;80(1):53–61.
7. Boettcher J, Aström V, Pålsson D, Schenström O, Andersson G, Carlbring P. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Behav Ther.* 2014 Mar;45(2):241–53.
8. Creswell JD, Lindsay EK. How Does Mindfulness Training Affect Health? A Mindfulness Stress Buffering Account. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014 Dec;23(6):401–7.
9. Kabat-Zinn J, Lipworth L, Burney R. The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *J Behav Med.* 1985 June;8(2):163–90.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

10. Segerstrom SC, Miller GE. Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychol Bull.* 2004 July;130(4):601–30.
11. Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain.* 2011 Feb;152(2):361–9.
12. Beltrán M. C, Iribarne W. C, Valenzuela M. F, Navea S. C, Pérez De Arce O. E, Madrid S. AM. Mindfulness en el síndrome de intestino irritable. *Rev Hosp Clínico Univ Chile.* 2016 Dec 1;27(4):300–8.
13. Bartholomew E, Chung M, Yeroushalmi S, Hakimi M, Bhutani T, Liao W. Mindfulness and Meditation for Psoriasis: A Systematic Review. *Dermatol Ther.* 2022 Oct;12(10):2273–83.
14. Langer ÁI, Schmidt C, Aguilar-Parra JM, Cid C, Magni A. [Effects of a mindfulness intervention in Chilean high schoolers]. *Rev Med Chil.* 2017 Apr;145(4):476–82.
15. Winter F, Steffan A, Warth M, Ditzen B, Aguilar-Raab C. Mindfulness-Based Couple Interventions: A Systematic Literature Review. *Fam Process.* 2021 Sept;60(3):694–711.
16. Carson JW, Carson KM, Gil KM, Baucom DH. Mindfulness-based relationship enhancement. *Behav Ther.* 2004 June 1;35(3):471–94.
17. Duncan LG, Coatsworth JD, Greenberg MT. A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2009 Sept;12(3):255–70.
18. Zylowska L, Ackerman DL, Yang MH, Futrell JL, Horton NL, Hale TS, et al. Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: a feasibility study. *J Atten Disord.* 2008 May;11(6):737–46.
19. Zenner C, Herrnleben-Kurz S, Walach H. Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2014;5:603.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

20. Twenge JM, Cooper AB, Joiner TE, Duffy ME, Binau SG. Age, generational cohort, and mental health: A comparison of Millennials, Gen X, and Baby Boomers. *J Psychol.* 2019;153(8):784–806.
21. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2006 Apr;81(4):354–73.
22. Clarke TC, Barnes PM, Black LI, Stussman BJ, Nahin RL. Use of Yoga, Meditation, and Chiropractors Among U.S. Adults Aged 18 and Over. *NCHS Data Brief.* 2018 Nov;(325):1–8.
23. Sutin AR, Stephan Y, Luchetti M, Terracciano A. Mindfulness across adulthood: Age differences in trait mindfulness and emotional outcomes. *Aging Ment Health.* 2018;22(10):1275–83.
24. Rogers EM. *Diffusion of Innovations.* New York: Free Press; 2003.
25. Goh PS, Sandars J. A vision of the use of technology in medical education. *Med Teach.* 2020;42(1):10–4.
26. Nevin CR, Westfall AO, Tofil NM, Weinshel E. A survey of senior clinicians' attitudes toward educational innovations. *Adv Med Educ Pract.* 2014;5:133–9.
27. Bellinger DB, DeCaro MS, Ralston PA. Mindfulness, anxiety, and performance: A comparison across generational groups. *J Adult Dev.* 2020;27(4):285–95.
28. Physician wellness: a missing quality indicator - PubMed [Internet]. [cited 2025 Nov 30]. Available from: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.pucdechile.idm.oclc.org/19914516/>
29. Dobkin PL, Hutchinson TA. Primary prevention for future doctors: promoting well-being in trainees. *Med Educ.* 2010 Mar;44(3):224–6.
30. West CP. Empathy, distress and a new understanding of doctor professionalism. *Med Educ.* 2012 Mar;46(3):243–4.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

31. Scheepers RA, Emke H, Epstein RM, Lombarts KMJM. The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review. *Med Educ.* 2020 Feb;54(2):138–49.
32. Krogh E, Medeiros S, Bitran M, Langer ÁI. [Mindfulness and the clinical relationship: steps to a resilience in medicine]. *Rev Med Chil.* 2019 May;147(5):618–27.
33. Hutchinson TA, Dobkin PL. Discover mindful congruence. *Le Spécialiste.* 2015;17(1):31–2.
34. Dobkin PL, Hased CS. *Mindful Medical Practitioners* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2016 [cited 2025 Nov 29]. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-31066-4>
35. Dekeyser M, Raes F, Leijssen M, Leysen S, Dewulf D. Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personal Individ Differ.* 2008 Apr 1;44(5):1235–45.
36. Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: A promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Educ Couns.* 2017 Feb;100(2):372–6.
37. Atkins PWB, Hased C, Fogliati VJ. Mindfulness improves work engagement, wellbeing and performance in a university setting. *Flourishing Life Work Careers.* :193.
38. Brazeau CMLR, Shanafelt T, Durning SJ, Massie FS, Eacker A, Moutier C, et al. Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* 2014 Nov;89(11):1520–5.
39. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* 2016 June;15(2):103–11.
40. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, et al. Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc.* 2019 Sept;94(9):1681–94.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

41. Abdulghani HM, AlKanhah AA, Mahmoud ES, Ponnampereuma GG, Alfaris EA. Stress and its effects on medical students: a cross-sectional study at a college of medicine in Saudi Arabia. *J Health Popul Nutr.* 2011 Oct;29(5):516–22.
42. Tanaka M, Mizuno K, Fukuda S, Shigihara Y, Watanabe Y. Relationships between dietary habits and the prevalence of fatigue in medical students. *Nutr Burbank Los Angel Cty Calif.* 2008 Oct;24(10):985–9.
43. Almeida GDC, Souza HRD, Almeida PCD, Almeida BDC, Almeida GH. The prevalence of burnout syndrome in medical students. *Arch Clin Psychiatry São Paulo.* 2016 Feb;43(1):6–10.
44. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA.* 2010 Sept 15;304(11):1181–90.
45. Frank J, Snell L, Sherbino J. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework.* 2015.
46. West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Lond Engl.* 2016 Nov 5;388(10057):2272–81.
47. 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 Intern Med.* 2017 Feb 1;177(2):195–205.
48. 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 Feb;40(2):146–53.
49. Verweij H, van Ravesteijn H, van Hooff MLM, Lagro-Janssen ALM, Speckens AEM. Mindfulness-Based Stress Reduction for Residents: A Randomized Controlled Trial. *J Gen Intern Med.* 2018 Apr;33(4):429–36.
50. Lases SS, Lombarts MJMH, Slootweg IA, Arah OA, Pierik EGJM, Heineman E. Evaluating Mind Fitness Training and Its Potential Effects on Surgical Residents' Well-Being: A Mixed Methods Pilot Study. *World J Surg.* 2016 Jan;40(1):29–37.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

51. Geiger A. The Whys and Hows of Generations Research [Internet]. Pew Research Center. 2015 [cited 2025 Nov 29]. Available from: <https://www.pewresearch.org/politics/2015/09/03/the-whys-and-hows-of-generations-research/>
52. Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A, et al. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care*. 2005 Feb;14(1):26–33.
53. Cane J, O'Connor D, Michie S. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research. *Implement Sci IS*. 2012 Apr 24;7:37.
54. Davidoff F, Dixon-Woods M, Leviton L, Michie S. Demystifying theory and its use in improvement. *BMJ Qual Saf*. 2015 Mar;24(3):228–38.
55. Nguyen D, Kleeman NJ, Yager Z, Parker AG, Shean MB, Jefferies W, et al. Identifying barriers and facilitators to implementing mindfulness-based programmes into schools: A mixed methods study. *Appl Psychol Health Well-Being*. 2022 Nov;14(4):1172–88.
56. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*. 2005 Dec;80(12):1613–22.
57. Gearhart CA, Blaydes M, McCarthy CJ. Barriers to and Facilitators for Teachers' Wellbeing. *Front Psychol*. 2022;13:867433.
58. Folger A, Nekkanti A, Williamson G, Guidinger C, Kelly NR. Rural sixth-grade teachers' and students' perceptions of a mindfulness-based mental health curriculum. *Front Psychol*. 2023;14:1277614.
59. Knudsen RK, Skovbjerg S, Pedersen EL, Nielsen CL, Storkholm MH, Timmermann C. Factors affecting implementation of mindfulness in hospital settings: A qualitative meta-synthesis of healthcare professionals' experiences. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024 June;6:100192.
60. Gunawan D, Antico L, Nardi W, Brewer J. Developing a mindfulness program for pre-clinical medical students in Indonesia: a mixed-methods study on suitability and appropriateness. *BMC Med Educ*. 2025 July 17;25(1):1072.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

61. Champagne-Langabeer T, Ratcliff CG, Bakos-Block C, Vega F, Cardenas-Turanzas M, Malik A, et al. Evaluating the Meditation Practices and Barriers to Adopting Mindful Medicine Among Physicians. *Am J Lifestyle Med.* 2025 Mar 12;15598276251323850.
62. Hudson KG, Lawton R, Hugh-Jones S. Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program: a qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Serv Res.* 2020 Feb 22;20(1):133.
63. Wilde S, Sonley A, Crane C, Ford T, Raja A, Robson J, et al. Mindfulness Training in UK Secondary Schools: a Multiple Case Study Approach to Identification of Cornerstones of Implementation. *Mindfulness.* 2019 June 4;10(2):376–89.
64. Maynard BR, Solis MR, Miller VL, Brendel KE. Mindfulness-based interventions for improving cognition, academic achievement, behavior, and socioemotional functioning of primary and secondary school students. *Campbell Syst Rev.* 2017 Jan;13(1):1–144.
65. Harrison L. Is There a Movement Towards the Acceptance of Mindfulness in Medical Education? An Audit of Mindfulness Activity in UK Medical Schools. *MedEdPublish* 2016. 2019;8:84.
66. Mischenko PP, Nicholas-Hoff P, Schussler DL, Iwu J, Jennings PA. Implementation barriers and facilitators of a mindfulness-based social emotional learning program and the role of relational trust: A qualitative study. *Psychol Sch.* 2022;59(8):1643–71.
67. Hudson KG, Lawton R HJS. Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program: a qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:442.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Necesitamos que nos entregue la siguiente información sobre usted. Recuerde que la información entregada será anónima y confidencial.

1. Sexo	<input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer <input type="radio"/> Otro. Indique cuál _____	2. Edad	__ __ años
3. Estado civil	<input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Conviviente civil (con acuerdo de unión civil) <input type="radio"/> Conviviente sin vínculo legal <input type="radio"/> Separado (a), divorciado (a) <input type="radio"/> Viudo (a)		
4. Tiene Hijos	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿cuántos? __ __		
5. Año en el que egresó de la carrera de Medicina	_____		
6. Año en el que ingresó a la Especialidad	_____		
7. Especialidad que está cursando	_____		
8. Año de Especialidad que cursa actualmente	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3		



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

9. ¿Cómo financia su especialidad?	<input type="radio"/> Autofinanciado <input type="radio"/> Beca del estado <input type="radio"/> Beca de la Universidad <input type="radio"/> Otro. Indique cuál _____
10. ¿Tiene alguna actividad laboral además de sus estudios de especialidad?	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí ¿Cuántas horas dedica a la semana? _____
11. En el presente semestre las actividades <u>docentes</u> de su programa de especialidad han sido:	<input type="radio"/> Todas presenciales <input type="radio"/> Mayoritariamente presenciales <input type="radio"/> Presenciales y online por igual <input type="radio"/> Mayoritariamente online <input type="radio"/> Todas online
12. En el presente semestre las actividades <u>clínicas asistenciales</u> de su programa de especialidad han sido:	<input type="radio"/> Todas presenciales <input type="radio"/> Mayoritariamente presenciales <input type="radio"/> Presenciales y online por igual <input type="radio"/> Mayoritariamente online <input type="radio"/> Todas online



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Anexo 2: Resumen de resultados por dominios y preguntas



	Totalmente en desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3)	De acuerdo (4)	Totalmente de acuerdo (5)	MEDIANA
Creencias sobre capacidades						
¿Te sentirías seguro de poder enseñar y/o impartir educación sobre mindfulness a los estudiantes si se te proporcionara formación al respecto?	8	14	11	36	19	4
Programar una práctica diaria de mindfulness en la facultad sería fácil	9	26	31	17	5	3
Me sentiría cómodo enseñando mindfulness a los estudiantes, si se me proporcionara formación ¹	7	16	14	27	24	4
Creencias sobre las consecuencias						
Me preocupa que si la facultad enseñara programas basados en mindfulness el rendimiento en mi ramo sería peor	43	24	19	1	0	2
En mi opinión, la enseñanza de programas basados en mindfulness mejorará el bienestar de los estudiantes ¹	2	4	13	38	30	4
Contexto y recursos del medio						
Dispongo de recursos (por ejemplo, meditaciones pregrabadas, meditaciones guiadas, ejercicios de atención plena, esterillas de yoga) para ayudarme a realizar intervenciones basadas en mindfulness a los estudiantes	49	20	9	7	1	1
Dispongo de instalaciones suficientes (por ejemplo salas) para impartir programas basados en mindfulness a los alumnos	36	27	8	13	2	2
Tengo tiempo suficiente para enseñar programas basados en mindfulness a los estudiantes	28	33	15	8	2	2
Conocimiento						
Para mí, comprender mejor los programas basados en mindfulness para educación médica sería beneficioso ²	4	4	10	40	28	4
En mi opinión, los programas basados en mindfulness no enseñan eficazmente a los estudiantes a gestionar el estrés ¹	25	27	27	4	3	2
Motivación y objetivos						
Enseñar a los alumnos a gestionar el estrés es un aspecto muy importante en educación médica	1	0	2	32	50	5
La visión de la facultad me motiva a enseñar a los alumnos a gestionar el estrés ¹	5	21	27	25	7	3
¿Crees que la enseñanza de programas basados en mindfulness debería ser una prioridad en las escuelas de medicina? ¹	4	8	33	31	9	3
Me motiva enseñar programas basados en mindfulness como parte de un currículum de medicina	7	13	17	35	12	4
Rol Profesional						
En mi opinión, los programas basados en mindfulness están fuera del ámbito de la educación médica	35	27	14	5	2	2
Es aceptable que sólo enseñe a mis alumnos las asignaturas obligatorias del plan de estudios, de medicina como Anatomía, Cirugía, Medicina Interna, Pediatría, etc	26	32	14	10	2	2



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Aptitudes

Tengo la oportunidad de desarrollar las habilidades para impartir programas basados en mindfulness a los estudiantes, como a través de programas de desarrollo profesional en la facultad ¹	11	28	25	15	3	3
Si se me proporciona un programa estructurado operacionalizado, tengo las habilidades para poder impartir programas basados en mindfulness a los estudiantes	4	11	19	37	11	4

Influencia del medio

La mayoría de mis colegas no creen que sea importante enseñar programas basados en mindfulness a los estudiantes de medicina	6	5	38	24	9	3
El equipo directivo de mi facultad no cree que sea importante enseñar a los alumnos programas basados en mindfulness ¹	6	20	48	3	5	3
Los estudiantes de medicina no quieren aprender programas basados en mindfulness durante su formación de pregrado.	10	16	52	4	0	3



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Anexo 3.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por favor, a continuación, lea el siguiente consentimiento informado que le indicará la información más relevante de la participación que le solicitamos al responder esta encuesta.

Título del Proyecto:

“Relación entre barreras y facilitadores en la implementación de prácticas de intervención basadas en *mindfulness* (IBM) con variables sociodemográficas y académicas de los docentes de medicina de la Universidad de Concepción 2022.”

Investigador Responsable:

Dr. Joaquín Gundelach Muñoz. Estudiante Magíster en Educación Médica para las Ciencias de la Salud. Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Tutora Académica:

Paula Parra Ponce

Centro Patrocinante

Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

INFORMACIÓN

Introducción: El presente formulario de Consentimiento Informado le permitirá evaluar, juzgar y decidir si desea participar en este estudio. Lea esta hoja informativa con atención. Puede que existan algunas palabras o conceptos que no entienda. Si eso ocurre, por favor, siéntase en confianza de solicitar que le sean explicados de mejor manera los conceptos. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarle al Investigador Responsable cuando desee.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo relacionar las barreras y facilitadores en la



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

implementación de Intervenciones Basadas en Mindfulness, con las variables sociodemográficas y académicas de los docentes de medicina de la Universidad de Concepción durante el año 2022.

Razón por la que se le invitó a participar: Se le ha invitado a participar porque este estudio incluye a la totalidad de los docentes de medicina que tengan un vínculo contractual con la universidad y que realicen clases a alumnos de medicina de la Universidad de Concepción durante todo el año 2022. Se excluirán a los docentes que hayan presentado licencia académica por más 3 meses durante el presente año o que tengan menos de 1 año de experiencia laboral en educación médica.

Participación voluntaria: Su participación será LIBRE y VOLUNTARIA. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, usted no será afectado en ninguna forma. También puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que lo desee sin que esto implique sanción o reproche hacia usted por esta decisión.

Diseño del estudio: El estudio al que se le invita es de carácter cuantitativos y se empleará un diseño no experimental con un alcance analítico-relacional y dimensión temporal transversal.

Procedimiento: Su participación consistirá en responder un solo cuestionario que abarca 8 dominios: 1) Creencias sobre capacidades 2) Creencias sobre las consecuencias, 3) Contexto y recursos del medio 4) Conocimiento, 5) motivación y objetivos 6) rol profesional 7) aptitudes 8) Influencia del medio.

Esta actividad requerirá que contribuya al estudio con 15 minutos de su tiempo, como máximo, y será realizada en el momento y lugar que sea más cómodo para Ud. Debido al carácter exclusivamente educacional del estudio no se requerirá en ningún momento información relativa a actividades propias de la atención en salud.

Duración: El proyecto tendrá una duración de 6 meses, en los cuales se solicitará su participación en una sola ocasión.

Riesgos: En esta investigación no se identifican riesgos en contra de su bienestar físico, y no debiera generar cambios en su percepción sobre las actividades curriculares ni pedagógicas en la que ha participado, ni sobre su actuar como docente.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

Beneficios: Se espera que este estudio permita identificar ciertas barreras y facilitadores que perciben los docentes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción acerca de la implementación de intervenciones basadas en mindfulness para el bienestar de los alumnos de medicina; esto, a fin de generar evidencia empírica sobre el tema, que permita en un futuro implementar dichas intervenciones y mejorar el bienestar de los estudiantes.

y mejorar el bienestar de los estudiantes.

Incentivos: Los participantes no recibirán retribución económica ni académica por su participación.

Confidencialidad: La información que Ud. entregue será resguardada codificando la identidad de todos los participantes. El sistema de códigos sólo será conocido por el Investigador Responsable y su identidad no será considerada durante el procesamiento de los datos ni en ningún otro momento. Los datos serán almacenados en computadores resguardados con clave y podrán acceder a los datos relacionados al estudio SÓLO el equipo de investigación y el Comité Ético-Científico revisor si así lo considera oportuno. El Investigador Responsable estará a cargo de la custodia de toda la información del estudio.

Publicación de resultados: Al finalizar esta investigación, el conocimiento que se obtenga del estudio se difundirá hacia la comunidad científica y académica, tanto en seminarios, congresos y artículos publicados en revistas científicas del área, para que otras personas interesadas puedan aprender de los hallazgos obtenidos. En todas estas instancias se mantendrá el anonimato de la identidad de todas las personas e instituciones participantes. Se le proporcionará un resumen ejecutivo si Ud. lo solicita.

A quién contactar: Cualquier pregunta respecto al desarrollo de la investigación o sobre los resultados de ésta, parcial o final, puede contactar con el investigador responsable, Dr. Joaquín Gundelach Muñoz, escribiéndole a su correo electrónico jgundelach@udec.cl o llamándole al fono +56 41 2725336. También puede solicitar información adicional a la presidenta del Comité de Ético Científico de la Facultad de Medicina, Dra. Isabel Cottin Carrazana, al fono +56 41 2204935 o al correo electrónico cecmedicina@udec.cl, o a la presidenta del Comité de Ética de la Universidad de Concepción, Dra. Andrea Rodríguez Tastets, al fono +56 41 2204302.



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

DECLARACIÓN

Confirmando que he leído y entendido la información presentada en esta página, y declaro que acepto que la información proporcionada será recopilada, utilizada y divulgada conforme a lo descrito en la ficha informativa, que he decidido libre y voluntariamente participar en el estudio de investigación y entiendo que puedo retirarme en cualquier momento sin sanción alguna, y que sé que haciendo esto no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

- Sí, acepto participar libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas
 No, no acepto libre y voluntariamente bajo las condiciones establecidas

2. Si te interesa recibir los resultados del estudio, por favor, indícanos tu correo electrónico. Hacerlo es voluntario. Si así lo decides, por favor, procura escribirlo correctamente.

- Sí
 No

Correo:



Universidad de Concepción



DEPARTAMENTO
**EDUCACIÓN
MÉDICA**
Universidad de Concepción

