



**FACTORES PROMOTORES DE LOS PROCESOS DE RESILIENCIA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD EXPUESTOS A ESTRÉS LABORAL Y DESGASTE
PROFESIONAL. UNA REVISIÓN DE ALCANCE DE LA LITERATURA**

María Fernanda Guerrero Garay

**Trabajo presentado como requisito para optar por el
título de Especialista en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario**

Bogotá, 2020

**FACTORES PROMOTORES DE LOS PROCESOS DE RESILIENCIA EN
PROFESIONALES DE LA SALUD EXPUESTOS A ESTRÉS LABORAL Y DESGASTE
PROFESIONAL. UNA REVISIÓN DE ALCANCE DE LA LITERATURA**

María Fernanda Guerrero Garay

**Asesor metodológico:
Gloria Helena Villalobos Fajardo**

**Especialización en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario**

Bogotá D.C., 2020

REVISION SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA
AUTOR: MARIA FERNANDA GUERRERO GARAY
SALUD OCUPACIONAL. U. ROSARIO
TUTOR: GLORIA VILLALOBOS FAJARDO
12, NOVIEMBRE, 2020

1. TITULO

Factores promotores de los procesos de resiliencia en profesionales de la salud expuestos a estrés laboral y desgaste profesional. Una Revisión de alcance de la Literatura.

2. RESUMEN

Antecedentes: La resiliencia se comprende como la capacidad de una persona de enfrentar la adversidad y salir fortalecido y transformado de manera positiva. Los profesionales de la salud que se encuentran en entornos laborales adversos están en alto riesgo psicosocial. El propósito de esta revisión de alcance es identificar los factores promotores de los procesos de resiliencia en estos profesionales expuestos a estrés laboral y desgaste profesional.

Métodos: Se seleccionaron estudios publicados en revistas indexadas entre el periodo comprendido entre el 2009 y 2020, de las bases de datos electrónicas Cochrane, Pubmed/MEDLINE. Los idiomas que se incluyeron fueron inglés y español, utilizando términos de búsqueda con palabras clave “burnout” AND “resilience” AND “health personnel” AND “adaptation psychological” OR “empathy”. Los criterios de exclusión fueron aquellos artículos donde la muestra incluía profesionales diferentes a los de la salud, artículos de opinión, noticias,

foros, y aquellos que no hacían alusión a la temática a investigar. Los estudios incluidos en la síntesis cualitativa final fueron escogidos por el autor manualmente conforme a su correspondencia con los objetivos propuestos y sintetizados de manera descriptiva.

Resultados: De los 29 estudios incluidos para la síntesis cualitativa final de esta revisión; 10 aportaron a describir factores de riesgo, 14 se centraron en factores promotores y 5 en prácticas orientadas a la promoción de los factores promotores de resiliencia en los profesionales de la salud expuestos a estrés laboral y desgaste profesional. Entre los principales factores de riesgo se identificaron jornada laboral extendida, gran carga administrativa, pérdida de autonomía, sensación de no control de gestión del tiempo, manejo de las situaciones desde las emociones. Como factores promotores de resiliencia la empatía, flexibilidad, realismo, sentido de vocación, manejo de las situaciones desde la racionalidad, habilidades de comunicación, trabajo en equipo, red de apoyo familiar y social. En prácticas orientadas a la promoción de resiliencia se encontraron la atención plena, la autocompasión y la meditación.

Conclusión: Los resultados proporcionan evidencia sobre la necesidad de promover la resiliencia en los profesionales de la salud, así como por fomentar ambientes laborales saludables que favorezcan su potencial y desarrollo humano. Esto amortiguará el estrés al que se exponen permanentemente en su práctica y prevendrá su desgaste profesional.

3. INTRODUCCIÓN

Los profesionales de la salud están expuestos a un alto riesgo psicosocial a causa del estrés laboral y el consecuente desgaste profesional, con efectos desfavorables para sí mismos como la pérdida del sentido de la vida, el suicidio, el consumo de drogas y alcohol, los fracasos conyugales, el ausentismo laboral y la disminución en la productividad. Entre algunos factores de riesgo que afectan su salud mental se han descrito políticas inadecuadas de seguridad y protección de la salud; prácticas ineficientes de gestión y comunicación; escaso poder de decisión como trabajador

o ausencia de control de su área de trabajo; bajo nivel de apoyo a los empleados por parte de la empresa; horarios rígidos de trabajo; falta de claridad en los objetivos organizativos; cargas de trabajo elevadas; carencia de cohesión o de apoyo social en el trabajo; maltrato e intimidación en el trabajo (1)

Actualmente, se reconoce que el estrés laboral es uno de los principales problemas para la salud de los trabajadores y el buen funcionamiento para las entidades en las que trabajan (2). Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés relacionado con el trabajo está determinado por la organización y el diseño del trabajo, así como por las relaciones laborales. El estrés tiene lugar cuando las exigencias del trabajo no se corresponden o exceden de las capacidades, recursos o necesidades del trabajador o cuando el conocimiento y las habilidades de un trabajador o de un grupo para enfrentar dichas exigencias no coincide con las expectativas de la cultura organizativa de una empresa (3).

En la clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE 11) el cual entrará en vigor desde el 1 de enero del 2022, se ha reconocido el *Síndrome de Desgaste Ocupacional* (Burnout en CIE 10) como un problema relacionado con el trabajo y definido como un “síndrome conceptualizado como resultado del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha manejado con éxito. Se caracteriza por: sentimientos de agotamiento; distanciamiento hacia el trabajo, o sentimientos de negativismo o cinismo relacionados con el trabajo; y reducida eficacia profesional”. Estas situaciones presentadas en el personal de la salud instan a propender por la humanización de su entorno laboral y por la promoción de los factores promotores de los procesos de resiliencia (4)(5).

El término resiliencia viene del latín *resilio* que significa rebotar, saltar hacia adelante, volver de un salto, resurgir. Numerosos estudios han descrito factores promotores de resiliencia tales como las redes de apoyo social, la motivación intrínseca derivada de la satisfacción profesional y vital, el compromiso con la atención directa al paciente y con la práctica clínica (16) (6).

Estudios recientes muestran resultados interesantes en prácticas orientadas a la promoción de resiliencia, tales como prácticas de relajamiento, atención plena y autocompasión (7)(8)(9). Del mismo modo otras investigaciones concluyen que la promoción de la resiliencia es pertinente y acertada, pues se movilizan recursos personales que inician una espiral positiva a pesar de las condiciones de trabajo estresantes (24).

Por lo anterior, el objetivo de la presente revisión de alcance fue identificar los factores promotores de los procesos de resiliencia en profesionales de la salud expuestos a estrés laboral y desgaste profesional.

4. MÉTODOS

4.1 Búsqueda de literatura científica

Los criterios de selección de los artículos fueron estudios científicos observacionales y experimentales, revisiones sistemáticas y metaanálisis, publicados en revistas indexadas entre el periodo comprendido entre el 2009 y 2020 en las bases de datos Cochrane y Pubmed/MEDLINE.

Los idiomas de publicación para la búsqueda designados fueron inglés y español. Como palabras clave se utilizaron: desgaste profesional, resiliencia, personal sanitario, adaptación psicológica, empatía.

Los criterios de exclusión fueron aquellos artículos donde la muestra incluía profesionales diferentes a los de la salud, artículos de opinión, noticias, foros, y aquellos que no hacían alusión a la temática a investigar.

Como fuentes de información se utilizaron las revistas electrónicas indexadas de las bases de datos Cochrane y Pubmed/ Medline; entre periodo comprendido entre el 2009 y 2020.

La búsqueda de artículos se realizó en primer lugar bajo los siguientes parámetros en PubMed: (burnout AND resilience AND health personnel) AND ((adaptation, psychological [MeSH Terms]) OR (empathy [MeSH Terms])); esta búsqueda permitió encontrar 152 resultados.

Luego se realizó una segunda búsqueda en PubMed bajo los siguientes parámetros: "physicians/psychology"[MeSH Major Topic] AND "burnout, professional/psychology"[MeSH Terms] AND "burnout"[Title]. Con esta búsqueda se obtuvieron 393 resultados.

Posteriormente, se realizó una tercera búsqueda en PubMed bajo los siguientes parámetros: ("burnout, professional/psychology"[MeSH Major Topic] AND burnout[Other Term] AND resiliency[Other Term]) OR ("burnout, professional/epidemiology"[MeSH Major Topic] AND oncologist) OR ("personality"[MeSH Major Topic] AND "physicians/psychology"[MeSH Major Topic] AND "wellness"[Title]) OR (burnout, professional/epidemiology[MeSH Terms] AND "job satisfaction"[MeSH Major Topic] AND ("career satisfaction"[Title] OR "life satisfaction"[Other Term])) OR ("physicians/psychology"[MeSH Major Topic] AND "resilience, psychological"[MeSH Major Topic] AND stress[Title]) OR ("physicians/psychology"[MeSH Major Topic] AND resilience[Other Term] AND physician[Other Term]) OR ("resilience, psychological"[MeSH Major Topic] AND attitude of health personnel[MeSH Terms] AND "workplace/psychology"[MeSH Terms]) OR ("burnout, professional"[MeSH Major Topic] AND "workload"[MeSH Terms] AND distress[Title]) OR ("burnout, professional/prevention and control"[MeSH Major Topic] AND "physicians/psychology"[MeSH Major Topic] AND "burnout"[Title] AND "physicians"[Title]). Esta tercera búsqueda arrojó 125 resultados.

A todas las búsquedas se le aplicaron los siguientes filtros: tipo de artículo en la casilla artículo de revista (en inglés type article, casilla journal article), especies en la casilla humano (en inglés species, casilla human), lenguaje en la casilla inglés (en inglés language, casilla english), dato de publicación en la casilla rango personalizado con los datos 2009 01 01 y en las casillas siguientes 2020 10 12 (en inglés publication date, casilla custom range).

Con los filtros anteriores se consiguieron 130 resultados para la primera búsqueda, 282 resultados para la segunda búsqueda, y 94 resultados para la tercera búsqueda. A las búsquedas 1 y 2 se les aplicó filtro por edad en la casilla adulto y edad media (en inglés age casilla adult y middle aged) respectivamente, lo que arrojó un resultado de 71 y 112 artículos respectivamente. Posteriormente se tomaron los resultados de las tres búsquedas, se realizó eliminación de los duplicados y se obtuvieron 264 resultados.

4.2 SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS ANALISIS DE SESGOS Y DE CONTENIDO

Luego de las tres búsquedas de literatura científica se realizó eliminación de los duplicados y se obtuvieron 264 resultados. De los 264, se excluyeron manualmente 166 con base en sus títulos y resúmenes, quedando 98 artículos para revisión. Se revisan los textos completos de los 98 resultados y se excluyeron 69 aplicando la herramienta STROBE para los estudios observacionales, CONSORT para los experimentales, y PRISMA para los metaanálisis, quedando para la síntesis cualitativa final 29 resultados. La figura 1 resume el flujograma de búsqueda de estudios.

Se revisaron de nuevo los 29 resultados verificando que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión formulados y se procedió a su análisis y revisión considerando autores, año, país, tipo de estudio, tamaño de la muestra, población, región, objetivo del estudio, resultados, información

con la se construyó una tabla resumen. El análisis de los estudios consideró variables sociodemográficas, organizacionales, familiares y personales.

Para la presente revisión de alcance de literatura se realizó un protocolo con el fin de reducir el impacto de los sesgos inherentes al autor y promover la transparencia acerca de los métodos y del proceso, además de evitar revisiones redundantes. Para ello, no se modificó el protocolo de revisión original, así como tampoco se excluyeron estudios previamente seleccionados. Del mismo se seleccionaron estudios completos. El informe de la revisión se adhiere a la declaración de elementos de informe preferidos para revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). Para el control de sesgos se utilizó como guía la herramienta 'riesgo de sesgo' del Manual Cochrane de revisiones sistemáticas de intervenciones versión 5.1.0 del 2011. Cada estudio presenta riesgo de sesgo bajo o poco claro.

La descripción de los resultados se realizó en forma narrativa con cada uno de los artículos incluidos, precisando el aporte de cada estudio para cada objetivo propuesto, y según las variables demográficas, organizacionales, familiares y personales descritas en cada estudio.

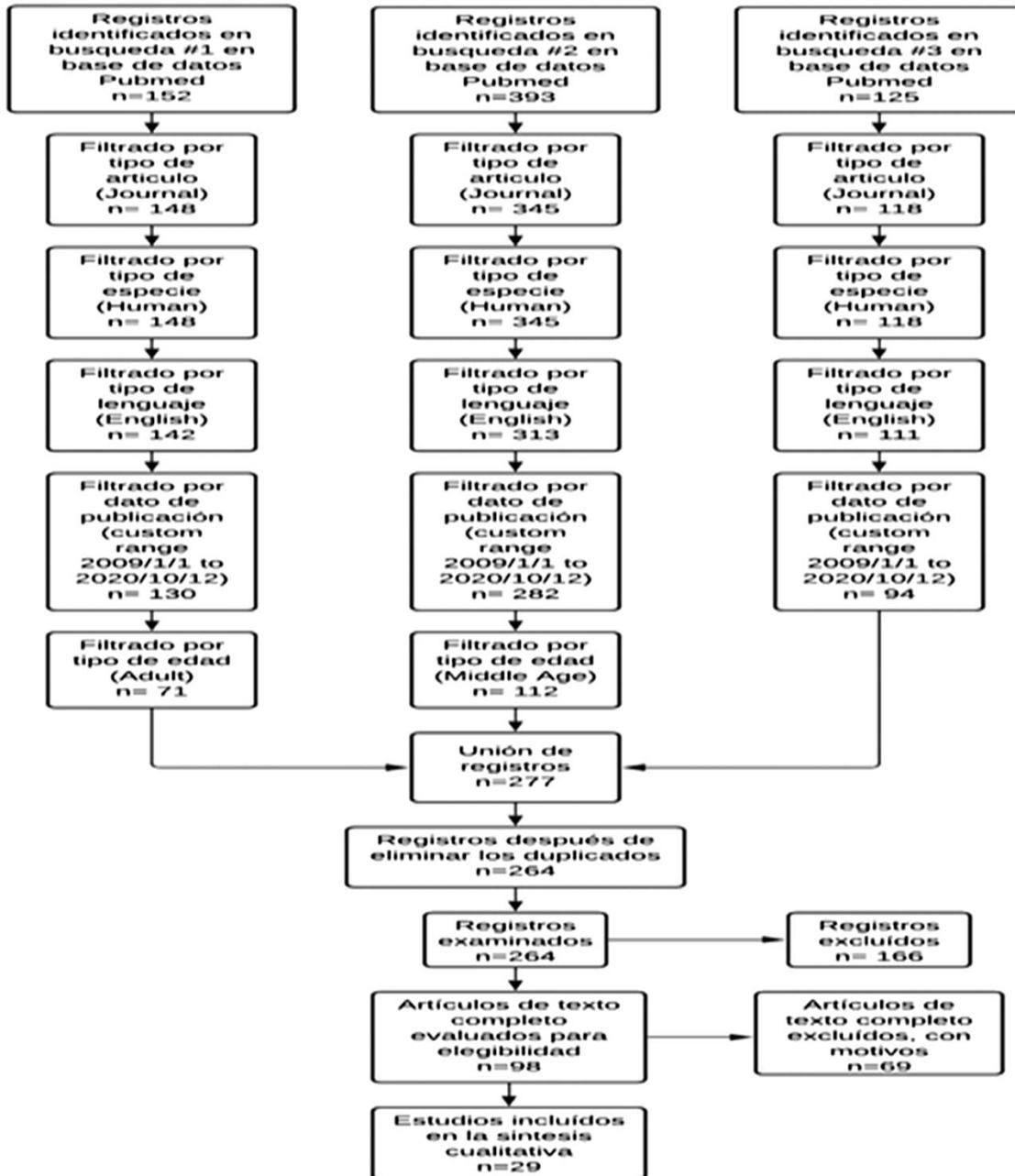


Figura 1. Flujograma de búsqueda de estudios

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los proyectos de investigación en el campo de la salud humana deberán ajustarse a las “Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”, establecidas en la resolución

No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, considerando de manera especial la categoría de riesgo para los humanos que pueda generar la propuesta.

Igualmente, es necesario mencionar la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en donde se explican los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Según la Resolución 8430 de 1993, Artículo 11, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y para efectos de esta investigación, se clasifica en la categoría sin riesgo.

5. RESULTADOS

Luego de la búsqueda de literatura científica y de la exclusión de artículos a partir de los criterios definidos, resultaron 29 estudios de los cuales 3 son revisiones sistemáticas con metaanálisis, 1 revisión sistemática de la literatura, 3 experimentales y 22 observacionales, dentro de los cuales 10 aportan a describir factores de riesgo para estrés laboral y desgaste profesional, 14 a factores promotores de resiliencia y 5 en prácticas orientadas a la promoción de los factores promotores de resiliencia en los profesionales de la salud. Los países donde se realizaron las investigaciones fueron: Reino Unido (4 estudios), Estados Unidos (13 estudios), Canadá (1 estudio), España (3 estudios), Australia (2 estudios), Australia/Nueva Zelanda (1 estudio), Irlanda (1 estudio), Escocia (1 estudio), Francia (1 estudio), Alemania (1 estudio), Taiwán (1 estudio).

Del total de 29 artículos, 22 fueron realizados en médicos generales, oncólogos, internistas, urgenciólogos, pediatras, intensivistas, los 7 restantes en otros profesionales de la salud que incluían además de médicos, enfermeras y farmacéuticos. El tamaño de las muestras osciló entre 11 y 7905 sujetos.

Los sesgos más comunes que se encontraron en los estudios revisados fueron: sesgo de selección por muestra pequeña lo que resulta en bajo poder estadístico para detectar asociaciones entre

variables; sesgo de información por la no exploración de múltiples variables personales y profesionales predictoras de tensión relacionada con el trabajo; sesgo de respuesta por desconocimiento sobre si los profesionales de la salud que están agotados tienen más o menos probabilidades de responder a las encuestas realizadas; sesgo de detección en las respuestas de las encuestas, pues pueden verse afectadas por factores transitorios del profesional en salud y no ser una representación real de su nivel de agotamiento o estrés, además es probable que haya factores que impactan en el agotamiento, la satisfacción profesional y la calidad de vida que no se midieron.

Las 29 publicaciones seleccionadas para esta revisión fueron categorizadas por estrés laboral, desgaste profesional y resiliencia. En cada estudio se revisaron los factores de riesgo para estrés laboral y desgaste, factores promotores de resiliencia y prácticas orientadas a la promoción de los factores promotores de resiliencia. Diez publicaciones aportaron la identificación de factores de riesgo (10, 11, 12, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 25), catorce artículos describieron factores promotores de la resiliencia (16,17, 21, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36) y cinco brindaron prácticas orientadas a promover resiliencia (22, 23, 26, 37, 38).

Los 22 estudios observacionales evaluaron las variables de estudio en los profesionales de la salud utilizando cuestionarios validados, entre ellos: Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI (10, 13, 14, 15, 18, 19, 20, 16, 21, 24, 28, 33, 34, 35, 36, 38), Cuestionario de Resiliencia de Connor Davidson CD-RISC (23, 25, 26, 38), Cuestionario de Depresión PRIME MD / PHQ2 (13, 20), Cuestionario para Abuso de Alcohol CAGE (13), Cuestionario Calidad de vida física y mental SF-12 (13,18,20), Cuestionario de Apoyo Social y Afrontamiento Personal SSPC-14 (18), Escala de Empatía de Jefferson JSPE (34, 35, 36), Prueba de detección de la participación de sustancias, tabaquismo y alcoholismo modificado del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas NM ASSIST(9), Escala Likert (19), Escala Depresión Ansiedad y Estrés DASS (25), Escala Calidad de

Vida Profesional ProQoL (25, 38), Escala de afrontamiento para adultos CSA (25), Escala de inteligencia emocional de Wong and Law WLEIS (21), Escala de resiliencia RS-14 (32), Cuestionario de detección de traumatismos TSQ (33), Cuestionario de Actitudes de Seguridad (32), Escala de estrés percibido PSS (23), la Escala de ansiedad de Smith SAS (23) y la Escala de autoevaluación analógica lineal LASA (23), Escala Visual Analógica-Fatiga VAS-Fatiga (23), Escala de conciencia de atención consciente MAAS (26).

5.1 Efecto de las características demográficas

En la mayoría de los estudios la influencia de aspectos como la edad y sexo se relacionó con el agotamiento y/o la resiliencia.

Algunos artículos encontraron que la variable sexo no influye en las puntuaciones de desgaste (10,12,27); otros si lo relacionaron al sexo femenino (13, 14, 15, 21) y a ser hombre (18), además ser mujer se asoció con niveles superiores de atención compasiva (34).

La variable edad menor de 40 años se relaciona con desgaste (10,12, 13, 15, 20), y solo en un estudio se relacionó con ser menor de 25 años (25). Por el contrario, el ser mayor de 50 años se relacionó con niveles de resiliencia más altos (21, 27). Finalmente, el estado civil de ser soltero se relacionó con desgaste, aunque en pocos estudios (12, 15).

5.2 Factores de Riesgo para stress laboral y Burnout

Un estudio realizado en jóvenes oncólogos europeos halló una tasa del 71% de desgaste profesional principalmente relacionado con el hecho de no tener acceso a servicios de apoyo (74%), no tener un buen equilibrio entre el trabajo y la vida privada (63%), vivir solo (33%), no tener un tiempo de vacaciones adecuado y la región geográfica ubicada en Europa Central (84%) (10).

En un estudio que incluyó metaanálisis, se halló que los oncólogos tenían un nivel de desgaste alto (32%), el 27% presentaba morbilidad psiquiátrica, entre el 42% y el 69% se encontraban estresados en el trabajo, más del 12% de los oncólogos presentaban depresión, hasta un 30% bebía alcohol de forma problemática y hasta un 20% usaban drogas hipnóticas. Este estudio reportó factores de riesgo tales como la muerte del paciente, dar malas noticias a los pacientes con cáncer o sus familiares, la lucha con los límites de la medicina en el tratamiento del cáncer, la alta tasa de mortalidad por cáncer y la preocupación por la propia muerte (11).

Factores como el uso de ansiolíticos, puntuaciones altas en el cuestionario de salud mental GHQ, el deseo de renunciar, cambiar de especialidad, reducir horas laborales y jubilación prematura, también se encontraron asociados con el agotamiento (12). En un estudio realizado en ginecólogos, se halló que el 32% presentaba desgaste, 33% depresión, el 13% había tenido ideación suicida, el 15% abuso de alcohol, el 34% deterioro de la calidad de vida, el 40% sentimientos de estar abrumado, el 60% había laborado por 10 años, y el 44,5% informó ser reacios a buscar atención para su salud mental debido a preocupaciones sobre su licencia médica (13).

En un estudio a gran escala que evaluó a pediatras, se encontró que el 38% presentaba niveles altos de desgaste, y el 72% niveles moderados, asociados con haber laborado menos de 10 años (50%), no disponer de un espacio de escucha (46%), no disponer de servicios para los médicos afectados (46%), tiempo dedicado a la atención clínica en un 80%, trabajar más de 12 semanas en piso de hospitalizados (58%), tener menos control sobre la cantidad de horas trabajadas o el horario de trabajo, menor satisfacción con la vida fuera del trabajo, además un 18% no buscaron ayuda para su salud mental por preservar la seguridad en el trabajo y por el estigma asociado si se violaba su confidencialidad (14).

En otro estudio realizado en Estados Unidos con oncólogos clínicos, el 44,7% de los profesionales tenían al menos un síntoma de agotamiento, las horas a la semana dedicadas a la atención directa del paciente fue el predictor profesional dominante para desgaste, aumentando el riesgo del 20% al 40% por cada 10 horas adicionales. Tareas relacionadas con el trabajo en casa también aumentaron el riesgo en 10% por cada 5 horas adicionales por semana, centrarse en un tipo de cáncer aumenta el riesgo en un 40% y cada hora adicional por semana dedicada a tareas administrativas en el trabajo aumenta el riesgo de agotamiento en aproximadamente un 5% (15).

Un estudio realizado en anestesiólogos, el 14,8% tenía desgaste, el 6% uso de sustancias para el manejo del estrés, el 10% describió uso frecuente, y casi el 25% uso ocasional, con un riesgo de depresión del 41,3% (18).

En un estudio que analiza el agotamiento, el estrés y la satisfacción entre radio-oncólogos, el 49,5% obtuvo puntuaciones altas en agotamiento emocional y/o despersonalización y el 13,1% presentó agotamiento en las tres medidas, hallazgo asociado a altas demandas de tiempo (13%), y desarrollo / formación profesional (19).

Otra investigación refiere que, dentro de los cirujanos estadounidenses, el 40% estaba desgastado, el 30% con síntomas de depresión y entre el 10% y el 15% cumplía criterios de trastorno depresivo mayor. El 28% tenía una puntuación de calidad de vida mental y física mayor a 1/2 desviación estándar por debajo de la media de la población. Los factores relacionados con estos hallazgos fueron laborar en ciertas áreas de especialización (traumatólogos, urólogos, otorrinos, vasculares y generales), estar más de 2 noches de guardia por semana, trabajar más de 60 horas por semana, y tener una compensación determinada completamente con base a la facturación/productividad, (20).

Una investigación realizada en profesionales de la salud dedicados al cuidado pediátrico halló un 21% de personas con síntomas de depresión, 17% con ansiedad y un 19% con estrés. Las dificultades con su superior en el trabajo incidieron significativamente para tener niveles más bajos de resiliencia ($p = 0.037$) y más altos de estrés ($p=0.031$). Las estrategias de afrontamiento no productivas se correlacionaron positivamente con el desgaste, y se asociaron negativamente con la resiliencia y la satisfacción por compasión (25).

En un estudio realizado en la Universidad de Rochester, se halló que el 45,6% de los profesionales presentaba desgaste asociado a factores de riesgo como la falta de apoyo organizacional (54%), seguido de la carga de trabajo exigente (32%), el tiempo dedicado a la documentación (29%), la falta de respeto (26%), y un equilibrio deficiente entre la vida laboral y personal (5%) (28).

5.3 Factores promotores de resiliencia

Rasgos de personalidad y resiliencia:

En un estudio canadiense de médicos de todas las especialidades, se identificó el que 62% presentaba personalidad Tipo A, el 53% era adicto al trabajo, y el 36% refería una alta necesidad de control. Las correlaciones entre identificarse con una personalidad y la percepción de que lo convierte en un mejor médico fueron moderadas en las tres personalidades (adicto al trabajo de Pearson $r = 0.504$, $p < 0.001$; Tipo A de Pearson $r = 0.605$, $p = < 0.001$ y control obsesivo R de Pearson $= 0.571$; $p < 0,001$). La personalidad de Tipo A se relacionó con mayor frecuencia con ser un mejor médico, la identificación con la personalidad adicta al trabajo se asoció con solo un resultado de bienestar potencialmente dañino, mientras que la identificación con la personalidad fanática del control se asoció con cinco resultados de bienestar potencialmente dañinos. El médico con patrón de conducta Tipo A que es organizado, proactivo y eficiente en el tiempo puede ser

perdonado por su irritación y hostilidad por colegas que aprecian la efectividad de su trabajo; por otro lado, el médico con una personalidad obsesiva del control puede justificar su extrema obsesión y la necesidad de hacer las cosas bien para defender las normas culturales profesionales (17).

En Taiwán, un estudio a internistas reporta que una mayor inteligencia emocional (autoevaluación de las emociones, valoración de las emociones de los demás, uso de la emoción, regulación de la emoción) se asoció significativamente con menos agotamiento ($p < 0,001$) y una mayor satisfacción laboral ($p < 0,001$), mayor satisfacción del paciente y menor desgaste ($p < 0,01$), y un menor nivel de agotamiento se asoció con una mayor satisfacción laboral ($p < 0,001$) (21).

En otro estudio que estudió la relación con las estrategias de afrontamiento positivas en los profesionales del servicio de pediatría se halló que lidiar con el problema se correlacionó significativamente de manera positiva con la satisfacción por compasión, y el optimismo se asoció con la resiliencia. Además, hubo una correlación moderadamente fuerte entre la satisfacción por la compasión y la resiliencia, así como una relación moderada y positiva entre la duración del empleo y la satisfacción por compasión o empatía con los pacientes (25). De otra parte, en un estudio en el servicio de UCI pediátrica, el estilo de afrontamiento centrado en el problema, con pensamiento positivo y no centrado en las emociones, se correlacionó positivamente con la resiliencia (33).

Apoyo social y resiliencia:

En un estudio con pediatras se encontró que aquellos que trabajan en una institución donde hay un centro de escucha y servicios para quien experimenta síntomas de desgaste, tuvieron tasas

significativamente más bajas de agotamiento, incluso el 78% de los profesionales afirmó que buscarían ayuda si se determinara que tenía niveles significativos de agotamiento. Llamativamente, los médicos que trabajaban más horas, pero que sentían el control de cuánto trabajaban, tenían una tasa de agotamiento más baja que sus colegas que trabajaban menos horas, pero tenían menos control de sus horas laborales (14).

Para los profesionales de la salud, la búsqueda y cultivo del contacto con los compañeros en el intercambio de opiniones y experiencias es el recurso central para reducir la inseguridad profesional (24, 27, 32). Así mismo, el cultivo de relaciones con familiares y amigos representó un oasis de estabilidad y comprensión en el marco de contextos ritualizados como ir de compras juntos, actividades deportivas, almuerzo con la familia, reuniones semanales con amigos, así como la presencia consciente en casa (24, 32).

Sentir libertad en el lugar del trabajo y control sobre su vida laboral, así como la posibilidad de elegir trabajar a tiempo parcial, son promotores de resiliencia para los profesionales de la salud (18,22). En una encuesta realizada en la Universidad de Rochester, el trabajo clínico fue muy importante para el 53% de los profesionales de la salud, seguido del trabajo en equipo (24%), la investigación y la docencia (19%), el respeto (11%), la autonomía (8%) y finalmente la medicina como vocación 4% (28).

En el caso de médicos australianos que trabajaban con población vulnerable, se halló que sustentarse en un profundo aprecio y respeto por la población a la que servían, así como un compromiso intelectual con el trabajo, incidió en reducir el impacto del trabajo con personas en condición de desventaja social (31).

Intereses externos y resiliencia:

Las actividades de tiempo libre tales como los deportes como golf, caminata, tenis, actividades culturales como música, literatura, y de más artes, reducen el estrés y contribuyen a los sentimientos de libertad interior en los profesionales. La reflexión personal, tomando tiempo consciente y regular para pensar sobre la propia situación personal, fue otra estrategia reportada, así como prácticas espirituales tales como yoga, meditación, entre otras (24,32). También actividades como cocina, jardinería y danza (27,29).

Influencias ambientales y resiliencia:

En otro estudio realizado en médicos de todas las especialidades, se describe la importancia de los motivadores intrínsecos y los extrínsecos, cuyas combinaciones desfavorables conducirían a experiencias de agotamiento en un 45,5% de los casos. Los médicos con una fuerte vocación tenían más probabilidades de informar un alto significado de vida (88,6%), satisfacción profesional (85,8%) y compromiso en la atención directa al paciente (54,5%), así como el experimentar $\geq 7,5$ horas de gratificación personal por día (OR 1,76; IC del 95%: 1,03–2,99) y compromiso con la práctica clínica (79,5%). En cuanto a factores extrínsecos, los médicos con ingresos $\geq \$ 300.000$ tenían 2,97 veces más probabilidades de estar satisfechos con su carrera en comparación con los médicos con ingresos $< \$ 100.000$, (IC del 95%: 1,27–6,97), aunque dicha asociación no fue significativa estadísticamente (16).

Las fuentes de gratificación relacionadas con el trabajo más reportada son la relación médico-paciente y la eficacia médica. Del mismo modo la limitación de jornada laboral y los períodos de descanso ritualizados vacacionales (24). Los sentimientos de estar conectados o comprendidos en el lugar de trabajo, el trabajo en equipo, las redes de apoyo, y la interacción social con los colegas

son un gran soporte (27, 28). Para los médicos Irlandeses, el cultivar un buen equilibrio entre la vida laboral y personal (84%), participar en actividades de ocio (66%), y el tener apoyo de compañeros, familiares y amigos (63%) resultó en mejor calidad de vida (32). La priorización y delegación (49%), los hábitos de vida saludable (60%), y el mantener la perspectiva (71%), son también un gran sustento en el ejercicio profesional (29), factores igualmente expresados por sus colegas Escoceses (30).

La adversidad como influencia en la resiliencia:

La resiliencia del médico surge como la capacidad de invertir recursos personales de una manera que inicie espirales positivas a pesar de las condiciones de trabajo estresantes. El compromiso proactivo con los límites de las propias habilidades, complicaciones y errores de tratamiento son fundamentales, así como el establecimiento de límites con los demás, el cultivo de la profesionalidad, autoorganización, aceptación, realismo, autoconciencia, reflexividad, flexibilidad, y optimismo (24, 29, 30). La autodirección, persistencia y cooperatividad, así como una mayor tolerancia a la incertidumbre clínica, son factores promotores de resiliencia (27).

Los médicos de edad avanzada parecen tener niveles más altos de satisfacción laboral ($p < 0.01-0.001$) promoviendo su resiliencia (30). Los médicos Irlandeses considerados en un estudio refirieron la resiliencia como el hecho de hacer frente a las dificultades (57%), así como el desarrollo con tiempo y experiencia (41%), mantener el bienestar y la felicidad 32% (29). Profesionales Escoceses de la salud, entienden también que la resiliencia se puede desarrollar, que es fluctuante, y que en ciertas situaciones adversas se es resiliente y en otras no (30).

En relación con la empatía, en un estudio realizado en Francia se halló que el 64,7% de los profesionales en salud mental tenían niveles de empatía moderados y bajo desgaste (77.6%). Se

encontró además que la empatía se correlaciona positivamente con la realización personal y negativamente con la despersonalización (34). En otros estudios realizados en España, los profesionales de urgencias menos empáticos mostraron mayores niveles de burnout, especialmente en la despersonalización, y en menor medida en la realización personal, y por el contrario, los más empáticos evidenciaron menos agotamiento (35, 36).

5.4 Practicas orientadas a la promoción de los factores promotores de resiliencia

Niveles altos de resiliencia se han correlacionado con altos niveles de autocompasión y atención plena (27). Un estudio sobre el impacto percibido del Coaching de bienestar médico sobre el estrés y la resiliencia en profesionales reportó resultados muy positivos en haber ayudado a los médicos a aumentar la resiliencia a través del desarrollo de habilidades y conciencia en tres áreas principales: establecimiento de límites y priorización, autocompasión y autocuidado, y autoconciencia. El coaching ayudó a aprender a rechazar la participación en actividades o trabajos en exceso para dedicar tiempo a las actividades personales, incluido el cuidado personal, a ser más flexibles y tolerantes, a disminuir la presión autoimpuesta, a dejar de lado el perfeccionismo y las percepciones de juicio, y asumir expectativas más realistas de sí mismos y un dato muy importante, los médicos afirmaron volverse más conscientes del poder de la escucha concentrada en la atención a sus pacientes (22).

En un ensayo clínico para evaluar el efecto de un programa de entrenamiento de resiliencia y manejo del estrés SMART, realizado a profesores de medicina por la Clínica Mayo en USA, se observó una mejora estadísticamente significativa en la capacidad de recuperación, el estrés percibido, la ansiedad y la calidad de vida general a las 8 semanas según escalas de evolución: CDRS: cambio medio \pm DE desde el valor inicial $+9,8 \pm 9,6$ vs. $0,8 \pm 8,2$, $t(30) = 3,18$, $p = 0,003$; PSS: $-5,4 \pm 8,1$ frente a $+2,2 \pm 6,1$, $t(30) = -2,76$, $p = 0,010$; SAS: $-11,8 \pm 12,3$ frente a $+2,9 \pm 8,9$,

$t(30) = -3,62, p = 0,001$; y LASA: $+0,4 \pm 1,4$ frente a $-0,6 \pm 1,0, t(30) = 2,29, p = 0,029$. El tamaño del efecto de la intervención fue grande (aproximadamente una desviación estándar) y comparable a otras intervenciones de entrenamiento de resiliencia (23). El mismo grupo de investigadores de la Clínica Mayo, realizó otro estudio piloto con profesores del departamento de radiología aplicando el mismo Programa SMART, con resultados estadísticamente significativos: Las medidas de estrés (PSS) disminuyeron de $25,0 \pm 5,9$ al inicio del estudio a $19,6 \pm 5,6$ al final del período de 12 semanas. Las medidas de ansiedad (SAS) disminuyeron de $57,2 \pm 12,8$ al inicio del estudio a $45,5 \pm 11,2$ al final de las 12 semanas ($p = 0,038$). La atención consciente (MAAS) mejoró de $3,6 \pm 0,8$ al inicio del estudio a $4,3 \pm 0,7$ al final de las 12 semanas ($p = 0,004$). La percepción de calidad de vida (LASA), mejoró de $6,9 \pm 8,1$ a $7,5 \pm 1,1$ ($P = .044$). La resiliencia (CD-RISC) aumentó de $70,0 \pm 12,8$ al inicio del estudio a $73,0 \pm 11,5$. Los participantes no informaron efectos secundarios de la intervención (26).

Una revisión sistemática y metaanálisis publicada en JAMA Internal Medicine, sobre intervenciones controladas para reducir el agotamiento en los médicos, realizada por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Investigación en Salud, Escuela de Investigación en Atención Primaria, Centro Académico de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manchester (Inglaterra), encontró en los análisis de subgrupos efectos significativamente mejores para las intervenciones dirigidas por la organización (DME = $-0,45$; IC del 95%, $-0,62$ a $-0,28$) en comparación con las intervenciones dirigidas por el médico (DME = $-0,18$; IC del 95%, $-0,32$ a $-0,03$). Además, las intervenciones administradas por médicos experimentados y en atención primaria se asociaron con efectos más altos en comparación con las intervenciones administradas por médicos sin experiencia y en atención secundaria, aunque sin diferencias significativas. El estudio concluye que los programas de intervención para el agotamiento en los médicos se asociaron con pequeños beneficios que pueden verse impulsados por la adopción de enfoques

dirigidos por la organización, hallazgo que respalda la opinión de que el desgaste profesional es un problema de toda la organización sanitaria, más que de los individuos (37).

Un grupo de investigadores de la Universidad de Toledo (USA), realizó un estudio controlado para probar los efectos de un programa de 8 horas diseñado para aumentar la resiliencia y disminuir el agotamiento centrado en la conciencia personal, la mejora de las habilidades de afrontamiento, la construcción de conexiones sociales y el mantenimiento del equilibrio, evaluándolo en residentes de medicina familiar después de la participación inicial en el programa y en uno y dos años después del programa. Los resultados mostraron que la resiliencia y la satisfacción por compasión se correlacionaron positivamente, y la satisfacción por compasión se correlacionó positivamente con la realización personal. En el estudio se observó también una disminución en la despersonalización y el agotamiento emocional después del programa (38).

Como sugerencias prácticas para mejorar el entorno laboral, los médicos del estudio de la Universidad de Rochester sugirieron la necesidad disponer de más recursos (33%), el 16% mencionó la importancia de la transparencia administrativa, el 15% instó al trabajo en equipo, el 12% quería más apoyo emocional y el 9% sugirió más autonomía (28).

DISCUSIÓN

La evidencia cualitativa de los estudios sugiere que para que un profesional de la salud que trabaja en un entorno comunitario adverso y desafiante sea resiliente, la resiliencia personal debe alinearse con la resiliencia familiar y la resiliencia organizacional. La estigmatización que pueden sufrir por el estado de su salud mental es una situación preocupante ya que los lleva al silencio y/o automedicarse. Es probable que el agotamiento afecte a la relación médico-paciente, por esto,

bajos síntomas de agotamiento y alto bienestar mantienen el desempeño laboral y las relaciones saludables en los profesionales de la salud resilientes.

En la mayoría de los estudios se encontró la necesidad de los profesionales del trabajo en equipo, lo que supone vínculos de apoyo que fomenten la resiliencia, la autonomía en el manejo del tiempo permaneció como una constante necesidad, y la importancia de tener una vida personal placentera. Llama la atención los hallazgos en las variables demográficas, pues según algunos estudios, la edad avanzada se comporta como factor protector de resiliencia, de igual modo los ingresos altos, aunque este último no fue concluyente. El factor vocación fue un hallazgo muy positivo, pues se correlacionó con un alto rendimiento profesional. La empatía y la autocompasión fueron reforzadas con las prácticas promotoras de resiliencia como la atención plena y los talleres de habilidades de afrontamiento.

Los estudiosos de resiliencia refieren que la flexibilidad y la búsqueda de sentido son esenciales para la resiliencia, lo cual fue constatando por varios estudios incluidos en esta revisión. El reconocimiento de la propia vulnerabilidad abre en el profesional de la salud posibilidades de sentido, lo que previene estrategias no adecuadas de afrontamiento.

La principal limitación de esta revisión de alcance es que la búsqueda incluyó diferentes profesionales de la salud, lo cual podría resultar en una considerable heterogeneidad. No fue posible comparar todos los estudios, pues algunos proporcionan datos separados y algunos estudios combinaron datos entre los profesionales. Los resultados sobre situaciones estresantes y los factores promotores de resiliencia en los profesionales de salud se limitaron a las exploradas por los estudios consultados y no consideraron aspectos relacionados con la atención al paciente.

En esta revisión se utilizó un enfoque deductivo para el análisis, lo que podría representar un sesgo potencial ya que el autor entra en la etapa de análisis con preconcepciones en torno a los datos. A pesar de esto, este estudio sirve como una descripción general sobre los factores de riesgo para estrés laboral y el consecuente Burnout, los factores promotores de procesos de resiliencia y las

prácticas orientadas a la promoción de estos últimos. Los estudios futuros sobre los factores promotores de resiliencia pueden revelar fuentes adicionales de destrezas orientadas a su promoción en los profesionales de la salud.

CONCLUSIONES

Esta revisión pone de relieve la naturaleza compleja y multifactorial de la situación laboral de los profesionales de la salud y su necesidad de apoyo. En la promoción de la resiliencia, los factores personales, familiares y factores organizativos influyen de manera directa, sin embargo, los datos demográficos parecen no tener mayor influencia.

La conexión empática con los pacientes es un núcleo fundamental, así como con el equipo de trabajo.

Los resultados de la revisión de alcance proporcionan evidencia sobre la necesidad de intervenciones que promuevan la resiliencia en los profesionales de la salud desde su dimensión personal, familiar y organizacional, así como también la de construir ambientes laborales saludables que favorezcan su potencial y desarrollo humano. Se requiere fomentar una cultura resiliente que otorgue prioridad a la salud mental de estos profesionales, lo cual amortiguará el estrés al que se exponen permanentemente en su práctica y prevendrá su desgaste profesional, además de brindar herramientas de comunicación y compromiso empático. La salud mental del profesional de la salud tiene especial importancia en el sistema laboral, pues impacta en la productividad, eficiencia, calidad del servicio, y seguridad del paciente. Las intervenciones destinadas a desarrollar habilidades de resiliencia educando en atención plena, autoconciencia, equilibrio entre la vida laboral, familiar y habilidades de afrontamiento, están demostrando efectos muy positivos.

Cabe precisar que la mayor parte de la información proviene de estudios con riesgo de sesgo bajo o poco claro. La generalización de los hallazgos a diferentes sistemas de salud no se puede establecer, pues son estudios de una gran variedad de países. Las muestras con un número pequeño de participantes en los estudios observacionales puede resultar en que los hallazgos tampoco sean generalizables, aunque en este sentido es importante señalar que 8 estudios tuvieron una muestra mayor a mil sujetos, y todos los estudios incluyeron a médicos. La mayoría de los estudios son transversales, lo que no permite hacer seguimiento en el tiempo, y tampoco permite establecer relaciones causales.

De otra parte, se requiere de programas e intervenciones en las organizaciones, pues la resiliencia es un proceso dinámico que se puede cultivar desde todos los ámbitos modificables donde concurre el personal de salud.

Finalmente, se necesitan más investigaciones para explorar las percepciones de los médicos sobre el vínculo entre la personalidad y el desempeño profesional, sería importante explorar si una mayor satisfacción laboral, las experiencias gratificantes del paciente y el compromiso profesional son factores o consecuencias de la identificación con cierto tipo de personalidad. De otra parte, y con un enfoque positivo es urgente educar al profesional de salud en manejo emocional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud (2019). Salud mental en el lugar de trabajo.
https://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/es/

2. Organización Mundial de la Salud (2004). La organización del trabajo y el estrés.
https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
3. Organización Internacional del Trabajo (2016). Estrés en el trabajo. Un reto Colectivo.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
4. World Health Organization (2019). Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases. https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/
5. World Health Organization, ICD-10 (2016). International statistical classification of diseases and related health problems. <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
6. Wallace, J. E., & Lemaire, J. (2007). On physician well being-you will get by with a little help from your friends. *Social science & medicine* (1982), 64(12), 2565–2577.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.016>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17451854/>)
7. Shapiro, S.L., Schwartz, G.E. & Bonner, G. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on Medical and Premedical Students. *J Behav Med* 21, 581–599 (1998).
<https://doi.org/10.1023/A:1018700829825>
(<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1018700829825>)
8. Shapiro, S. L., Brown, K. W., Thoresen, C., & Plante, T. G. (2011). The moderation of Mindfulness-based stress reduction effects by trait mindfulness: results from a randomized controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 67(3), 267–277.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20761> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21254055/>)
9. Pidgeon, A. M., Ford, L., & Klaassen, F. (2014). Evaluating the effectiveness of enhancing resilience in human service professionals using a retreat-based Mindfulness with Metta Training Program: a randomised control trial. *Psychology, health & medicine*, 19(3), 355–364.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2013.806815>

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23767987/>)

10. Banerjee, S., Califano, R., Corral, J., de Azambuja, E., De Mattos-Arruda, L., Guarneri, V., Hutka, M., Jordan, K., Martinelli, E., Mountzios, G., Ozturk, M. A., Petrova, M., Postel-Vinay, S., Preusser, M., Qvortrup, C., Volkov, M., Tabernero, J., Olmos, D., & Strijbos, M. H. (2017).

Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology*, 28(7), 1590–1596.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdx196> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28449049/>)

11. Medisauskaite, A., & Kamau, C. (2017). Prevalence of oncologists in distress: Systematic review and meta-analysis. *Psycho-oncology*, 26(11), 1732–1740.

<https://doi.org/10.1002/pon.4382> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28116833/>)

12. Yates, M., & Samuel, V. (2019). Burnout in oncologists and associated factors: A systematic literature review and meta-analysis. *European journal of cancer care*, 28(3), e13094.

<https://doi.org/10.1111/ecc.13094> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31090179/>)

13. Rath, K. S., Huffman, L. B., Phillips, G. S., Carpenter, K. M., & Fowler, J. M. (2015).

Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology.

American journal of obstetrics and gynecology, 213(6), 824.e1–824.e8249.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.036> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26226551/>)

14. Roth, M., Morrone, K., Moody, K., Kim, M., Wang, D., Moadel, A., & Levy, A. (2011).

Career burnout among pediatric oncologists. *Pediatric blood & cancer*, 57(7), 1168–1173.

<https://doi.org/10.1002/pbc.23121> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21548010/>)

15. Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A. E., Chu, Q., Pippen, J., Sloan, J., & Raymond, M. (2014). Burnout and career

satisfaction among US oncologists. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 32(7), 678–686. <https://doi.org/10.1200/JCO.2013.51.8480>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24470006/>)

16. Tak, H. J., Curlin, F. A., & Yoon, J. D. (2017). Association of Intrinsic Motivating Factors and Markers of Physician Well-Being: A National Physician Survey. *Journal of general internal medicine*, 32(7), 739–746. <https://doi.org/10.1007/s11606-017-3997-y>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28168540/>)

17. Lemaire, J. B., & Wallace, J. E. (2014). How physicians identify with predetermined personalities and links to perceived performance and wellness outcomes: a cross-sectional study. *BMC health services research*, 14, 616. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0616-z>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25471536/>)

18. Hyman, S. A., Shotwell, M. S., Michaels, D. R., Han, X., Card, E. B., Morse, J. L., & Weinger, M. B. (2017). A Survey Evaluating Burnout, Health Status, Depression, Reported Alcohol and Substance Use, and Social Support of Anesthesiologists. *Anesthesia and analgesia*, 125(6), 2009–2018. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002298>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28991114/>)

19. Leung, J., Rioseco, P., & Munro, P. (2015). Stress, satisfaction, and burnout amongst Australian and New Zealand radiation oncologists. *Journal of medical imaging and radiation oncology*, 59(1), 115–124. <https://doi.org/10.1111/1754-9485.12217>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25088562/>)

20. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G. J., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. A. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of surgery*, 250(3), 463–471. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19730177/>)

21. Weng, H. C., Hung, C. M., Liu, Y. T., Cheng, Y. J., Yen, C. Y., Chang, C. C., & Huang, C. K. (2011). Associations between emotional intelligence and doctor burnout, job satisfaction and patient satisfaction. *Medical education*, 45(8), 835–842. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2011.03985.x> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21752080/>)
22. Schneider, S., Kingsolver, K., & Rosdahl, J. (2014). Physician coaching to enhance well-being: a qualitative analysis of a pilot intervention. *Explore (New York, N.Y.)*, 10(6), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.08.007> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25240635/>)
23. Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D., & Varkey, P. (2011). Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of general internal medicine*, 26(8), 858–861. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21279454/>)
24. Zwack, J., & Schweitzer, J. (2013). If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(3), 382–389. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318281696b> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23348093/>)
25. McGarry, S., Girdler, S., McDonald, A., Valentine, J., Lee, S. L., Blair, E., Wood, F., & Elliott, C. (2013). Paediatric health-care professionals: relationships between psychological distress, resilience, and coping skills. *Journal of paediatrics and child health*, 49(9), 725–732. <https://doi.org/10.1111/jpc.12260> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23808920/>)
26. Sood, A., Sharma, V., Schroeder, D. R., & Gorman, B. (2014). Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among Department of Radiology faculty: a pilot randomized clinical trial. *Explore (New York, N.Y.)*, 10(6), 358–363. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2014.08.002> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25443423/>)

27. McKinley, N., Karayiannis, P. N., Convie, L., Clarke, M., Kirk, S. J., & Campbell, W. J. (2019). Resilience in medical doctors: a systematic review. *Postgraduate medical journal*, 95(1121), 140–147. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2018-136135> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30926716/>)
28. Anandarajah, A. P., Quill, T. E., & Privitera, M. R. (2018). Adopting the Quadruple Aim: The University of Rochester Medical Center Experience: Moving from Physician Burnout to Physician Resilience. *The American journal of medicine*, 131(8), 979–986. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2018.04.034> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29777659/>)
29. O'Dowd, E., O'Connor, P., Lydon, S., Mongan, O., Connolly, F., Diskin, C., McLoughlin, A., Rabbitt, L., McVicker, L., Reid-McDermott, B., & Byrne, D. (2018). Stress, coping, and psychological resilience among physicians. *BMC health services research*, 18(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3541-8> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6151040/>)
30. Matheson, C., Robertson, H. D., Elliott, A. M., Iversen, L., & Murchie, P. (2016). Resilience of primary healthcare professionals working in challenging environments: a focus group study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 66(648), e507–e515. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685285> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917054/>)
31. Stevenson, A. D., Phillips, C. B., & Anderson, K. J. (2011). Resilience among doctors who work in challenging areas: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(588), e404–e410. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X583182> (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3123503/>)

32. Lee, K. J., Forbes, M. L., Lukasiewicz, G. J., Williams, T., Sheets, A., Fischer, K., & Niedner, M. F. (2015). Promoting Staff Resilience in the Pediatric Intensive Care Unit. *American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 24(5), 422–430. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015720>
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26330435/>)
33. Rodríguez-Rey, R., Palacios, A., Alonso-Tapia, J., Pérez, E., Álvarez, E., Coca, A., Mencía, S., Marcos, A., Mayordomo-Colunga, J., Fernández, F., Gómez, F., Cruz, J., Ordóñez, O., & Llorente, A. (2019). Burnout and posttraumatic stress in pediatric critical care personnel: Prediction from resilience and coping styles. *Australian critical care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 32(1), 46–53.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.02.003> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29605169/>)
34. Sturzu, L., Lala, A., Bisch, M., Gutter, M., Dobre, D., & Schwan, R. (2019). Empathy and Burnout - A Cross-Sectional Study Among Mental Healthcare Providers in France. *Journal of medicine and life*, 12(1), 21–29. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0050>
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6527412/>)
35. Yuguero, O., Forné, C., Esquerda, M., Pifarré, J., Abadías, M. J., & Viñas, J. (2017). Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine*, 96(37), e8030. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008030>
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5604659/>)
36. Yuguero, O., Ramon Marsal, J., Esquerda, M., Vivanco, L., & Soler-González, J. (2017). Association between low empathy and high burnout among primary care physicians and nurses in Lleida, Spain. *The European journal of general practice*, 23(1), 4–10.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2016.1233173>
(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5774288/>)

37. Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27918798/>)
38. Brennan, J., McGrady, A., Tripi, J., Sahai, A., Frame, M., Stolting, A., & Riese, A. (2019). Effects of a resiliency program on burnout and resiliency in family medicine residents. *International journal of psychiatry in medicine*, 54(4-5), 327–335. <https://doi.org/10.1177/0091217419860702> (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31274363/>)