



ORIGINALES

Efectividad de una intervención breve en la resiliencia, atención plena y empatía de profesionales de enfermería

Effectiveness of a brief intervention on the resilience, mindfulness and empathy of nursing professionals

M^a Teresa Roldán Chicano^{1,2}.
Juan Francisco Sánchez García¹
James Richard Moore^{1,3}
Celia Navarro Manchado¹
Carmen Álvarez Sandoval⁴
David Buendía Ortuño⁵

¹ HG Santa Lucía, Cartagena, Murcia. España. mteresa.rolدان@carm.es

² Universidad de Murcia. Murcia. España.

³ Atención Primaria, Área 2. Servicio Murciano de Salud. Murcia. España.

⁴ Psicóloga. Experta en Mindfulness. Murcia. España.

⁵ Fundación FADE Murcia España.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.545071>

Recibido: 31/10/2022

Aceptado: 19/01/2023

RESUMEN:

Objetivos: Evaluar la eficacia de una intervención guiada basada en la reducción del estrés y compasión, sobre la resiliencia, desgaste por empatía y atención plena de profesionales sanitarios.

Metodología: Estudio cuasiexperimental con grupo control e intervención combinada multimodal impartido en 3 sesiones. Grupo control (n = 23), grupo experimental (n = 23). Recogida de datos: se hicieron 4 observaciones y se utilizaron las herramientas Escala Breve de Resiliencia, Inventario Friburgo de Mindfulness, Inventario de Desgaste por Empatía y datos sobre el perfil laboral y vida personal de las profesionales. Para analizar la relación entre variables se utilizó un modelo lineal general, la pruebas de chi cuadrado o de Fisher y análisis de regresión.

Resultados: No se encontró un efecto significativo de la intervención evaluada en la puntuación obtenida en atención plena, resiliencia o empatía. El grupo control obtuvo mayor puntuación en atención plena cuando se relacionó con la unidad de trabajo no covid y la ausencia de estresores personales $F(1,21)=16,081$ $p<0,01$, $\eta^2=0,434$. El perfil *empático normal sin riesgo*, fue significativamente mayor en unidades no covid frente a las covid en la primera evaluación (70% vs 30%, $p=0,002$). El perfil de baja resiliencia en técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, fue mayor durante la última evaluación (72,2% vs 27,8%, $p=0,003$), momento que coincidió con un mayor número de pacientes hospitalizados por covid.

Conclusiones: Factores personales y laborales (categoría profesional, la unidad de trabajo y presión asistencial) tuvieron más influencia en el bienestar psicológico de los profesionales, que la intervención realizada.

Palabras clave: Resiliencia Psicológica; Atención Plena; Desgaste por empatía; Psicoterapia; Estrés Psicológico; Enfermería

ABSTRACT:

Objectives: Assess the efficacy of a guided intervention based on stress reduction and compassion, related to resilience and compassion fatigue of healthcare professionals.

Methods: Quasi-experimental study with a control and intervention groups, combining a multimodal intervention delivered in 3 sessions. Control group (n = 23), experimental group (n = 23). Data collection: 4 observations were made using the Brief Resilience Scale, Freiburg Mindfulness Inventory, Compassion Fatigue Inventory and data on the professional profile and personal life. In order to analyze the relationship between variables, a general linear model, the chi-square or Fisher test, and regression analysis were used.

Results: No significant effect of the evaluated intervention was found on the score obtained in mindfulness, resilience or empathy. The control group obtained a higher score in mindfulness when related to the non-covid work unit and the absence of personal stressors $F(1,21)=16.081$ $p<0.01$, $\eta^2=0.434$. The normal empathic profile without risk was significantly higher in non-covid units compared to covid units in the first evaluation (70% vs 30%, $p=0.002$). The profile of low resilience in auxiliary nurses was higher during the last evaluation (72.2% vs 27.8%, $p=0.003$), a moment in which a greater number of patients were hospitalized with covid.

Conclusions: A higher influences on professionals psychological wellbeing was present with personal and job related factors (professional category, work place and healthcare pressure) than the intervention carried out.

Key words: Resilience, Psychological; Mindfulness; Compassion Fatigue; Psychotherapy; Stress, Psychological; Nursing

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de ansiedad y otros trastornos relacionados con la salud mental en profesionales sanitarios durante la pandemia por Covid-19, está bien documentada. Diferentes trabajos sintetizan los resultados de más de 400 estudios realizados durante el bienio 2020-2021, y estiman una prevalencia combinada de trastornos relacionados con el sueño del 43% (IC 95%: 36%–50%) ⁽¹⁾, de depresión del 27,05% (IC 95 %: 23,14 %–31,36%) ⁽²⁾ y de ansiedad de hasta el 43 % en trabajadores sanitarios de primera línea (IC 95 %: 25 %–62 %) ⁽³⁾.

Este evidente impacto negativo que la crisis de pandemia por Covid ha supuesto entre los profesionales sanitarios, ha incrementado el interés por identificar intervenciones eficaces que mejoren su bienestar psicológico.

Algunos estudios señalan que aumentar la capacidad del profesional sanitario para afrontar situaciones adversas, es decir, su flexibilidad mental, regulación emocional, capacidad adaptativa, locus de control interno, etc., podrían reducir su vulnerabilidad al malestar psicológico. El fortalecimiento de estos “rasgos resilientes” se puede hacer a través de intervenciones muy diversas, que incluyen los cambios organizacionales, el apoyo psicológico y /o las estrategias de autoayuda guiadas o no guiadas (que a su vez incluyen un gran número de variantes: atención plena, terapia cognitivo conductual, compasión, etc). La duración y organización de estas intervenciones también es diversa y va desde aquellas que requieren una sola intervención a aquellas que tienen una duración mayor a seis meses ^(4,5).

Los estudios de síntesis señalan que la heterogeneidad, la escasez de estudios de carácter experimental y las deficiencias metodológicas de los que se han realizado hasta el momento son causa de la ausencia de evidencia firme sobre el tema. Por el

momento, dos revisiones sistemáticas realizadas sobre profesionales sanitarios en primera línea durante cualquier pandemia o epidemia de enfermedad infecciosa, y sobre estudiantes de profesiones sanitarias informaron de la ausencia de evidencia, o de evidencia “limitada” e “incierto” sobre este tipo de intervenciones ^(4,5).

El objetivo principal de este estudio fue determinar la eficacia de una intervención guiada basada en la reducción del estrés y compasión, sobre la resiliencia, desgaste por empatía y atención plena de profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio cuasiexperimental con grupo control, realizado entre julio de 2021 y febrero de 2022, en el Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena, Murcia.

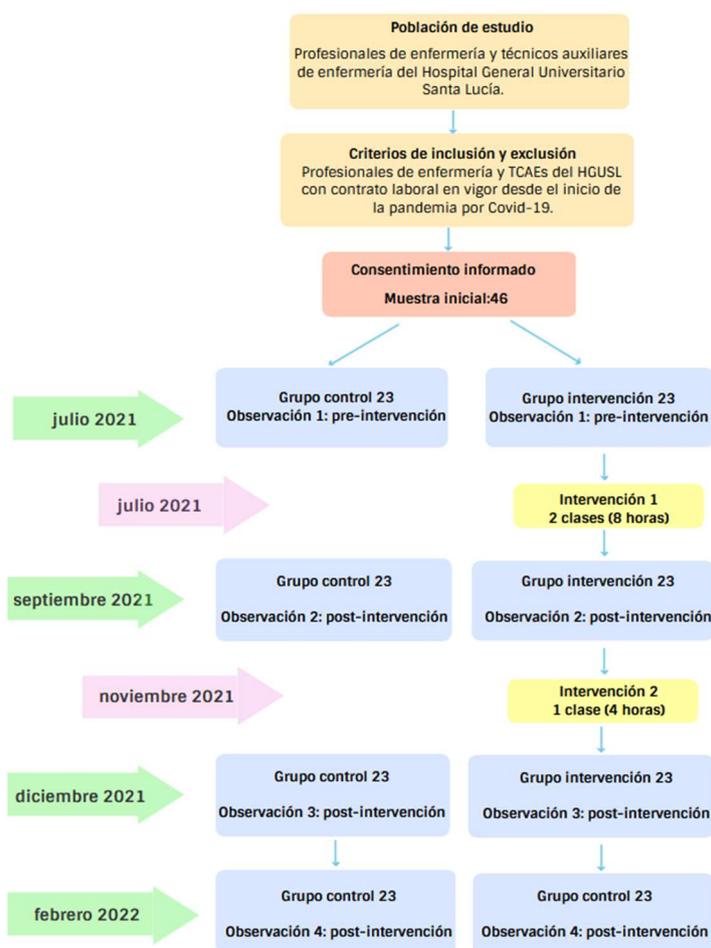
Se calculó el tamaño muestral asumiendo un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral. Se obtuvo como resultado que se precisaba 23 sujetos en el grupo control y 23 en el grupo intervención para detectar una diferencia igual o superior a 0.15 unidades. Se estimó que la desviación estándar común era de 0.21 ⁽⁶⁾, y una tasa de pérdidas de seguimiento del 30%.

Se realizó un muestreo por conveniencia entre Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) y profesionales de enfermería de diferentes unidades. Los criterios de inclusión fueron: contrato laboral ininterrumpido desde enero de 2020 a febrero de 2022, y haber firmado el consentimiento informado. Los participantes se dividieron en dos grupos, uno control (GC) y otro intervención (GI). Se seleccionó al grupo control de forma apareada al grupo intervención, conforme a variables que podrían ejercer un sesgo de no tenerlas en cuenta: edad (± 3 años de diferencia entre grupos), unidad de trabajo, categoría profesional y años de experiencia laboral (± 2 años de diferencia entre grupos).

El grupo intervención recibió formación: 3 clases de cuatro horas de duración cada una de ellas. Las dos primeras clases se impartieron a mediados de julio de 2021, y la tercera clase a comienzos de noviembre de 2021. La formación recibida tuvo un componente sobre todo práctico, e incluía contenidos de dos programas principales: el programa Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) y un programa en el que se incorporan prácticas para el cultivo de la compasión, el programa Mindful-SelfCompassion (MSC) ⁽⁷⁾.

Para evaluar el impacto de la formación, se hicieron 4 observaciones (15 días antes de la primera intervención, otra, 2 meses antes de la tercera intervención, y otras dos, 1 mes, y 3 meses después de la tercera intervención. (Figura 1). Se utilizaron estas herramientas para la recogida de datos: Escala Breve de Resiliencia ⁽⁸⁾, Inventario Friburgo de Mindfulness ⁽⁹⁾ y el Inventario de Desgaste por Empatía ⁽¹⁰⁾. Además se recogieron otros datos relacionados con el perfil laboral y vida personal de los trabajadores.

Figura 1: Flujo de pacientes y etapas del estudio



Las variables analizadas en el estudio fueron:

Variables dependientes: nivel de atención plena, (medida según Inventario Friburgo de Mindfulness) resiliencia (medida según Escala Breve de Resiliencia) y empatía (medida según el Inventario de Desgaste por Empatía).

Variables independientes: formación completa (3 sesiones) sobre reducción del estrés a través de técnicas de Mindfulness y cultivo de la compasión, edad, sexo, categoría profesional (TCAE o DUE), años de experiencia laboral, unidad en las que ha trabajado durante la pandemia (unidad Covid o no Covid), práctica regular de actividades que ayuden a manejar el estrés (ejercicio físico regular, yoga, realización de terapia, práctica de meditación...) y haber sufrido un acontecimiento estresante en los últimos 6 meses.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico JAMOVI, para la estadística descriptiva los datos cualitativos se expresan con frecuencias y porcentajes, y los cuantitativos con promedios y \pm desviación estándar. Se realizó un modelo lineal general, utilizando como prueba una ANOVA factorial con medidas repetidas para analizar la interacción entre variables independientes categórica y dependiente cuantitativa. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson o prueba

exacta de Fisher para determinar la asociación entre variables categóricas, y análisis de regresión para determinar la relación entre variables independientes cuantitativas y variable dependientes. Se estableció como nivel de diferencia estadísticamente significativa un valor de $p < 0.05$.

El proyecto obtuvo el permiso del Comité de Ética de Investigación de las Áreas II y VIII del Servicio Murciano de Salud, y se solicitó el consentimiento de todos los participantes. Durante todo el proceso de investigación, se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los datos personales de las personas involucradas en la investigación.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 46 profesionales, no hubo pérdidas de participantes durante el seguimiento, tabla 1.

Tabla 1. Características de la muestra

	Grupo Control	Grupo intervención
Edad	47,6(±7,6)	49,7 (±5,9)
Años de experiencia laboral	15,5 (±9,3)	16,9 (±6,6)
Categoría profesional		
DUE	13 (56,5%)	14 (60,9%)
TCAE	10 (43,5%)	9 (39,1%)
Unidad de trabajo		
Unidad covid	9 (39,1%)	9 (39,1%)
Unidad no covid	14 (60,9%)	14 (60,9%)
Actividad física para reducir el estrés (ejercicio físico, meditación etc)		
Práctica regular	11 (47,8%)	14(60,9%)
No practica/práctica irregular	12 (52,2%)	9 (39,1%)
Antecedentes de estresores en la vida personal durante los últimos 6 meses		
Si, acontecimiento percibido como "muy estresante"	6 (26,1%)	10 (43,5%)
No, acontecimiento percibido como "muy estresante"	17 (73,9%)	13 (56,5%)

Atención plena

No se encontró un efecto principal significativo de la intervención evaluada en la puntuación obtenida en atención plena $F(1,21) = 0,389$, $p = 0,539$, $\eta^2 = 0,389$, aunque sí se obtuvieron relaciones significativas cuando el grupo en el que habían sido asignados los participantes se relacionó con la unidad de trabajo y con la experiencia previa reciente de un acontecimiento estresante: $F(1,21) = 16,081$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,434$.

De esta forma las profesionales que trabajaban en unidades no covid, que no habían sufrido previamente ningún acontecimiento estresante, y que pertenecían al grupo control obtuvieron más puntuación en atención plena (M= 44,41, DE=1,85), que las del grupo intervención (M=37, 16, DE=1,73), p=0,009. La atención plena no se relacionó de forma significativa con ninguna otra variable.

Empatía

Para medir la variable desgaste por empatía, se clasificó a los participantes en cuatro perfiles: funcionamiento empático óptimo, funcionamiento empático normal, funcionamiento empático de riesgo y funcionamiento empático anormal. El perfil empático predominante en grupo control e intervención fue el normal sin riesgo. No se encontró un efecto de la intervención, ni de ninguna otra variable en el desgaste por empatía de los participantes (Tabla 2), a excepción de la unidad de pertenencia (Covid o no Covid). El perfil *empático normal sin riesgo*, fue significativamente mayor en unidades no covid frente a las covid en la primera evaluación (70% vs 30%, p=0,002) y en la cuarta evaluación (65,8% vs 34,2% p=0,036), (Tabla 2) (Tabla 3).

Tabla 2: Perfil empático y de resiliencia por momento de evaluación, grupo y unidad de trabajo (Evaluación 1, Evaluación 2)

Perfil de desgaste por empatía	Evaluación 1						Evaluación 2					
	GC	GI	p	UNC	UC	p	GC	GI	p	UNC	UC	p
Func_Empático óptimo_Sin riesgo	0	0		0	0		1 (100%)	0		2 (100%)	0	
Func_Empático normal_Sin riesgo	20 (50%)	20 (50%)		28 (70%)	12 (30%)	0,002	20 (52,6%)	18 (47,4%)		24 (64,9%)	13 (35,1%)	
Func_Empático normal_Con riesgo	3 (50%)	3 (50%)	1,00	0	6 (100%)	0,02	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,32	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0,098
Funcionamiento empático anormal en riesgo	0	0					0	0		0	0	
Perfil de resiliencia												
Alta resiliencia	0	1 (100%)		1 (100%)	0		0	2 (100%)		8 (50%)	8 (50%)	
Resiliencia normal	16 (55,2%)	13 (44,8%)	0,54	17 (58,6%)	12 (41,4%)	0,69	16 (57,1%)	8 (42,8%)	0,42	19 (70,3%)	9 (29,7%)	0,5
Baja resiliencia	7 (43,8%)	9 (56,3%)		10 (62,5%)	6 (37,5%)		8 (50%)	8 (50%)		1 (50%)	1 (50%)	

Nota: GC Grupo Control, GI Grupo Intervención, UNC Unidad No Covid, UC Unidad Covid, p p valor.

Tabla 3: Perfil empático y de resiliencia por momento de evaluación, grupo y unidad de trabajo (Evaluación 3, Evaluación 4)

Perfil de desgaste por empatía	Evaluación 3						Evaluación 4					
	GC	GI	p	UNC	UC	p	GC	GI	p	UNC	UC	p
Func_Empático óptimo_Sin riesgo	1 (33,3%)	2 (66,7%)		4 (100%)	0		2 (50%)	2 (50%)		2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Func_Empático normal_Sin riesgo	19 (51,4%)	18 (48,6%)		22 (59,5%)	15 (40,5%)		19 (50%)	19 (50%)		25 (65,8%)	13 (34,2%)	
Func_Empático normal_Con riesgo	3 (50%)	3 (50%)	1	2 (40%)	3 (60%)	0,291	3 (75%)	1 (25%)	0,69	0 (0%)	5 (100%)	0,036
Funcionamiento empático anormal en riesgo	0	0		0	0		0	0		0	0	
Perfil de resiliencia												
Alta resiliencia	0	1 (100%)	0,29	12 (63,2%)	7 (36,8%)	0,61	3 (75%)	1 (25%)	0,681	2 (50%)	2 (50%)	0,146

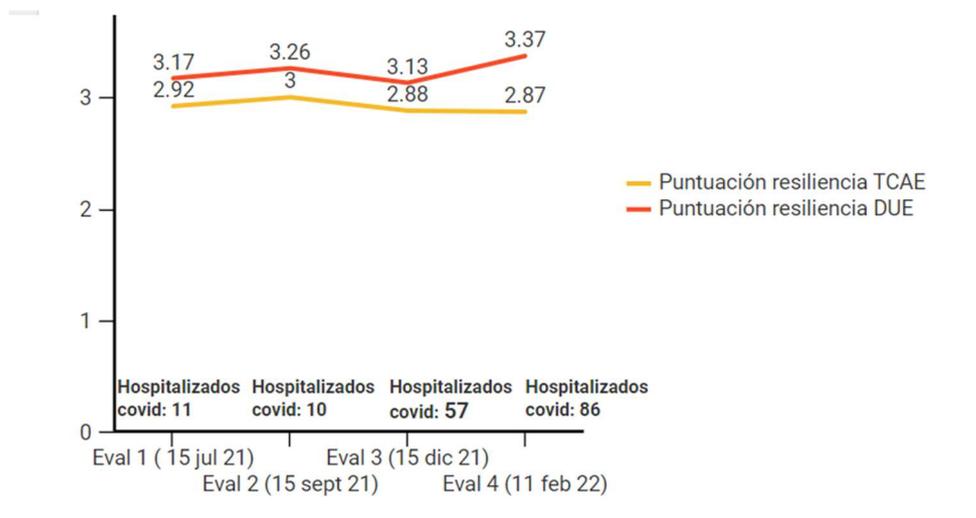
Resiliencia normal	16 (61,5%)	10(38,4%)	16 (61,5%)	10(38,4%)	13 (52%)	11(48%)	18 (75%)	6(25%)
Baja resiliencia	8 (42,1%)	11 (57,9%)	0	1 (100%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)	8 (44,4%)	10 (55,6%)

Nota: GC Grupo Control, GI Grupo Intervención, UNC Unidad No Covid, UC Unidad Covid, p p valor.

Resiliencia

Los participantes se clasificaron en tres perfiles de resiliencia (alta, normal y baja). En la mayoría de los profesionales se identificó un perfil de resiliencia normal. No se encontró un efecto de la intervención en la evaluación de la resiliencia, ésta sólo se relacionó con la categoría profesional. Las técnicas de cuidados auxiliares en enfermería, en comparación con las profesionales de enfermería, obtuvieron en un mayor porcentaje, un perfil de baja resiliencia durante la última evaluación (72,2% vs 27,8%, $p=0,003$), momento que coincidió con un mayor número de pacientes hospitalizados por covid (Figura 2).

Figura 2. Línea temporal, momento de la evaluación y hospitalización por Covid. Puntuación resiliencia por categorías.



DISCUSIÓN

El diseño de la actividad evaluada tuvo en cuenta la evidencia disponible sobre el contenido y la metodología a utilizar. El contenido de carácter combinado, incluía diferentes bases teóricas, ya que los datos de las revisiones sobre el tema sugieren mejores resultados que cuando la intervención se basa en una única corriente. La metodología cara a cara, y administrada de forma grupal, fueron también dos características de la intervención que, según la última evidencia disponible, suponían una ventaja ⁽⁵⁾.

En cuanto a la duración de la intervención, diferentes ensayos han demostrado eficacia en intervenciones cortas o de baja intensidad. Sood et al en 2011, a partir dos sesiones de 90 minutos, seguida de otra de 30-60 minutos (que era optativa), basadas en el programa SMART Stress Management and Resiliency Training (SMART), obtuvieron resultados significativos para el grupo intervención en resiliencia $DM=-1,04$, $95\% CI=-0,28 -1,815$, ^(5, 11). Varker et al, en 2012 tras la realización de una

actividad de 4 horas, que incluía un entrenamiento combinado de resiliencia, estimaron una mejora de algunos síntomas asociados a depresión y ansiedad ($F(3, 75) = 2.89, p < .05$)⁽¹²⁾. Chesak et al, en 2015 tras dos sesiones de 90 y 60 minutos que incluían contenido relacionado con el estrés, calcularon resultados significativos para el grupo intervención en resiliencia $DM = 0.68, 95\% IC = 0.04, 1.32$ ^{5, (5, 13)}.

Sin embargo, en estudios de síntesis, la eficacia de las intervenciones de corta duración fue menor al compararlas con las de larga duración. En la revisión de Kunzler et al, sólo las intervenciones de alta intensidad, > 12 horas o > 12 sesiones, demostraron mejoras en la resiliencia de los profesionales sanitarios. El análisis por subgrupos de 11 estudios mostró que la resiliencia aumentó de forma significativa en actividades de alta intensidad ($DM = -0.46, 95\% CI = -0.26 - 0.67$), en comparación con las de intensidad moderada ($DM = -0.05, 95\% CI = -0.02, 0.09$), y con las de baja intensidad ($DM = -0.53, 95\% CI = -0.14, 1.2$).

A pesar de la evidencia disponible, las actividades de larga duración, son difíciles de incluir en los programas de formación de los centros sanitarios, y pueden generar rechazo y abandono por parte de los profesionales. Este motivo y la existencia de ensayos que muestran un efecto a favor de las intervenciones de baja intensidad (\leq cinco horas o \leq tres sesiones)⁽¹¹⁻¹³⁾, nos animó a testar un formato de baja intensidad.

Las limitaciones del estudio, diseño no aleatorizado, escaso tamaño muestral y uso de una intervención de baja-moderada intensidad pueden haber sido algunos de los motivos de la ineficacia de la actividad analizada.

Los resultados nos muestran que moldear “formas de pensamiento”, actitudes y comportamiento requiere de continuidad. Las intervenciones combinadas, impartidas en pequeño grupo, directamente en las unidades de trabajo, y fragmentadas (más de 12 sesiones, pero breves) podrían adaptarse a las necesidades de la organización, por lo que evaluar su eficacia puede ser una hipótesis a contrastar en otro estudio.

CONCLUSIONES

Los resultados muestran que factores personales y laborales (categoría profesional, la unidad de trabajo y presión asistencial) tuvieron más influencia en la atención plena, resiliencia y desgaste por empatía de los profesionales, que la intervención realizada.

REFERENCIAS

1. Santabárbara J, Bueno-Notivol J, Lipnicki DM, Olaya B, Pérez-Moreno M, Gracia-García P, et al. Prevalence of anxiety in health care professionals during the COVID-19 pandemic: A rapid systematic review (on published articles in Medline) with meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 20 de abril de 2021;107:110244. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9188432/pdf/main.pdf>
2. Sousa GM de, Tavares VD de O, de Meiroz Grilo MLP, Coelho MLG, Lima-Araújo GL de, Schuch FB, et al. Mental Health in COVID-19 Pandemic: A Meta-Review of Prevalence Meta-Analyses. *Frontiers in Psychology* [Internet]. 2021 [citado 14 de agosto de 2022];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.703838>

3. Al Maqbali M, Al Sinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* febrero de 2021;141:110343. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831768/pdf/main.pdf>
4. Pollock A, Campbell P, Cheyne J, Cowie J, Davis B, McCallum J, et al. Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: a mixed methods systematic review. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 de noviembre de 2020;11:CD013779. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831768/pdf/main.pdf>
5. Kunzler AM, Helmreich I, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, et al. Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 5 de julio de 2020;7:CD012527. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8121081/pdf/CD012527.pdf>
6. Blanco-Daza M, de la Vieja-Soriano M, Macip-Belmonte S, Tercero-Cano M del C. Trastorno de estrés postraumático en enfermeras durante la pandemia de COVID-19. *Enferm Clin.* 2022;32(2):92-102. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8677464/pdf/main.pdf>
7. Aranda Auserón G, Elcuaz Viscarret MR, Fuertes Goñi C, Güeto Rubio V, Pascual Pascual P, Sainz de Murieta García de Galdeano E. Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *Atención Primaria.* 2018;50(3):141-50. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6836985/pdf/main.pdf>
8. Rodríguez-Rey R, Alonso-Tapia J, Hernansaiz-Garrido H. Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychol Assess.* mayo de 2016;28(5):e101-10. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2015-48451-001>
9. Ruiz-Ruano-García AM, Sáez-García M, Moya-Faz FJ, López-Puga J, Ruiz-Ruano-García AM, Sáez-García M, et al. Propiedades psicométricas de la versión corta del Inventario Friburgo de Mindfulness. *Terapia psicológica.* abril de 2022;40(1):71-92. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082022000100071&script=sci_arttext&lng=es
10. Maín, V., Rondón, J., Tauber, L., Viñuela, M., y Zamponi, J. (2009). ESAPÉ: escala para evaluar el Síndrome de Desgaste por Empatía. Argentina: Universidad Católica de Santa Fe. Disponible en: <http://desgastexempatia.blogspot.com>
11. Chesak_SS, Bhagra_A, Schroeder_DR, Foy_DA, Cutshall_SM, Sood_A. Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal* 2015;15(1):38-44. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4365845/pdf/i1524-5012-15-1-38.pdf>
12. Varker_T, Devilly_GJ. An analogue trial of inoculation/resiliencetraining for emergency services personnel: proof of concept. *Journal of Anxiety Disorders* 2012;26(6):696-701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22464031/>
13. Sood_A, Prasad_K, Schroeder_D, Varkey_P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of General Internal Medicine* 2011;26(8):858-61. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3138987/>

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia