



## **The Resilience Collaborative**

Equipar a los trabajadores de la salud para que se recuperen, adapten y crezcan.

---

# **Desarrollar la Resiliencia de los Trabajadores de la Salud:**

**Un Kit de Herramientas para Proteger Contra el Agotamiento en la Primera Línea.**



Center for Health Worker Innovation







# Contenido

Agradecimientos	4
Terminología Clave	6
Introducción al Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud	10
Alcance del Kit de Herramientas	15
La Oportunidad	21
Paso 1: Analizar el Problema	25
Paso 2: Analizar la Evidencia	35
Paso 3: Aplicar la Evidencia	51
Paso 4: Cocrear e Iterar	57
Paso 5: Evaluar	61
El Futuro de este Kit de Herramientas	75
Apéndice	79
Referencias	87



# Agradecimientos

Este recurso fue elaborado por el Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud de Johnson & Johnson (el Centro) en colaboración con el área de Soluciones de Salud y Bienestar de Johnson & Johnson (JJHWS).

El Centro desea agradecer a las muchas personas y organizaciones que contribuyeron a la elaboración y revisión de este Kit de herramientas.

## Con agradecimiento especial a:

Sarah Mullane, Tommy Lobben, Joanne Peter y Kate Garrison

## Organizaciones Colaboradoras

Las organizaciones colaboradoras recibieron fondos de la Fundación Johnson & Johnson para participar en una comunidad de práctica y pruebas con usuarios de 6 meses, lo que les permitió involucrarse profundamente con el tema de la resiliencia y ayudar a desarrollar un **programa de envío de mensajes** móviles basado en evidencia, gratuito y adaptable diseñado para aumentar la resiliencia de los trabajadores de la salud.

El Centro agradece a cada una de estas organizaciones y personas por sus contribuciones:

### Dimagi

Lilliana Bagnoli, Tanya Kapoor, Sankalp Samal, Mruga Shastri, Sriya Srikrishnan

### Medic

Lal Bahadur Kunwar, Leah N'gaari

### The Aga Khan Development Network

Mark Theuss, Elizabeth Wala

### TIP Global Health

Angele Bienvenue, Wendy Leonard

### Thrive: words that change lives

Daphne Metland, Gayatri Koshy



## Agradecimientos Especiales

**Save the Children | The International Rescue Committee | USAID HRH2030**

El Centro agradece a las siguientes organizaciones por sus contribuciones en la revisión de la literatura y los enfoques incluidos en este Kit de Herramientas:

Además de estos colaboradores externos, el Centro extiende su agradecimiento a **Foundation for Professional Development**, por su estudio de caso de un curso psicoeducativo en la **página 59**.



### Cita Recomendada

Favor de utilizar la siguiente cita para cualquier trabajo que haga referencia a este Kit de Herramientas: **Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud 2021, *Desarrollar la Resiliencia de los Trabajadores de la Salud: Un Kit de herramientas para Proteger Contra el Agotamiento en la Primera Línea*. New Brunswick, New Jersey, Estados Unidos.**



# Terminología Clave

**Sobrecarga de Duelo:** Una situación en la que una persona debe hacer frente a la pérdida o la muerte de una manera continua y cercana,<sup>1</sup> lo que puede significar que una pérdida no es procesada o tratada antes de que ocurra otra. La sobrecarga de duelo puede conducir a la fatiga por compasión y comprometer el cuidado personal y del paciente.<sup>2</sup>

**Agotamiento:** Un estado de agotamiento mental, emocional o físico como resultado de factores estresantes en el lugar de trabajo.

Definición de la CIE-11: “El agotamiento es un síndrome conceptualizado como resultado de estrés crónico en el lugar de trabajo que no ha sido manejado de manera exitosa. Se caracteriza por 3 dimensiones:

1. Sentimientos de falta de energía o agotamiento.
2. Aumento del distanciamiento mental con respecto al trabajo, o sentimientos negativos o cínicos con respecto al trabajo; y
3. Eficacia profesional reducida..<sup>3</sup>

**Coherencia:** Se basa en el deseo de una persona de darle sentido y significado al mundo y se refiere al grado en que las personas ven los problemas de la vida como manejables, comprensibles y significativos y, por lo tanto, tienen expectativas de que las cosas en su mayor parte saldrán bien.<sup>4</sup>

**Compasión y autocompasión:** Una bondad básica con una profunda concientización del sufrimiento de uno mismo y otros seres vivos, unido al deseo y esfuerzo de aliviarlo. Es una habilidad innata y un estado mental capaz de mejorarse a través de la capacitación.<sup>5</sup>

**Fatiga por compasión:** Debido a las experiencias como parte de la ocupación de una persona, es la aguda aparición de respuestas físicas y emocionales que culminan en una disminución de sentimientos compasivos hacia los demás. En las últimas 2 décadas, la fatiga por compasión ha recibido una atención considerable como una importante respuesta al estrés en los trabajadores de la salud.<sup>6</sup>

**Comprensibilidad:** Una creencia de que las cosas suceden de manera ordenada y predecible y un sentir de que uno puede entender los eventos en la vida de uno mismo y predecir razonablemente lo que sucederá en el futuro.<sup>7</sup>



**Determinantes de la salud:** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes de la salud abarcan la gama de factores conductuales, biológicos, socioeconómicos y ambientales que influyen en el estado de salud de las personas o poblaciones.<sup>8</sup> Este Kit de Herramientas se enfoca principalmente en los factores de comportamiento basados en la capacidad, oportunidad y motivación.<sup>9</sup>

**Trabajo emocional:** El trabajo emocional es el “proceso de regular tanto los sentimientos como las expresiones hacia metas organizacionales”.<sup>10</sup> Se ha demostrado que los trabajos que abundan en “trabajo con personas” son emocionalmente exigentes en cuanto a trabajo emocional.

**Salud y bienestar:** En términos generales, se define como un estado integral de bienestar físico, mental y social y no sólo es la ausencia de enfermedades.<sup>11</sup> El bienestar general se considera, por lo tanto, como un proceso evolutivo en el que la presencia de enfermedades no significa la ausencia de bienestar (y viceversa).<sup>12</sup> Por consiguiente, hay muchos factores físicos, mentales, sociales y ambientales individuales que afectan el bienestar, pero muchos son difíciles de modificar.

**Esperanza:** El deseo de y la creencia en un futuro positivo, definido como “un futuro multidimensional, dinámico, estado de empoderamiento del ser que es central para la vida, relacionado con ayuda y atención externas, orientado hacia el futuro y altamente personalizado para cada persona”.<sup>13</sup> Se teoriza que la esperanza motiva a las personas a actuar para alcanzar una meta futura y puede estar impulsada por la interconexión, una mentalidad a futuro y la apertura al cambio.<sup>14</sup>

**Manejabilidad:** La creencia de que uno tiene las habilidades o la capacidad, apoyo, ayuda o recursos necesarios para ocuparse de las cosas, y que esas cosas están bajo nuestro control.<sup>15</sup>

**Significado:** La creencia de que las cosas en la vida son interesantes y una fuente de satisfacción, que las cosas realmente valen la pena, y que hay una buena razón o motivo para preocuparse por lo que sucede.<sup>16</sup>



**Salud mental:** Un estado de salud en particular que opera a un nivel de bienestar psicológico y emocional que afecta la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos. La salud mental ha sido descrita como un estado general de bienestar psicológico y emocional. Sin embargo, el uso funcional de este término a menudo se refiere a la presencia o ausencia de trastornos mentales. El bienestar, por otro lado, se usa a menudo para referirse a elementos más positivos del funcionamiento.

1. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, autoeficacia percibida, autonomía, competencia y reconocimiento de la capacidad para alcanzar el potencial intelectual y emocional de uno.<sup>17</sup>
2. Se define como un estado de bienestar en el que las personas reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente a las tensiones normales de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera y contribuir a sus comunidades.<sup>18</sup>
3. Una mala salud mental puede conducir a una enfermedad mental, que se refiere colectivamente a todos los trastornos mentales diagnosticables que tienen que ver con:<sup>19</sup>
  - a. Cambios significativos en el pensamiento, emociones y/o comportamiento.
  - b. Angustia y/o problemas para participar en actividades sociales, laborales o familiares.

**Mentoría:** La mentoría es un proceso flexible de enseñanza y aprendizaje que está orientado a las relaciones y está diseñado para desarrollar la capacidad profesional de ambas partes. Se basa en la confianza y respeto mutuo y busca generar confianza al fomentar una asociación empoderadora entre 2 personas que tienen un conjunto compartido de objetivos de aprendizaje.<sup>20</sup> Cuando la relación es de supervisor a empleado, puede utilizarse como una estrategia para ofrecer supervisión de apoyo (descrita a continuación).

**Salud Mental y Apoyo Psicosocial (SMAP):** El término compuesto “salud mental y apoyo psicosocial” (SMAP) se utiliza en las Directrices del Comité Permanente entre Organismos (IASC) para SMAP en Situaciones de Emergencia para describir “cualquier tipo de apoyo local o externo que tiene como objetivo proteger o promover el bienestar psicosocial y/o prevenir o tratar una condición de salud mental.”<sup>21</sup>

**Conciencia plena o mindfulness:** Se define como “prestar atención de una manera particular, a propósito, en el momento presente, y sin juzgar”. La conciencia plena se refiere a estar consciente de las emociones y cogniciones de una persona, así como de su propio entorno y relación.<sup>22</sup>



**Angustia moral:** Puede ocurrir cuando los valores o compromisos éticos profesionales de un trabajador de la salud no son congruentes con las de sus pacientes y familiares, compañeros, supervisores o la organización de atención médica en la que trabajan.<sup>23</sup>

**Resiliencia:** La capacidad adquirida para replantear eventos estresantes y **recuperarse, adaptarse y crecer a partir** del estrés:<sup>24</sup>

- Otras definiciones pueden incluir la capacidad adquirida de “recuperarse” de la adversidad o trauma, para recuperarse del y adaptarse regularmente al estrés y permanecer enfocado y optimista sobre el futuro.<sup>25,26</sup>
- Se puede demostrar durante factores estresantes psicológicos o físicos de corta (aguda) y larga (crónica) duración.<sup>27</sup>

**Estrés:** El estrés es una respuesta física y emocional a un estímulo (es decir, un factor estresante) percibido como desafiante o amenazante. Para fines de este kit de herramientas, el estrés se considera un proceso dinámico en el que la cantidad de estrés que experimentan las personas está determinada por las exigencias percibidas sobre ellos, así como por los recursos percibidos por ellas.<sup>28</sup> Las respuestas individuales a los factores estresantes pueden tener una gran influencia sobre el estado de ánimo, sentido de bienestar, comportamiento y salud.<sup>29</sup>

**Apoyo social:** Puede ser práctico, informativo o emocional, y puede ser brindado por amigos, familiares o colegas.<sup>30</sup> Específicamente, en el contexto laboral, se ha definido como el nivel general de interacción social útil que se tiene en el trabajo tanto de los compañeros de trabajo así como de los supervisores.<sup>31</sup> Este puede ser un mecanismo para ayudar a fomentar un ambiente de trabajo de apoyo.

**Supervisión de apoyo:** Se refiere a la orientación y retroalimentación que se da en el lugar de trabajo sobre asuntos de desarrollo personal, profesional y educativo<sup>32</sup>; el cual pone de relieve la mentoría, resolución conjunta de problemas y comunicación bidireccional<sup>33</sup> para fomentar la calidad en todos los niveles del sistema de salud.<sup>34</sup> Se ha identificado que una supervisión de apoyo eficaz es clave para la motivación y retención de los trabajadores de la salud y puede contribuir a la percepción de un ambiente de trabajo de apoyo.



# Estimado Lector,

En 2019, Johnson & Johnson lanzó el Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud (el Centro) para catalizar los esfuerzos para responder a la crisis de recursos humanos en materia de salud mundial y crear una fuerza laboral de salud próspera.

Poco después de la fundación del Centro, todo el mundo llegaría a reconocer el papel de los trabajadores de la salud de primera línea, ya que la pandemia de COVID-19 puso a prueba los sistemas de salud mundiales y a los trabajadores de la salud de maneras nunca antes vistas.

El trabajo del Centro se basa en abordar las necesidades de los trabajadores de la salud y las comunidades a las que atienden todos los días. El agotamiento se ha vuelto endémico entre los profesionales de la salud en todo el mundo, y la epidemia de agotamiento es aún más pronunciada en entornos de bajos recursos.

Si no abordamos esta creciente amenaza, esta fuerza laboral crítica seguirá reduciéndose. Incluso antes de COVID-19, las proyecciones estimaban que enfrentaríamos una escasez de 18 millones de personas en la fuerza laboral mundial de la salud para el 2030.

Esta verdad obligó al Centro a crear The Resilience Collaborative y elaborar este Kit de Herramientas para apoyar a las organizaciones que buscan equipar a la fuerza laboral de la salud global con herramientas para manejar su propio bienestar, asegurando que sean capaces de continuar brindando atención médica de alta calidad a poblaciones vulnerables en todo el mundo.

La resiliencia es la capacidad adquirida para recuperarse, adaptarse y crecer en respuesta al estrés, y puede ayudar a mediar los efectos del estrés en el lugar de trabajo y ayudar a evitar el agotamiento. Los programas que brindan a los trabajadores de la salud técnicas para mejorar su resiliencia y bienestar general pueden ser un recurso importante a medida que la comunidad mundial de la salud trabaja para abordar otros desafíos sistémicos a largo plazo.

The Resilience Collaborative es una comunidad de práctica mundial que tiene como objetivo promover el aprendizaje e impulsar la adopción de estrategias basadas en evidencia para la resiliencia de los trabajadores de la salud, particularmente en entornos de bajos recursos. Al mejorar el bienestar general de los trabajadores de la salud se puede ayudar a que los sistemas de salud y la atención al paciente se beneficien.

Juntos, -como organizaciones, tomadores de decisiones, administradores e implementadores de programas- podemos ayudar a mejorar la retención de los trabajadores de la salud en todo el mundo al apoyar estas estrategias basadas en evidencia para evitar el agotamiento. Nunca ha habido un momento más crítico para empoderar a nuestros trabajadores de la salud de primer línea, al apoyarlos a desarrollar una mayor sensación de bienestar y al crear una cultura que valore la resiliencia en los sistemas de salud de todo el mundo.

Atentamente,

## **Caitlin Bristol**

Directora, Impacto Comunitario Mundial;  
Líder, The Resilience Collaborative

## **Ben Davies**

Director Ejecutivo, Impacto Comunitario Mundial;  
Líder, Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud





---

*“Los programas que brindan a los trabajadores de la salud técnicas para mejorar su resiliencia y bienestar general pueden ser un recurso importante a medida que la comunidad mundial de la salud trabaja para abordar otros desafíos sistémicos a largo plazo”.*



# Nuestro Llamado a la Acción

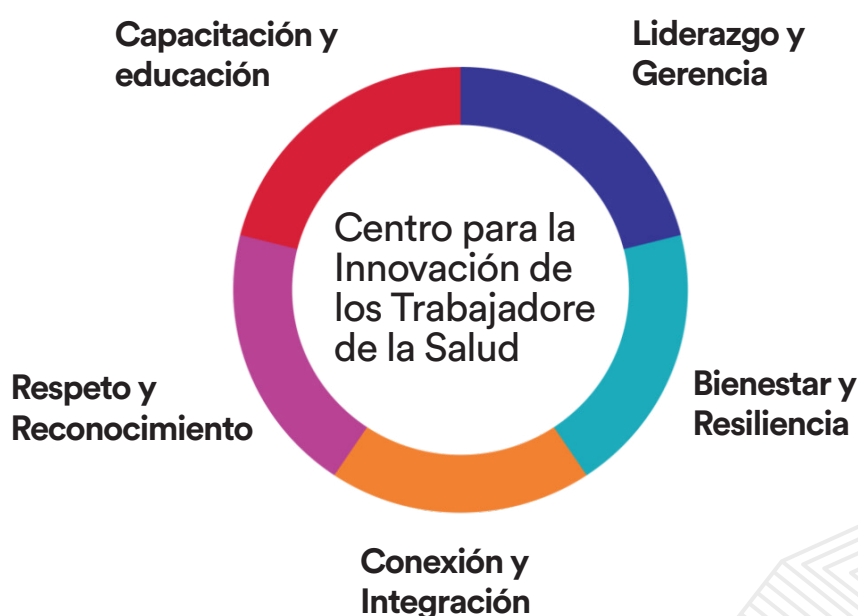
El Centro para la Innovación de los Trabajadores de la Salud de Johnson & Johnson (el Centro) fue fundado para catalizar los esfuerzos y responder a la crisis de recursos humanos en materia de salud mundial y crear una fuerza laboral de salud próspera. El Centro tiene la tarea de dirigir un **compromiso de 10 años de \$250 millones** para apoyar a 1 millón de enfermeras, parteras y trabajadores de la salud comunitarios y alcanzar a 100 millones de personas para el 2030, y un **compromiso de \$50 millones** adicional para apoyar a los trabajadores de la salud de primera línea en respuesta a COVID-19.

Ambos compromisos han sido asumidos por la Familia de Empresas Johnson & Johnson y la Fundación Johnson & Johnson. Al trabajar con socios de mucho tiempo, el Centro está diseñando una cartera global de programas en regiones con las más altas cargas en cuanto a salud comunitaria y falta de trabajadores de la salud de primera línea, y a la vez está asegurando que la fuerza laboral en materia de salud actual sea próspera y resiliente.

El Centro ha adoptado un enfoque centrado en el ser humano - logrando impactar el sistema al enfocarse primero en las necesidades de los trabajadores de la salud individuales y lo que necesitan para prosperar en el trabajo. Se cree que al resolver los desafíos de los trabajadores de la salud de primera línea, se puede mejorar la atención médica para todos.

El Centro se basa en los trabajadores de la salud y las comunidades a las que atienden y prioriza 5 áreas clave de desafío (**ver Figura 1**).

*Figura 1. Las cinco áreas de desafío clave del Centro.*



Al abordar estas áreas de desafío prioritarias, la escasez de trabajadores de la salud se puede mitigar de tres maneras clave **(ver Tabla 1)**.

*Tabla 1. Estrategias para reducir la escasez de trabajadores de la salud.*

1	<b>Obtenga más:</b> Traiga a más trabajadores de la salud a la fuerza laboral en materia de salud de primera línea a través de nuevas contrataciones, certificaciones de los trabajadores informales existentes y con más fondos para los puestos de los trabajadores de la salud.
2	<b>Pierda menos:</b> Mejore la retención de los trabajadores de la salud existentes.
3	<b>Haga más:</b> Amplíe el alcance y productividad de los trabajadores de la salud de primera línea que ya tenemos, para que los equipos de trabajadores de la salud puedan abarcar una mayor proporción de la población sin dejar de brindar atención de calidad.









---

# Alcance del Kit de Herramientas



**Área Prioritaria:** Bienestar y Resiliencia.



**Estrategia:** Mejorar la retención de los trabajadores de la salud existentes.



**Área Temática:** Evitar el agotamiento y aumentar la resiliencia para mejorar el bienestar de los trabajadores de la salud.



**Para quién es este Kit de Herramientas:** Principalmente para organizaciones, tomadores de decisiones, gerentes e implementadores de programas que apoyan a los trabajadores de la salud.



**Propósito:** Ayudar a las organizaciones a navegar por la evidencia existente\* para dar forma al diseño, implementación y evaluación del programa de resiliencia de los trabajadores de la salud.



Este Kit de Herramientas **no está diseñado para colocar la responsabilidad del desarrollo de resiliencia sobre los trabajadores de la salud.** Más bien, este es un llamado a la acción para que las organizaciones proporcionen iniciativas basadas en evidencia que promuevan comportamientos de desarrollo de resiliencia y oportunidades para la recuperación.



Las iniciativas de resiliencia y bienestar basadas en evidencia **no son un sustituto de la atención médica** requerida para la angustia emocional severa, más bien pueden ser consideradas como mecanismos adicionales de apoyo.



Este recurso **no es un recurso diseñado específicamente para o en respuesta a COVID-19.** Si bien las implicaciones de la atención médica en momentos de crisis se analizan en este kit de herramientas, este Kit está diseñado con la intención de tener iniciativas preventivas a largo plazo.

*\* La mayoría de la evidencia analizada en este recurso se deriva de la población de enfermería (incluyendo las perspectivas de la gerencia y líderes), y la evidencia en entornos de bajos recursos es limitada.*



# Bienestar y Resiliencia

Este Kit de Herramientas está diseñado para apoyar al área de desafíos de bienestar y resiliencia del Centro y es para organizaciones, tomadores de decisiones, administradores de programas e implementadores interesados en mejorar el bienestar de los trabajadores de la salud a través del desarrollo de la resiliencia. Esto apoya la segunda estrategia identificada en la **Tabla 1** – mejorar la retención de los trabajadores de la salud – al apoyar estrategias basadas en evidencia para evitar el agotamiento.<sup>35</sup>

**Se recomienda desarrollar la resiliencia como una estrategia preventiva clave contra el agotamiento entre los profesionales de la salud.**<sup>36</sup>

En general, se recomiendan 3 niveles de cambio para mejorar la resiliencia y reducir el riesgo de agotamiento:

1. Modificar la estructura organizacional y procesos de trabajo;
2. Mejorar la compatibilidad entre la organización y el trabajador de salud individual a través de programas de desarrollo profesional y programas interpersonales; y
3. Acciones a nivel individual para aumentar la resiliencia y fomentar comportamientos saludables y de afrontamiento efectivos.

Si bien a nivel mundial ha habido un mayor enfoque en mejorar la eficiencia de los sistemas de salud y abordar los factores más generales que contribuyen al agotamiento, existen pocas iniciativas sistémicas para prevenir el agotamiento a nivel individual. Más aún, aunque hay evidencia que indica que tales iniciativas pueden ser efectivas, las que se han implementado usan una gran variedad de modalidades de entrega y métodos de evaluación, por lo que el campo carece de un enfoque sistemático para entregar y probar tales intervenciones de una manera que amplíe de manera significativa el acervo de conocimientos sobre la resiliencia y bienestar de los trabajadores de la salud.

**Esperamos poder apoyar enfoques locales que analicen las brechas de conocimiento y generen nueva evidencia de “lo que sí funciona” en entornos de bajos recursos.**

# Impacto del Agotamiento

Se reconoce a nivel mundial que las enfermeras, parteras y trabajadores de la salud suelen ser el primer y único recurso de atención médica en sus comunidades y, por lo tanto, desempeñan un papel vital en la prestación de servicios de salud. Sin embargo, el mundo enfrenta un grave déficit de este personal esencial, con una escasez proyectada de 18 millones de trabajadores de la salud para el 2030.<sup>37</sup>

La Asamblea Mundial de la Salud designó 2020 como el Año Internacional de la Enfermera y la Partera, reconociendo que el déficit proyectado tiene importantes implicaciones para la salud mundial.

**La dotación de personal por debajo del objetivo se relaciona con un aumento del 2 al 15% en la mortalidad, mientras que un aumento de 1 enfermera por cada 1000 días de hospitalización se asocia con una disminución del 4.3% en la mortalidad.**<sup>38,39</sup>

Por lo tanto, se tiene una gran demanda de estrategias para cerrar dicha brecha laboral. Si bien las cifras de reclutamiento más bajas son un factor que contribuye, la retención de las enfermeras existentes es una preocupación mundial, desde las altas tasas de rotación reportadas en los EE. UU. (16.5%), a 20% de las enfermeras en Kenia que reportan que dejarían la profesión en 2 años, hasta una reducción del 7.5% en la satisfacción laboral reportada en Alemania.<sup>40,41,42</sup>

**En todo el mundo, la enfermería se considera una de las profesiones más estresantes, dada la naturaleza exigente de la atención al paciente y el complejo panorama del sistema de salud en el que operan las enfermeras.**<sup>43</sup>

Esto se refleja en todo el mundo, con enfermeras que reportan altos niveles de agotamiento emocional<sup>44</sup> y fatiga<sup>45</sup> y su impacto posterior en la salud y bienestar de las enfermeras.<sup>46,47,48</sup> De no abordarse, estos niveles elevados de estrés pueden conducir a un trastorno de estrés postraumático, ansiedad, depresión, agotamiento,<sup>49,50</sup> trastornos psicosomáticos, alcoholismo, abuso de drogas, lesiones en el lugar de trabajo y trastornos musculoesqueléticos.<sup>51,52,53,54</sup>

Estos efectos tienen implicaciones para la productividad y rendimiento.<sup>55,56</sup> Cuando el bienestar de las enfermeras se ve afectado, los pacientes también sufren. De no abordarse adecuadamente, los altos niveles de estrés pueden provocar retrasos, rotación y que las enfermeras se distancien emocional y cognitivamente de su trabajo, lo que puede resultar en una atención al paciente subóptima.<sup>57,58,59,60,61,62,63</sup>

**El agotamiento incluye tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal.<sup>64</sup>**

El agotamiento ha alcanzado niveles desenfrenados entre los trabajadores de la salud en todo el mundo<sup>65</sup> y muchos estudios han demostrado que el agotamiento de los proveedores de servicios de salud es perjudicial tanto para la atención al paciente como para la rotación de personal.<sup>66,67,68</sup> Los trabajadores de la salud que sufren de agotamiento se sienten menos preparados para cuidarse a sí mismos y a los pacientes a los que atienden,<sup>69</sup> y es más probable que abandonen el sistema de atención médica antes, lo que genera escasez de personal y un mayor agotamiento entre los trabajadores que se quedan.









---

# La Oportunidad



La naturaleza de la enfermería y el papel de un trabajador de la salud son inherentemente estresantes y no se pueden eliminar por completo todos los factores estresantes relacionados con el trabajo. Además de los esfuerzos para reducir los factores estresantes externos, existe la oportunidad de mejorar la capacidad de los trabajadores de la salud para hacer frente y manejar el estrés al **desarrollar su resiliencia, que puede actuar como un “amortiguador” durante períodos altos de estrés.**

Se ha establecido un vínculo claro entre “recuperación” y “volver a la normalidad” - poder recuperarse de un trauma o período difícil y volver a la salud o bienestar básica.<sup>70,71</sup> Los estudios han demostrado que el aumento en la resiliencia se correlaciona con el aumento en el bienestar y la satisfacción con la vida en la población general.<sup>72</sup> La resiliencia también se ha relacionado con una mayor satisfacción del paciente,<sup>73</sup> una percepción de mejor calidad de atención y mejores actitudes hacia los pacientes.<sup>74</sup> Un alto nivel de resiliencia en las enfermeras también se han asociado con un mayor bienestar general, salud psicológica,<sup>75</sup> mejores relaciones de trabajo,<sup>76</sup> mejora en la calidad de vida profesional y aumento en la satisfacción laboral.<sup>77,78,79,80,81</sup>

El hecho de fomentar la resiliencia psicológica entre las enfermeras se reconoce como un esfuerzo clave que puede contribuir a un entorno de trabajo saludable,<sup>82</sup> mejorar la retención de enfermeras y mejorar la calidad de la atención.<sup>83</sup> Las investigaciones sobre la resiliencia en las enfermeras ha puesto de relieve su papel protector contra la rotación de personal de enfermería,<sup>84</sup> trastorno de estrés postraumático,<sup>85</sup> agotamiento emocional,<sup>86</sup> y agotamiento.<sup>87</sup>

La resiliencia personal puede permitir que las enfermeras superen de manera exitosa los desafíos actuales del sistema de salud y mantengan su satisfacción laboral, buena salud y bienestar.<sup>88,89</sup> Al desarrollar la resiliencia personal junto con otros en el mismo lugar de trabajo podría facilitar una colaboración y apoyo más efectivo entre colegas y, finalmente, mejorar la moral general y el entorno del lugar de trabajo.<sup>90</sup>

Existe la necesidad de identificar comportamientos clave para desarrollar la resiliencia, los determinantes de esos comportamientos y las estrategias que pudieran apoyar que se realicen esos comportamientos. Además, dada la naturaleza multifactorial del agotamiento, también existe la necesidad de analizar si ya existen iniciativas que consideren los efectos a nivel organizacional, comunitario y de política para respaldar la realización de esos comportamientos.

**Este Kit de Herramientas no está diseñado para responsabilizar a los trabajadores de la salud. Más bien, es un llamado a la acción y un recurso para que las organizaciones brinden iniciativas basadas en evidencia que faciliten comportamientos de desarrollo de resiliencia entre los trabajadores de la salud y oportunidades para su recuperación.**



# Proceso de 5 pasos

El siguiente proceso paso a paso y las plantillas que lo acompañan están diseñados para ayudar a las organizaciones a aplicar prácticas basadas en evidencia para diseñar, implementar y evaluar estrategias de desarrollo de resiliencia.

Para obtener materiales interactivos que ayuden a diseñar un enfoque para fomentar la resiliencia, favor de consultar el **Apéndice**.

**1**

## **Analizar el Problema**

- a. Entender los términos
- b. Entender las necesidades de los trabajadores de la salud (plantilla en el **Apéndice 1.1**)

**2**

## **Analizar la evidencia\***

- a. Revisar los comportamientos clave
- b. Revisar los determinantes clave
- c. Revisar lo que funciona
- d. Revisar las brechas en la evidencia

**3**

## **Aplicar la evidencia**

- a. Revisar el Marco de Resiliencia del Centro
- b. Crear un mapa estratégico (plantilla en el **Apéndice 1.2**)

**4**

## **Cocrear e iterar**

- a. Involve multiple stakeholders and end users to co-create
- b. Realizar pruebas con usuarios

**5**

## **Evaluar\***

- a. Elaborar un plan de medición (plantilla en el **Appendix 1.2**)
- b. Realizar pruebas en el mundo real



**\* Recuerde que puede consultar la Biblioteca de Evidencias y Biblioteca de Medidas para obtener información más detallada.**







---

# Paso 1

# Analizar el Problema



# Resumen Ejecutivo

En esta sección hacemos una distinción entre los factores que son más fáciles de modificar y los que son más difíciles de modificar por la persona (**ver Figura 2**). Estos factores pueden considerarse como “dentro del ámbito de influencia de uno mismo”.

Este Kit de Herramientas utiliza los 5 pilares modificables del bienestar general (enumerados a continuación) diseñados por el equipo de Soluciones de Salud y Bienestar de Johnson & Johnson (JJHWS) junto con evidencia que analiza los comportamientos clave y determinantes de resiliencia de los trabajadores de la salud. **Sin embargo, es importante señalar que los factores difíciles de modificar aún deben ser considerados como oportunidades para la reducción del estrés.**

Es posible que dichos factores no estén dentro del ámbito de influencia de la persona, pero pueden estar dentro del ámbito o esfera de influencia de las organizaciones implementadoras.

Para ayudar a las organizaciones a considerar su esfera de influencia, describimos la naturaleza multifactorial del agotamiento y cómo puede ser alimentado por factores internos y externos. Después analizamos más a fondo el papel que la resiliencia puede desempeñar en la prevención del agotamiento como una estrategia complementaria a las que se enfocan en los factores estresantes externos.

Los 5 pilares modificables del bienestar general de JJHWS:

1. **Vitalidad** (es decir, tengo energía durante todo el día)
2. **Equilibrio emocional** (es decir, me siento en paz)
3. **conectividad** (es decir, mis relaciones importan)
4. **Crecimiento** (es decir, estoy aprendiendo y creciendo)
5. **Propósito** (es decir, mi vida tiene significado)



**Figura 2. Diferenciar entre factores de bienestar que son modificables por la persona y aquellos que son difíciles de modificar por la persona.**



#### Modificable por la Persona

- Tener la energía para hacer las cosas que uno quiere hacer
- Tener un sentido de propósito y significado en la vida.
- Tener fuertes relaciones personales.
- Ser aceptado y pertenecer a grupos
- Ser capaz de manejar el estado emocional (positivo/negativo)
- Tener la capacidad de recuperarse después de la adversidad
- Experimentar el dominio
- Expresar creatividad
- Tener nuevas experiencias



#### Difícil de modificar por la persona

- Situación socioeconómica (SSE); Nivel de ingresos, estatus social en relación con la riqueza/poder
- Seguridad/protección (incluyendo financiera, física)
- Clima político/normas culturales
- Factores individuales (es decir, edad, sexo, personalidad)

Es importante tener en cuenta que, si bien las intervenciones para desarrollar la resiliencia y mejorar el bienestar pueden ofrecer valor en todo el espectro, desde sentirse bien hasta sentirse enfermo, pueden complementar, pero no deben reemplazar, cualquier tratamiento médico necesario en caso de angustia emocional grave o esfuerzos sistémicos para reducir los factores estresantes externos.

## Naturaleza Multifactorial del Agotamiento

Varias teorías y modelos han analizado la naturaleza multifactorial del agotamiento y la compleja interacción entre los factores internos y externos, incluyendo el Modelo de Exigencias-Control del Trabajo,<sup>91</sup> el modelo de Desequilibrio Esfuerzo-Recompensas,<sup>92</sup> el modelo de Injusticia Organizacional,<sup>93</sup> y el modelo de Recursos de Exigencias del Trabajo.<sup>94</sup> Se alienta a las organizaciones a considerar primero el alcance de su iniciativa al utilizar el Modelo Socioecológico (MSE) para identificar y priorizar los factores **(ver Figura 3).**<sup>95</sup>

**El agotamiento es de naturaleza multifactorial, impulsado por factores tanto internos como externos.**<sup>96</sup>

El MSE plantea que hay 5 niveles de influencia en los comportamientos de salud y resultados de salud (p. ej., agotamiento) y que las personas influyen y son influenciadas por cada uno de los siguientes niveles:

1. **Individual** - actitudes, creencias, conocimientos, autoeficacia, habilidades, comportamientos.
2. **Interpersonal** - (grupos primarios) - redes sociales y sistemas de apoyo cercanos, como amigos y familia.
3. **Organizacional** - organizaciones e instituciones.
4. **Comunidad** - donde vive y trabaja una persona y conexiones sociales más amplias.
5. **Política Pública** - las leyes y políticas locales, estatales y nacionales.

Figura 3. El MSE.



**Los factores externos, como las normas sociales y la cultura, seguridad, factores ambientales, políticas socioeconómicas y relaciones interpersonales pueden contribuir directamente al agotamiento como “factores de estrés”, pero también influyen en si las personas pueden o no adoptar comportamientos de desarrollo de la resiliencia.**

Esto es particularmente importante cuando se considera la prestación de atención médica en circunstancias de crisis como la del COVID-19, que altera e intensifica estos factores como factores de estrés.

Una lista de los factores organizados por el MSE que pueden contribuir al agotamiento se proporciona en la **Tabla 2**. El Comité Permanente entre Organismos también identificó factores específicos de crisis para COVID-19.<sup>97</sup> Tal información puede ser relevante en otras circunstancias de atención médica en momentos de crisis, como desastres naturales y desastres provocados por el hombre.

**Cuando sea posible, se deben hacer esfuerzos para reducir los factores estresantes externos. Las organizaciones deben reconocer el impacto que pueden tener en la participación en y eficacia de los programas de resiliencia.**

*Tabla 2. La lista de factores en todo el MSE que pueden contribuir al agotamiento y afectar la participación y el posicionamiento de los programas de resiliencia.*



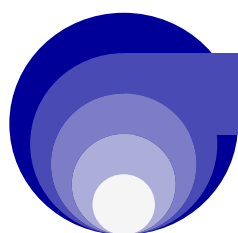
#### **GENERAL<sup>98</sup>**

**Leyes y políticas locales, estatales y nacionales:** Pueden promover objetivos de política de salud importantes que pueden incluir la cobertura universal de salud, y sentar las bases para organizar, gobernar y financiar el sistema de salud de un país. Las leyes y políticas también pueden afectar indirectamente a los trabajadores de la salud (p. ej., desgravación fiscal para el cuidado de los niños). Estos factores de política pueden contribuir a o aliviar el estrés e influir en los recursos disponibles para los trabajadores de la salud.

#### **ESPECÍFICO DE CRISIS<sup>99,100</sup>**

**Leyes y políticas locales, estatales y nacionales para la atención médica en momentos de crisis:** Estos pueden incluir leyes de distanciamiento social y lanzamientos de vacunación. Esto puede contribuir a o aliviar el estrés e influir en los recursos disponibles para los trabajadores de la salud.





## FACTORES COMUNITARIOS

### GENERAL<sup>101,102,103,104,105, 106,107,108,109</sup>

**Estructura del sistema de salud:** Las diferencias en los sistemas de salud públicos y privados y la disponibilidad de fondos pueden afectar los recursos, tiempo y apoyo disponibles para los trabajadores de la salud. La escasez de recursos, en particular, puede contribuir como factor de estrés, pero también puede limitar el acceso a los programas.

**Cohesión social:** Si una comunidad tiene objetivos compartidos, responsabilidades y cooperación entre sus miembros puede contribuir o aliviar los factores estresantes. Esto también puede influir en la motivación y oportunidad (acceso) para participar en los programas.

**Infraestructura tecnológica:** Una comunidad puede variar en términos de infraestructura tecnológica que puede contribuir a la carga administrativa e interrupciones en el flujo de trabajo. El acceso a tecnología también puede estar limitado en las zonas rurales, lo que puede influir en la viabilidad de implementar un programa de resiliencia digital.

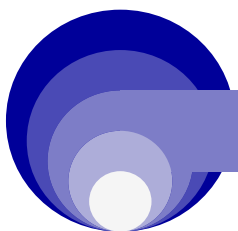
**Seguridad, protección y estigma:** El estigma asociado con la salud mental y la exposición a la violencia en ciertos centros de salud contribuyen como factores estresantes y pueden influir en la motivación y oportunidad de participar en un programa.

### ESPECÍFICO DE CRISIS<sup>110,111</sup>

**Estigmatización:** La estigmatización hacia quienes trabajan con pacientes con COVID-19 puede contribuir como factor estresante, reforzar los sentimientos de aislamiento e inhibir la capacidad de buscar apoyo social.

**Equipo de protección insuficiente:** Cuando no se satisfacen las necesidades básicas, se ejerce una presión adicional sobre los trabajadores de la salud y participar en programas complementarios quizá no sea una prioridad.

**Estrictas medidas de bioseguridad:** Éstas requieren más tiempo, lo que puede afectar tanto la motivación como la oportunidad (tiempo) para participar en programas.



## FACTORES ORGANIZACIONALES

### GENERAL<sup>112,113,114,115,116,117</sup>

**Estructura de gobierno:** Una estructura de gobierno que no promueve ni brinda descansos al personal, o que no asegura que se cubran los roles para permitir tiempo libre según sea necesario, puede inhibir la capacidad de que los trabajadores de la salud se recuperen y puede hacer que se sientan que no pueden tomar descansos o priorizar el autocuidado.

**Cultura organizacional:** La cultura de una organización se manifiesta en sus acciones (por ejemplo, decisiones, asignación de recursos) que pueden contribuir a o aliviar los factores estresantes. Esto puede influir si se cuenta con supervisión de apoyo para los trabajadores de la salud y también puede afectar la oportunidad y motivación de los trabajadores de la salud para participar en los programas.

**Escasez de personal y/o jornadas largas:** Las jornadas largas y la carga de trabajo contribuyen como factores estresantes y estos desafíos también reducen el tiempo y energía que los trabajadores de la salud tienen para participar en un programa.

**Políticas de intimidación y acoso en el lugar de trabajo:** La tolerancia de una organización con respecto a la intimidación y el acoso en el lugar de trabajo puede contribuir a o aliviar la angustia emocional. Esto también puede influir en las oportunidades que se ofrecen y puede afectar los niveles de motivación y vulnerabilidad que sienten los trabajadores de la salud en los programas grupales o 1 a 1.

**Políticas de discriminación en el lugar de trabajo:** La tolerancia de una organización con respecto a la discriminación en el lugar de trabajo (por ejemplo, edad, discapacidad, identidad de género, matrimonio y unión civil, embarazo y maternidad, raza, religión o creencias, sexo) puede contribuir a o aliviar la angustia emocional. Esto también puede influir en las oportunidades que se ofrecen y puede afectar los niveles de motivación y vulnerabilidad que sienten los trabajadores de la salud en los programas grupales o 1 a 1.

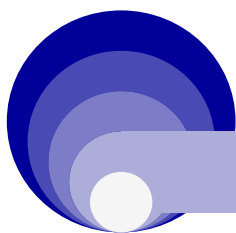
**Normas y procesos clínicos:** El entorno de la práctica, el clima ético y la calidad de la atención resultante pueden contribuir o aliviar los niveles de angustia moral que están asociados con el agotamiento de los trabajadores de la salud. Esto también puede afectar los niveles de motivación y energía de los trabajadores de la salud para participar en los programas.

**Programas de asistencia y desarrollo de empleados:** La provisión de recursos a los empleados puede ser un reflejo de la cultura organizacional, cuya escasez o prevalencia puede contribuir al estrés diario e impactar directamente el acceso a los programas.

## ESPECÍFICO DE CRISIS<sup>118,119</sup>

**Nuevos procedimientos estrictos:** Puede contribuir como factor estresante e impedir la espontaneidad y autonomía para participar en programas.

**Jornadas de trabajo más largas:** Jornadas más largas, junto con el aumento del volumen de pacientes debido a la crisis, contribuyen como factores estresantes y reducen el tiempo y energía que los trabajadores de la salud tienen para participar en un programa.



## FACTORES INTERPERSONALES

### GENERAL<sup>120,121,122,123</sup>

**Intimidación y acoso laboral:** Puede ocurrir en hospitales y entornos de atención médica como fuente de angustia y también puede influir en la motivación para participar en programas, particularmente en entornos grupales.

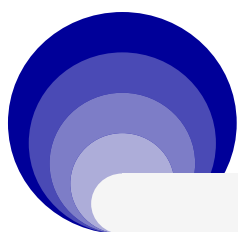
**Discriminación interpersonal en el lugar de trabajo:** Puede ocurrir durante interacciones con colegas, supervisores o pacientes, la cual contribuye como factor estresante e influye tanto en la motivación como en la oportunidad de participar en los programas.

**Relaciones profesionales:** Las relaciones interpersonales entre colegas pueden ser una fuente de apoyo que amortigua contra el estrés perjudicial o, puede ser una fuente de tensión y conflicto y contribuir al estrés relacionado con el trabajo. Estas relaciones pueden influir en la motivación para participar en programas con colegas.

**Relaciones con pacientes:** Las interacciones con pacientes que ignoran los consejos médicos, insisten en hacerse pruebas o tratamientos innecesarios o que tienen un comportamiento irrespetuoso puede provocar agotamiento emocional. Esto también puede influir en la energía que se tiene para participar en los programas.

### ESPECÍFICO DE CRISIS<sup>124,125,126</sup>

**Interacción reducida:** Los intensos horarios de trabajo junto con los esfuerzos para minimizar el contacto con los demás pueden reducir la capacidad de los trabajadores de la salud para acceder al apoyo social y participar en los programas.



## FACTORES INDIVIDUALES

### GENERAL<sup>127,128,129,130,131</sup>

**Preocupaciones de salud:** Las preocupaciones de salud y problemas de los seres queridos pueden ser factores estresantes adicionales y participar en los programas quizás no sea una prioridad.

**Problemas de pareja:** Puede contribuir aún más a los niveles de estrés y limitar la capacidad de acceder al apoyo social.

**Problemas financieros:** Puede haber factores estresantes adicionales que afecten aún más el interés y participación en los programas, particularmente aquellos que pueden generar costos para los participantes.

**Poco tiempo en casa:** Puede limitar aún más el tiempo disponible de los trabajadores de la salud para participar en programas debido a conflictos actuales en su vida personal.

### ESPECÍFICO DE CRISIS<sup>132</sup>

**Miedo a la exposición personal al virus:** An additional stressor which may also impact health workers' ability and motivation to participate in in-person programs.

**Miedo de transmitir COVID-19 a familiares y amigos:** An additional stressor which may also impact health workers' ability and motivation to participate in in-person programs.

**Esfuerzo físico:** An additional physical stressor that can be caused by protective equipment which may also impact health workers' ability, motivation, and energy to participate in programs.

**Mantenerse al día con las mejores prácticas a medida que evoluciona la crisis:** An additional stressor and further reduces time and energy available to participate in programs.

**Aislamiento físico:** An additional stressor which can inhibit ability to comfort those who are sick or distressed, or limit opportunity to receive comfort needed when experiencing sickness or distress. This also serves as a barrier to accessing social support and in-person programs.

**Concientización constante:** The extra vigilance required can be both mentally and physically exhausting which may contribute to emotional distress and impact motivation to engage in programs.



# Comprender las Necesidades de los Trabajadores de la Salud

Como se mencionó en la página 27, el agotamiento es de naturaleza multifactorial. Es importante comprender cómo y cuándo las iniciativas de desarrollo de resiliencia pueden apoyar sus esfuerzos. Con la información proporcionada en la **Tabla 2**, considere realizar una evaluación de necesidades con los trabajadores de la salud para comprender y priorizar los factores estresantes y factores externos de influencia. Al usar la plantilla MSE (**Apéndice 1.1**), considere mapear esas necesidades en los diferentes niveles para reflejar el panorama completo de oportunidades. Después, considere su viabilidad.

Necesidades e estressores do profissional de saúde		Viabilidade – onde podemos fazer uma diferença?
	Política Pública	
	Comunidade	
	Organização	
	Interpessoal	
	Indivíduo	

Use la plantilla 1 que se encuentra en el Apéndice 1.1 para rastrear las necesidades y factores estresantes de los trabajadores de la salud y luego considere dónde puede marcar la diferencia.

¿Dónde es más probable que su organización marque la diferencia? ¿Cómo podrían contribuir los comportamientos de desarrollo de resiliencia como estrategia central o de apoyo en sus esfuerzos?

Por ejemplo, una evaluación de las necesidades de los trabajadores de salud puede indicar que, además de las largas jornadas de trabajo, el acoso laboral es un factor estresante significativo. En este caso, es posible que los socios implementadores no puedan cambiar las horas de trabajo, pero pueden implementar cambios organizacionales que incluyan la concientización y mecanismos de denuncia anónima para el acoso laboral. En este caso, se puede implementar una iniciativa de desarrollo de resiliencia como una estrategia complementaria para desarrollar las habilidades de afrontamiento y recuperación de los trabajadores de la salud en paralelo a estos esfuerzos.





---

## Paso 2

# Analizar la Evidencia



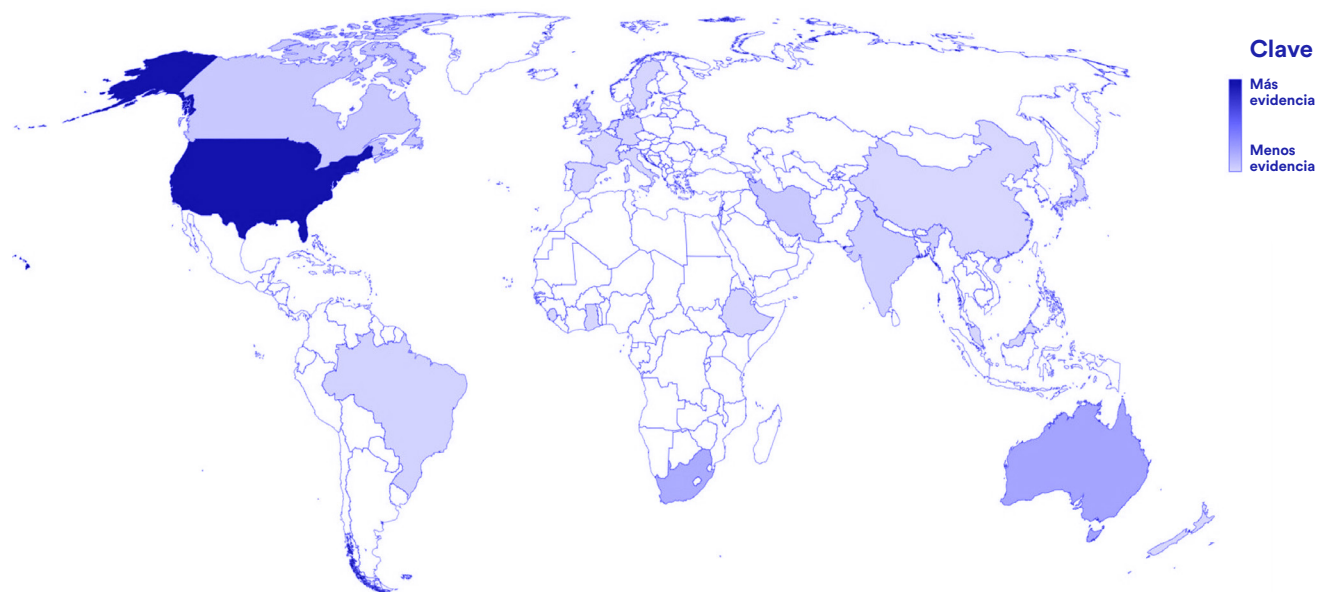
## Resumen Ejecutivo

Como se indicó en el Paso 1 de este Kit de Herramientas, el agotamiento es un problema multifactorial impulsado por factores internos y externos. Algunos de estos factores están dentro de la esfera de influencia de una persona (es decir, son más fáciles de modificar por la persona) y algunos son factores externos que pueden contribuir a los factores estresantes. Es importante llevar a cabo una evaluación de las necesidades de los trabajadores de la salud para comprender mejor los factores estresantes existentes, dónde es viable intervenir y cómo una estrategia de desarrollo de la resiliencia puede complementar o apoyar otras intervenciones. Ya sea que utilice el desarrollo de la resiliencia como una estrategia central o de apoyo, esta sección le ayudará a identificar los comportamientos y factores de desarrollo de la resiliencia que son más fáciles de modificar, como un mecanismo para mejorar el bienestar (Pasos 2a-b). También se proporciona una lista de estrategias que han sido probadas y recomendadas para fomentar estos comportamientos de desarrollo de la resiliencia (Paso 2c).

Sin embargo, es importante reconocer la generalización limitada de la evidencia existente que está sesgada hacia ciertos países, contextos y poblaciones. **(ver Figura 4).** Por lo tanto, el Paso 2d identifica las brechas y oportunidades para la generación de evidencia a través del Modelo Socioecológico (MSE) que pueden facilitar la participación en los comportamientos de desarrollo de resiliencia identificados.

**La evidencia en entornos de bajos recursos es limitada. Se requiere mayor investigación.**

*Figura 4. Distribución de artículos revisados por pares: Evidencia de intervención y transversal, incluyendo revisiones sistemáticas, revisiones integradoras y orientación global.*



Como mejor práctica, este Kit de Herramientas comienza con la evidencia existente y reconoce que no toda la evidencia se crea de manera igual. Se utilizaron los Niveles de Evidencia de Soluciones de Salud y Bienestar de J&J (JJHWS) para guiar la clasificación de la evidencia. En resumen, el

marco es una jerarquía de evidencia disponible hasta la fecha, siendo la evidencia de “Nivel 4” el nivel más alto de evidencia (p. ej., metaanálisis, varios ensayos controlados aleatorios, etc.).

**Figura 5. Niveles de evidencia JJHWS.**



El análisis inicia con, pero no se limita a, la literatura científica revisada por pares, reconociendo que la base de evidencia de la ciencia del comportamiento de la salud puede ser escasa a veces en términos de varios factores, incluyendo la cantidad, calidad y diversidad de las perspectivas. Por lo tanto, además de la literatura científica revisada por pares (91 artículos), la orientación proporcionada se basa en entrevistas con 29 trabajadores de la salud en entornos de bajos recursos, información continua de los socios implementadores existentes a través de The Resilience Collaborative y experiencia en la materia.

**Como resultado de esta revisión, se presentan 5 comportamientos centrales y 2 de apoyo basados en la evidencia para el desarrollo de la resiliencia, junto con 3 dominios que enumeran los determinantes (es decir, influenciadores del cambio) para apoyar la participación en estos comportamientos.**





## Paso 2a: Revisar los Comportamientos de Desarrollo de Resiliencia

Usando la evidencia disponible, se han identificado cinco comportamientos centrales y dos de apoyo a nivel individual que desarrollan la resiliencia.

*Figura 6. Cinco comportamientos centrales y dos de apoyo para desarrollar la resiliencia.*

- 
- 1** Manejo del estrés cognitivo conductual
  - 2** Practicar la conciencia plena y relajación
  - 3** Participar en el autocuidado
  - 4** Conectar con el propósito
    - 4a** Buscar crecimiento
  - 5** Conectarse con otros
    - 5a** Buscar más apoyo cuando sea necesario

**Ver Apéndice 1.2 para obtener una plantilla que puede usarse para ayudar a diseñar una estrategia de desarrollo de resiliencia.**



**Participar en el manejo cognitivo conductual del estrés** enfocado en reducir los pensamientos negativos y aumentar los momentos alegres puede mejorar considerablemente la resiliencia de las enfermeras. Por lo general, esto implica el uso de un conjunto de técnicas y métodos para aumentar la capacidad de una persona para lidiar con los factores estresantes diarios.<sup>133</sup> Un profesional de la salud aliado puede enseñar a los participantes a reconocer la relación entre pensar, sentir y comportarse.<sup>134</sup> La reestructuración cognitiva también se puede usar cuando se enseña a las personas a analizar y reemplazar los pensamientos desadaptativos (p. ej., sopesar la evidencia y crear pensamientos de afrontamiento alternativos).<sup>135,136,137,138,139</sup>



**Realizar prácticas de conciencia plena y relajación** para reformular los pensamientos negativos también puede ayudar a manejar el estado de ánimo y la percepción de situaciones estresantes. Las técnicas conductuales pueden incluir ejercicios de respiración, conciencia plena, meditación, aromaterapia, imágenes guiadas, relajación progresiva, relajación de estiramiento, entrenamiento autógeno y biorretroalimentación.<sup>140,141,142,143</sup>



**Participar en el cuidado personal (p. ej., comer, dormir, actividad)** para asegurar que se satisfagan las necesidades humanas básicas está asociado tanto con la resiliencia como con el bienestar. Esto puede incluir ejercicios físicos<sup>21,144</sup> y micro ráfagas de actividad para mejorar el nivel de energía, estado de ánimo y el nivel de fatiga,<sup>145,146</sup> además de la higiene del sueño<sup>147,148</sup> y la priorización de la alimentación saludable para la recuperación y manejo del estrés.<sup>149</sup>



**Conectarse con otros** y participar en una red de apoyo social es un comportamiento de recuperación bien establecido para los trabajadores de la salud. Activar el apoyo social de familiares, amigos y colegas y volver a conectarse con personas con las que se tienen relaciones cercanas permite mantener un sentido de conexión.<sup>150,151,152,153</sup> Esto puede tener lugar en entornos informales (p. ej., familiares o amigos) o en entornos formales (p. ej., grupos de discusión entre enfermeras, etc.), y puede combinarse con programas para mejorar las habilidades de comunicación.<sup>154</sup>



**Conectarse con el propósito** y definir un significado personal de la vida fomenta una sensación de bienestar<sup>155</sup> y está bien evidenciado que es un factor psicosocial modificable para desarrollar la resiliencia.<sup>156</sup> Esto puede incluir, entre otros, practicar la espiritualidad y la fe (meditación/oración) para mejorar la resiliencia.<sup>157</sup>



**Buscar crecimiento** crecimiento y seguir aprendiendo también puede facilitar la resiliencia y el bienestar.<sup>158,159,160,161</sup> Específicamente, en el entorno laboral, la mentoría y supervisión de apoyo se utilizan cada vez más para facilitar el apoyo profesional y se consideran un medio estratégico para ayudar a mitigar la escasez de personal, promover la socialización y retención, así como para apoyar el desarrollo profesional.<sup>162</sup>



**Buscar apoyo adicional, de ser necesario.** El apoyo social instruccional y emocional (p. ej., apoyo de salud mental) se resalta como un comportamiento importante durante los períodos de gran angustia emocional (p. ej., en respuesta a una pandemia y durante la atención médica en momentos de crisis).<sup>163,164</sup> Sin embargo, buscar apoyo adicional también puede incluir buscar apoyo informativo y orientación de compañeros y supervisores, particularmente para los profesionales en las etapas tempranas de su carrera.<sup>165,166,167</sup> La capacidad para hacerlo puede verse influida por la presencia o ausencia de supervisión de apoyo.

## Paso 2b: Revisar los Determinantes Clave

Una vez identificados los comportamientos centrales, el siguiente paso es comprender los determinantes clave que pueden influir directamente en la participación de estos comportamientos y/o que se ha demostrado que tienen un impacto directo en los niveles de resiliencia.

Para apoyar a las organizaciones, se han identificado y agrupado los determinantes más fáciles de modificar<sup>168,169,170,171,172</sup> al adaptar los dominios psicológicos de la resiliencia<sup>173,174,175,176,177</sup> para formar los dominios determinantes del Centro:

- 1 Dominio 1: Afrontamiento y Control**
- 2 Dominio 2: Sentido de propósito**
- 3 Dominio 3: Conexión humana**

Estos dominios sirven para ayudar a las organizaciones a especificar aún más una estrategia de resiliencia que también respaldará una evaluación más sólida (en el Paso 5).

- 1 Dominio 1: Afrontamiento y Control**

Esta lista representa los determinantes asociados con la capacidad de uno mismo para hacer frente y sentirse en control:

- 1. Habilidades y autoeficacia (flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés, equilibrio entre el trabajo y la vida personal, creencia en la capacidad)**
- 2. Conocimiento y concientización (de factores estresantes, desencadenantes y estrategias de recuperación)**
- 3. Apertura al cambio (desarrollar la esperanza)**
- 4. Autocompasión y autopriorización**

El control se identifica como un dominio psicológico de resiliencia que es particularmente importante durante períodos de gran angustia emocional (p. ej., pandemia y/o atención médica en momentos de crisis). Muchos años de investigación han establecido que las personas necesitan creer que tienen el control de sus vidas, y aquellos que tienen niveles más altos de creencia en el control personal tienen una mayor satisfacción con la vida y moral, y niveles más bajos de depresión y angustia emocional.<sup>178</sup>



**El control se refleja en la creencia de que se puede acceder a los recursos personales para lograr objetivos preciados y puede ser facilitado por mecanismos de afrontamiento individuales que ayudan a lograr objetivos a corto y largo plazo.**<sup>179</sup>

Por estas razones, se propone que el afrontamiento es una categoría de dominio de alto nivel en lugar de una subcategoría de control. Este enfoque reconoce que el afrontamiento puede trabajar junto con el control, y que múltiples determinantes del afrontamiento y control pueden ser parte de una estrategia de intervención sólida. La resiliencia se describe como una habilidad. Existe evidencia fehaciente que indica que ciertas habilidades están asociadas con una mayor resiliencia entre los trabajadores de la salud. Estas habilidades pueden incluir flexibilidad cognitiva, habilidades para resolver problemas, manejo del estrés y habilidades para equilibrar la vida laboral y personal. Sin embargo, comprender los factores desencadenantes y estresantes de uno mismo y saber cuándo usar estas habilidades, al mismo tiempo que uno cree en su propia capacidad (es decir, la autoeficacia) para usar estas habilidades, es igual de importante. El conocimiento, concientización, habilidades y autoeficacia pueden afectar la motivación y capacidad de una persona para participar en comportamientos de desarrollo de resiliencia.<sup>180,181,182,183,184,185</sup>

La esperanza es un estado de ser multidimensional, dinámico y empoderador que es fundamental para la vida<sup>186</sup> y puede ser impulsado por 3 constructos: interconexión, una mentalidad de futuro y apertura al cambio.<sup>187</sup> Se propone que los constructos individuales de esperanza abarcan los 3 dominios de resiliencia, y que la apertura al cambio tiene la capacidad de influir en el afrontamiento y control de una persona.<sup>188</sup> Además, la capacidad de los trabajadores de la salud para ejercer la autocompasión y la autopriorización<sup>189,190,191</sup> puede ser particularmente crítica durante los períodos de gran angustia emocional (p. ej., en respuesta a una pandemia y durante la atención médica en momentos de crisis).<sup>192,193</sup>

## 2

### Dominio 2: Sentido de propósito

Esta lista representa los determinantes asociados con el sentido de propósito de uno mismo:

1. Significado
2. Sentirse valorado
3. Mentalidad de futuro (constructo de esperanza)
4. Optimismo

Las investigaciones sugieren que la motivación y el nivel de resiliencia de los trabajadores de la salud también pueden verse influidos por su sentido de propósito y coherencia..<sup>194,195,196,197,198,199</sup> La coherencia se basa en el deseo de una persona de darle sentido y significado al mundo y se refiere a la medida en que las personas ven los problemas de la vida como manejables, comprensibles e importantes, por lo tanto, tienen expectativas de que las cosas en su mayoría saldrán bien.<sup>200</sup>

**Fomentar un sentido de propósito y definir un significado personal de la vida promueve una sensación de bienestar<sup>201</sup> y está bien evidenciado como un factor psicosocial modificable para desarrollar resiliencia.**<sup>202</sup>

El significado puede contribuir al sentido de propósito de una persona como la creencia de que las cosas en la vida son interesantes y una fuente de satisfacción, que las cosas realmente valen la pena y que hay una buena razón o propósito para preocuparse por lo que sucede.<sup>203</sup> Más específicamente en el entorno laboral, la investigación sugiere que sentirse valorado también es un factor motivacional importante. Además, hay evidencia sólida que sugiere que la mentalidad de las enfermeras (p. ej., mentalidad de futuro - un constructo de esperanza) y el optimismo pueden influir en los niveles de resiliencia.<sup>204,205,206,207</sup>

**Si bien estos pueden ser factores intrínsecos, hay evidencia que sugiere que pueden mejorarse en un ambiente laboral de apoyo.**<sup>208</sup>



### **Dominio 3: Conexión humana**

Esta lista representa los determinantes asociados con sentirse apoyado y conectado con otros:

1. **Apoyo social**
2. **Supervisión de apoyo**
3. **Interconexión (constructo de esperanza)**
4. **Habilidades de comunicación y trabajo en equipo**

Existe evidencia sustancial que sugiere que tener relaciones significativas tanto dentro como fuera del entorno laboral está asociado con niveles más altos de resiliencia.<sup>209,210,211,212,213,214,215</sup> Sentirse conectado y apoyado puede verse influido por el apoyo social personal (p. ej., familiares y amigos) y profesional (p. ej., compañeros y colegas) que puede fomentar una sensación de interconexión, y también es un constructo de esperanza. Esto puede reforzarse mediante la supervisión de apoyo (es decir, que se brinde orientación en el lugar de trabajo y retroalimentación sobre asuntos de desarrollo personal, profesional y educativo por parte del personal de supervisión y la gerencia)<sup>216</sup> que pueden afectar el bienestar general de los trabajadores de la salud.<sup>217,218,219</sup>

En el entorno laboral a nivel interpersonal, tener relaciones laborales sólidas y un entorno colaborativo puede influir aún más en la resiliencia de los trabajadores de la salud al reducir los factores estresantes de conflicto y falta de comunicación y a la vez mejorar las habilidades de afrontamiento, mientras que las políticas, capacitación y recursos en el lugar de trabajo a nivel organizacional pueden facilitar el desarrollo de habilidades de comunicación y trabajo en equipo.

No se puede pasar por alto el complejo papel que juegan los factores socioculturales en el entorno laboral. Específicamente, la falta de apoyo del supervisor y normas sociales en el lugar de trabajo que pasan por alto la importancia de la recuperación pueden ser una barrera para el aprendizaje y uso de habilidades de afrontamiento, sentirse en control y/o sentir un sentido de propósito dentro del lugar de trabajo.

**Crear un ambiente de trabajo de apoyo es un factor crítico para fomentar comportamientos de desarrollo de resiliencia.**

## Paso 2c: Revise Lo Que Funciona

El siguiente paso es analizar estrategias que han demostrado reducir el estrés percibido, mejorar el bienestar y/o prevenir el agotamiento a través de comportamientos de desarrollo de resiliencia. Al hacerlo, cobran vida los mecanismos de acción que pueden ayudar a mejorar el alcance, guiar el diseño y sentar las bases de una evaluación más sólida.

Para ayudar a las organizaciones a hacer esto, se ha consolidado una biblioteca de estrategias basadas en evidencia enfocadas en desarrollar la resiliencia para mejorar el bienestar (ver **Apéndice 1.3**). Mediante el uso de los Niveles de Evidencia JJHWS, esta evidencia ha sido dividida en categorías en una escala del 1 al 4 (ver **Tabla 3**).

*Tabla 3. Niveles de evidencia.*

Tipo	N	Rango
Ensayos controlados aleatorios	10	4.0
Directrices internacionales	3	4.0.
Pre/post con grupos de control	9	3.75
Revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones integradoras	9	3-4.0
Pre/post, sin control	24	2.5-3.5
Cualitativo	12	2.5-3.5
Análisis transversales	12	2.5-3.0
Modelos teóricos	6	2.5
Artículo de revisión	4	2.0
Artículos de opinión de expertos	2	1-2.0

Es importante tener en cuenta que se necesita tiempo para establecer evidencia revisada por pares. Se alienta a las organizaciones a que se **unan a The Resilience Collaborative** para compartir su experiencia, aprender de otros y contribuir a aumentar el conjunto de evidencia para respaldar la implementación de prácticas de desarrollo de resiliencia.



En general, se identificaron 9 categorías de alto nivel en la bibliografía (ver **Figure 7**). Se proporcionan ejemplos por categoría en la **Tabla 4**. Estas categorías no son mutuamente excluyentes, ya que se encontró que los programas probados con mayor frecuencia eran de naturaleza multimodal (por ejemplo, una combinación de Capacitación en Manejo del Estrés y psicoeducación). Las categorías se presentan dentro del contexto del MSE para indicar los niveles de intervención a los que se dirige principalmente cada categoría.

El nivel de evidencia promedio se calculó por categoría de alto nivel. Estos valores reflejan el tipo de evidencia en la que un valor más alto representa estrategias formalmente probadas que resultaron ser efectivas. Estos incluían predominantemente programas holísticos, manejo del estrés y capacitación en comunicación. **Los valores más bajos representan categorías que pueden probarse menos pero que pueden considerarse evidencia emergente y que se recomienda cada vez que sean probadas para apoyar comportamientos de desarrollo de resiliencia.**

Aunque las intervenciones probadas con mayor frecuencia fueron multimodales, tendieron a intervenir a nivel individual del MSE, en lugar de enfocarse en factores a nivel interpersonal u organizacional.

**Existe una clara falta de evidencia para los programas que se enfocan en múltiples niveles del Modelo Socioecológico para fomentar comportamientos de desarrollo de resiliencia, particularmente a nivel organizacional, comunitario y de política.**

Por lo tanto, las organizaciones deben esforzarse por analizar las brechas de evidencia y las oportunidades de generación de evidencia que existen, las cuales se describen con más detalle en el Paso 2d.

**Figura 7. Categorías de alto nivel generadas a partir de la evidencia existente para respaldar comportamientos de desarrollo de resiliencia y oportunidades posteriores para la generación de evidencia.**



#### Preguntas que se deben considerar:

- La evidencia empírica existente es un buen punto de partida para la práctica basada en la evidencia, pero ¿qué pasa con las brechas de evidencia?
- ¿Existen aprendizajes basados en la práctica que puedan contribuir al campo?
- ¿Cómo se puede optimizar la evaluación para comprender mejor lo que funciona?
- La mayoría de la evidencia existente se dirige a los determinantes a nivel individual predominantemente en el Dominio 1 (afrentamiento y control). ¿Cómo se puede generar más evidencia para el sentido de propósito (Dominio 2) y conexión humana (Dominio 3) usando intervenciones interpersonales y organizacionales?
- Teniendo en cuenta la abundancia de factores estresantes que existen en todo el MSE, ¿cómo se pueden integrar tales estrategias en otros esfuerzos para reducir el estrés?
- Dada la importancia de la cultura organizacional y la supervisión de apoyo, pero la falta de intervenciones reportadas en la evidencia existente, ¿qué intervenciones organizacionales se pueden diseñar y probar?

**Tabla 4. Categorías y estrategias de ejemplo basadas en evidencia para apoyar los comportamientos de desarrollo de resiliencia.**

Cantidad de Evidencia



<b>1. Programas Holísticos</b> <i>Nivel de evidencia prom. 3.46</i>	<b>2. Stress Management Training</b> <i>Nivel de evidencia prom. 3.43</i>	<b>3. Comms &amp; Teamwork Training</b> <i>Nivel de evidencia prom. 3.17</i>
<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditación de conciencia plena<sup>220,221</sup></li> <li>• Reducción del Estrés Basado en la Conciencia Plena (REBCP)<sup>222</sup></li> <li>• REBCP Resumido<sup>223</sup></li> <li>• Autocuidado y Resiliencia con Conciencia Plena (ARCP)<sup>224</sup></li> <li>• Cultivar la Compasión<sup>225,226,227</sup></li> <li>• Programa “Refrigerios y Relajación”<sup>228</sup></li> <li>• Yoga<sup>229</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del Estrés y Resiliencia Capacitación en Resiliencia (SMaRT)<sup>230</sup></li> <li>• Terapia<sup>231</sup></li> <li>• Capacitación en manejo del estrés cognitivo conductual<sup>232,233</sup></li> <li>• Programa de Recuperación Acelerada (PRA)<sup>234</sup></li> <li>• Programa de flexibilidad psicológica<sup>235</sup></li> <li>• Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)<sup>236</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación en Inteligencia Emocional<sup>237</sup></li> <li>• Programa Adler/Sheiner (PAS)<sup>238</sup></li> <li>• Capacitación en trabajo en equipo<sup>239</sup></li> <li>• Intervención breve o debriefing<sup>240</sup></li> <li>• Evaluaciones de turnos de trabajo<sup>241</sup></li> </ul>
<b>4. Interacciones Sociales</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.95</i>	<b>5. Recompensas y Reconocimiento</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.93</i>	<b>6. Psicoeducación</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.89</i>
<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de discusión entre pares<sup>242</sup></li> <li>• Desarrollo de relaciones personales y profesionales<sup>243,244,245</sup></li> <li>• Tiempo libre<sup>246</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación comunitaria sistemática<sup>247</sup></li> <li>• Mecanismos de retroalimentación<sup>248,249</sup></li> <li>• Desarrollo profesional<sup>250, 251, 252</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres y seminarios<sup>253,254,255</sup></li> <li>• Cursos acreditados<sup>256,257,258</sup></li> <li>• Capacitación en Terapia Conductual Cognitiva (TCC)<sup>259,260</sup></li> </ul>
<b>7. Mentoría y Liderazgo</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.85</i>	<b>8. Prácticas Basadas en lo Espiritual, la Fe y la Religión</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.64</i>	<b>9. Políticas en el Lugar de Trabajo</b> <i>Nivel de evidencia prom. 2.50</i>
<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentoría formal<sup>261,262,263</sup></li> <li>• Mentoría informal<sup>264,265,266,267</sup></li> <li>• Liderar con el ejemplo<sup>268,269</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica espiritual<sup>270, 271</sup></li> <li>• Cuidado pastoral<sup>272</sup></li> <li>• Fe (meditación/oración)<sup>273</sup></li> </ul>	<b>Ejemplos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos operativos estándares<sup>274</sup> Programas de asistencia al empleado<sup>275,276,277,278</sup></li> <li>• Programas de seguridad y protección de las enfermeras<sup>279</sup></li> </ul>



## Paso 2d: Considerar las Brechas de Evidencia

Aunque los estudios indican que los programas de resiliencia son viables, aceptables,<sup>280</sup> ay pueden ser usados para equipar a los trabajadores de la salud con habilidades para recuperarse del estrés y mejorar su bienestar,<sup>281,282,283,284</sup> la evidencia tiene una generalización limitada. Es importante analizar las brechas de evidencia y considerar las oportunidades para generar más evidencia, que se resumen a continuación:

- 1. Viabilidad y aceptabilidad:** Los programas con mejor evidencia que han demostrado ser efectivos incluyen los programas holísticos y capacitación en manejo del estrés. Sin embargo, existe la necesidad de analizar la viabilidad y aceptabilidad de los programas basados en evidencia existentes en entornos de bajos recursos, y si tales estrategias resultarían ser efectivas en diferentes grupos y centros clínicos.
- 2. Contextualización:** Además de las pruebas de viabilidad y aceptabilidad, antes de la prueba piloto, existe la necesidad de realizar una investigación formativa. No queda claro cómo se pueden integrar los programas de resiliencia como estrategias de apoyo en las intervenciones que abordan problemas más sistémicos dentro del lugar de trabajo que contribuyen a los factores estresantes en el lugar de trabajo y afectan el bienestar de los trabajadores de la salud (p. ej., situaciones de atención médica en momentos de crisis, acoso laboral y discriminación). Existe la necesidad de evaluar las prioridades y necesidades de los trabajadores de la salud para identificar cómo los programas de resiliencia pueden brindar apoyo. De manera similar, existe la necesidad de analizar qué tan bien resuenan y se traducen los comportamientos de desarrollo de resiliencia en diferentes contextos, y cómo las políticas, culturas y estructuras locales del lugar de trabajo pueden influir en la implementación y escala de dichos programas.
- 3. Influencias a nivel organizacional, comunitario y político:** Como se planteó en el Paso 1, existen necesidades y factores estresantes en múltiples niveles contextuales y existe evidencia congruente que indica que el crear un ambiente de trabajo de apoyo es un factor crítico para fomentar comportamientos de desarrollo de la resiliencia. La revisión actual no arrojó evidencia de intervenciones para el nivel comunitario y de política, y la evidencia para las intervenciones a nivel interpersonal y organizacional fue limitada. Sin embargo, no se realizaron búsquedas específicas por nivel y es posible que existan ejemplos basados en la práctica, en lugar de artículos revisados por pares. Es necesario analizar si los ejemplos basados en la práctica de estrategias de política, comunitarias, organizacionales e interpersonales pueden respaldar los 5 comportamientos centrales y los 2 de apoyo para el desarrollo de la resiliencia. La supervisión de apoyo tampoco se limita solo a la mentoría, y se deben investigar otras formas de apoyar la resolución conjunta de problemas entre supervisores y empleados y la comunicación bidireccional. Por último, dada la influencia de la cultura organizacional

y las políticas en el lugar de trabajo (p. ej., políticas de discriminación e intimidación en el lugar de trabajo) sobre las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo, existe la necesidad de analizar cómo se pueden aprovechar las estrategias de desarrollo de la resiliencia enfocadas en la conexión humana para complementar los esfuerzos sistémicos dirigidos a los factores estresantes organizacionales.

- 4. Autocuidado:** Las estrategias de autocuidado se limitaron predominantemente a la psicoeducación y actividad dentro de programas holísticos. Sin embargo, dentro del ámbito más amplio del bienestar, existe una gran cantidad de evidencia que describe el impacto en la salud física y mental por la mala higiene del sueño, la alimentación poco saludable y la falta de actividad física. Está bien demostrado que el sueño, la alimentación y la actividad física desempeñan un papel vital en las funciones cerebrales y en muchos sistemas del cuerpo. La revisión actual no buscó de manera individual estrategias de alimentación saludable, sueño o actividad física dentro del ámbito más amplio del bienestar. Es necesario profundizar en cada área de autocuidado para analizar determinantes adicionales para el sueño, la alimentación saludable y la actividad física, incluyendo las influencias contextuales, como los patrones de trabajo por turnos, que podrían alterar los comportamientos de sueño, alimentación y actividad física.
- 5. Escala y sostenibilidad:** Los programas probados han sido implementados dentro del contexto de investigación. Se desconocen los costos de implementación y orientación sobre cómo escalar dichos programas. De manera similar, la corta duración dentro de la cual se implementan estas intervenciones limita cualquier conocimiento con respecto a su sostenibilidad. Existe la necesidad de analizar cómo dichas estrategias pueden difundirse a mayor escala a lo largo de períodos de tiempo más prolongados.
- 6. Modos de entrega alternativos:** Existe una clara falta de evidencia que analice el uso de las modalidades de la tecnología digital, lo que podría reducir potencialmente los costos de implementación. Existe la necesidad de analizar cómo las modalidades digitales podrían usarse como un mecanismo de escala. Las intervenciones de resiliencia pueden ofrecerse en varios formatos - presenciales, a través de diversas tecnologías o en formatos combinados (tanto presenciales como habilitados por tecnología). Las intervenciones basadas en dispositivos móviles tienen la ventaja de disponibilidad, accesibilidad y comodidad constantes.<sup>285,286</sup>
- 7. Evaluación:** Los programas que fueron probados varían en sus métodos de entrega y/o evaluación. El campo carece de un enfoque sistemático para entregar y probar los programas de una manera que construiría significativamente el acervo de conocimientos de resiliencia de los trabajadores de la salud. Tampoco se sabe si algunos componentes de los programas multimodales tienen impactos mayores que otros. Existe la necesidad de realizar pruebas sistemáticas de los efectos de cada componente dentro de los programas multimodales.







---

## Paso 3

# Aplicar la Evidencia



# Resumen Ejecutivo

Saber por dónde empezar con la evidencia (es decir, cómo aplicarla y generarla) puede ser abrumador, especialmente si una organización se encuentra en las primeras fases del diseño y el alcance es amplio. Para apoyar a las organizaciones, el Marco de Resiliencia del Centro (**Figura 8**) ha sido desarrollado junto con una tabla de comportamientos y determinantes relevantes (ver **Apéndice 1.3**) para resumir las relaciones de alto nivel entre los determinantes, comportamientos y estrategias existentes basados en evidencia. Esta sección presenta el marco y proporciona 3 ejemplos de casos de uso de cómo una organización puede aprovechar este marco dependiendo de dónde se encuentre en su ciclo de vida de diseño.

## El Marco de Resiliencia del Centro

Muchas de las estrategias enumeradas en el **Apéndice 1.3** son de naturaleza multimodal y pueden dirigirse a varios comportamientos y determinantes, lo que dificulta saber por dónde empezar. La aplicación del marco puede ayudar a una organización a identificar cómo generar evidencia nueva.

**El marco se presenta en la Figura 8. Los comportamientos centrales se indican mediante círculos completos. Los semicírculos indican dónde los comportamientos pueden ser parcialmente compatibles según la entrega, formato y contenido.**

El marco se puede utilizar de manera proactiva para darle forma al diseño de los programas y/o la investigación necesaria para llenar las brechas de evidencia, y retrospectivamente para darle forma a la estrategia de medición y evaluación de un programa implementado. Tres ejemplos de casos de uso de cómo se puede aplicar este marco se proporcionan en la **Figura 9**.

### **Ejemplo A: A una organización le gustaría enfocarse en un determinante en particular (p. ej., habilidades de comunicación)**

Después de revisar el marco, una organización puede utilizar la **Biblioteca de Evidencia** para filtrar la evidencia existente y revisar estas estrategias y subestrategias con más detalle. Por ejemplo, se puede priorizar la revisión de la evidencia sobre mentoría y liderazgo, capacitación en comunicación y trabajo en equipo, políticas en el lugar de trabajo y programas de asistencia a los empleados. También puede valer la pena analizar otras estrategias, como de capacitación en manejo del estrés, psicoeducación, programas holísticos, cuidado pastoral e interacciones sociales que pueden respaldar parcialmente este determinante en particular. Además, se puede consultar el Paso 2d, para considerar dónde puede haber oportunidades para generar nueva evidencia.

### **Ejemplo B: Una organización sabe qué tipo de estrategia le gustaría implementar (p. ej., un curso psicoeducativo)**

En primer lugar, al usar bien sea el **Apéndice 1.3** o la **Biblioteca de Evidencia**, completa, una organización puede filtrar a través de la evidencia existente para revisar las intervenciones psicoeducativas implementadas previamente, incluyendo el contenido, el formato y los métodos de entrega, con más detalle. Después de revisar el marco y la evidencia existente (o la falta de la misma - consulte el Paso 2d), se puede considerar solo enfocarse en temas de autocuidado o decidir facilitar la conectividad a través de un formato basado en grupos.

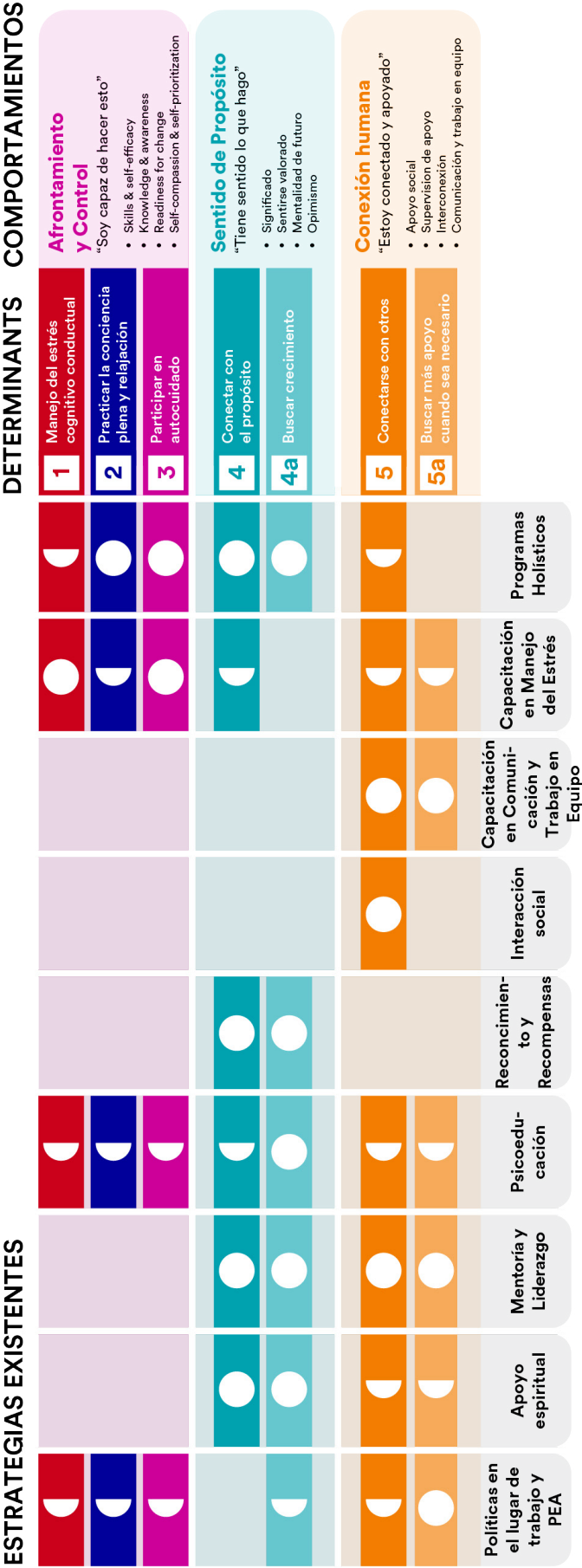
Estas decisiones ayudarán a darle forma a la estrategia de medición y evaluación. Por ejemplo, una organización puede beneficiarse al medir la frecuencia de participación en actividades de autocuidado antes y después del curso. Además, se puede optar por medir los cambios en los determinantes relevantes, como las habilidades de afrontamiento, la autocompasión, la autopriorización, etc.

### **Ejemplo C: Una organización ha implementado un programa (por ejemplo, una iniciativa de recompensas y reconocimiento)**

Después de revisar el marco, una organización puede revisar los determinantes y comportamientos relevantes en el **Apéndice 1.3** para mejorar su estrategia de medición y evaluación actual. Por ejemplo, la organización podría desear medir la frecuencia con la que los trabajadores de la salud se conectan con su propósito y buscar crecimiento antes y después del programa. Además, se puede considerar medir cuán valorados se sienten los trabajadores de la salud y su sentido general de propósito antes y después del programa. Por último, las organizaciones pueden considerar revisar la **Biblioteca de Evidencia** para obtener evidencia existente sobre intervenciones similares para comparar, contrastar y optimizar las suyas.

**Se proporcionan más detalles sobre los comportamientos y determinantes por estrategia existente en el **Appendix 1.3**.**

Figura 8. El Marco de Resiliencia del Centro: Las estrategias no son exclusivas en términos del comportamiento. Los comportamientos centrales se indican mediante círculos completos. Los semicírculos indican dónde los comportamientos pueden ser parcialmente compatibles según la entrega, formato y contenido.













---

**Etapa 4**

**Cocrear e Iterar**



## Resumen Ejecutivo

Puede ser difícil traducir enfoques basados en evidencia a entornos locales del mundo real. Esta sección refuerza la necesidad y valor de las prácticas cocreativas para apoyar la contextualización y la importancia de las pruebas e iteraciones con usuarios. Esta sección hace referencia a un ejemplo de un estudio de caso que describe la implementación de estrategias iterativas y cocreativas.

**La falta de participación de usuarios en las primeras etapas del proceso de diseño se ha identificado como una de las principales dificultades contemporáneas identificadas durante la implementación de la intervención.<sup>287</sup>**

Esto es de particular importancia cuando se considera adaptar enfoques basados en evidencia que quizá no fueron probados en un entorno o ambiente particular. Por ejemplo, saber que los costos de los datos y el acceso a Wi-Fi pueden ser barreras importantes para la adopción de Salud Móvil se puede identificar al inicio del proceso de diseño a través de la investigación formativa.<sup>288</sup> La selección de un modo de entrega en particular puede estar relacionada con las preferencias, disponibilidad o capacidad de una persona para acceder a la intervención. Se sugiere que se pueden evitar problemas fundamentales de diseño mediante la aplicación de principios de diseño centrados en el usuario (DCU) en donde los usuarios finales influyen en cómo evoluciona un diseño al principio del proceso de diseño de la intervención.<sup>289,290</sup> Se



recomienda recopilar retroalimentación de los usuarios en una etapa temprana y de manera frecuente para evitar fallas de diseño potencialmente costosas.

## Estudio de Caso

# Comunidad de Práctica Piloto

En un esfuerzo por mejorar el apoyo a disposición de las organizaciones interesadas en diseñar intervenciones de desarrollo de resiliencia, el Centro realizó una encuesta a 8 organizaciones socias para comprender mejor los tipos de apoyo y recursos que facilitarían las prácticas de desarrollo de resiliencia basadas en evidencia. De alta prioridad fue la provisión de y acceso a activos fundamentales basados en evidencia que podrían ser adaptados y regionalizados para formar una intervención. En un esfuerzo por satisfacer esta necesidad, el Centro implementó una comunidad de práctica de 6 meses con 5 organizaciones para cocrear un marco de mensajes global usando este proceso de 5 pasos y el Marco de Resiliencia del Centro como punto de partida.

Durante las reuniones semanales, los miembros de la comunidad de práctica analizaron el problema, incluyendo los factores internos y externos que provocan el agotamiento en sus contextos locales. Además de las entrevistas locales, los 5 comportamientos centrales y los 2 comportamientos de apoyo proporcionados en esta guía se utilizaron como base para el **programa de mensajes** y fueron analizados para su contextualización. Se realizaron dos rondas de pruebas de usuarios con trabajadores de la salud, lo que permitió identificar problemas críticos en las etapas tempranas del proceso de diseño.

**Para obtener acceso gratuito a los conocimientos, orientación y marco de mensajes de 6 meses elaborado con base en esta experiencia, favor de unirse a [The Resilience Collaborative](#).**



La falta de un proceso estandarizado para generar evidencia inevitablemente da como resultado ciclos que requieren mucho tiempo donde se implementan soluciones, recopilan datos mediocres y se generan conocimientos por debajo del promedio. Esto se puede mejorar al brindar una solución al plan de medición y al diseñar esfuerzos de pruebas rentables que sean adecuados para el propósito..







---

## Paso 5

# Evaluar



## Resumen Ejecutivo

Habiendo identificado ampliamente lo que una organización puede diseñar en el Paso 3, y mejorándolo aún más en el Paso 4, la sección de medidas en la plantilla que se encuentra en el **Apéndice 1.2** puede llenarse utilizando la lista de medidas recomendadas en el **Apéndice 1.3**. Se proporciona una versión detallada en la **Biblioteca de Medidas**. La aplicación de este enfoque se proporciona en el ejemplo del estudio de caso en la página 59, que da una explicación sobre la optimización de la medición y evaluación de un curso psicoeducativo. Para poder hacer esto, presentamos en esta sección:

1. El Modelo de Métricas JJHWS.
2. Una lista de medidas recomendadas junto con un ejemplo de su aplicación.
3. La complejidad de medir la participación.
4. Algunas consideraciones de Salud Mental.

## Evaluador de Resultados

Se alienta a las organizaciones a diseñar planes de medición y evaluación que analicen la relación esperada basada en evidencia entre los determinantes, los comportamientos y los resultados de salud y organizacionales. El Modelo de Métricas de la Ciencia del Comportamiento JJHWS (ver **Figura 10**) muestra elementos de datos que deberían indicar si estas expectativas basadas en evidencia se están cumpliendo, tanto a corto plazo (métricas principales) como a largo plazo (métricas rezagadas). Es importante considerar cómo las métricas diseñadas con base en el Marco de Resiliencia del Centro (ver Paso 3) se reflejan en el mapa estratégico (es decir, la plantilla que se encuentra en el **Apéndice 1.2**). Al entender bien este marco puede medir la solución o estrategia continuamente en lugar de esperar hasta la evaluación de los resultados de salud y organizacionales.

Ya sea que las organizaciones estén implementando una o varias estrategias, la evaluación debe ser continua, con la implementación continua de los conocimientos. A medida que continúa la evaluación, se pueden utilizar subgrupos de comportamiento y análisis avanzados como medio para determinar qué intervenciones son más efectivas. Este enfoque asegura una optimización y medición contantes y una comprensión sólida de cómo aumentar las eficiencias en la implementación de recursos.

Figura 10. Evaluador de resultados JJHWS, modelo de métricas de ciencia del comportamiento.



Tabla 5. Lista de métricas y medidas a considerar en la evaluación de intervenciones de resiliencia.

Exposición a las Estrategias	Métricas
<b>General</b>	Cantidad de inscritos Cantidad de países, condados, regiones Tasas de participación con el tiempo
<b>Digital</b>	Número de descargas Tiempo dedicado a la aplicación por día/semana/mes
<b>Dominio 1: Afrontamiento y Control</b>	
<b>Habilidades de afrontamiento</b>	Breve escala de Orientación para Afrontar Problemas Experimentados (OAPE breve) Inventario de formas de afrontamiento
<b>Control</b>	Cuestionario de Valoración (CV)
<b>Flexibilidad cognitiva</b>	La escala de flexibilidad cognitiva
<b>Afrontamiento y confianza</b>	La escala de autoeficacia de afrontamiento (AEA)
<b>Habilidades para resolver problemas</b>	Considerar la escala AEA o de Likert
<b>Conciencia plena</b>	Cuestionario de conciencia plena de cinco facetas (CCPCF) Inventario de Conciencia Plena de Freiburg (ICPF)
<b>Confianza</b>	Considerar la escala AEA o de Likert
<b>Autocompasión</b>	Escala de autocompasión
<b>Autopriorización</b>	Escala de Likert
<b>Equilibrio trabajo-vida</b>	Medida de equilibrio de trabajo-vida (ETV)



<b>Conocimiento y concientización</b>	Exámenes, escalas de Likert
---------------------------------------	-----------------------------

## **Dominio 2: Sentido de Propósito**

<b>Sentido de coherencia</b>	Cuestionario de sentido de coherencia
<b>Optimismo</b>	Prueba de orientación de vida (LOT-R)
<b>Optimismo</b>	Escala de esperanza de Herth (HHI)
<b>Sentirse valorado</b>	Encuestas de satisfacción de empleados

## **Dominio 3: Conexión Humana**

<b>Inteligencia emocional</b>	Cuestionario de inteligencia emocional
<b>Trabajo en equipo</b>	Escala de trabajo en equipo de alto rendimiento de Mayo (MHPTS)
<b>Habilidades de comunicación</b>	Autoevaluación de habilidades de comunicación (SACS)
<b>Apoyo social percibido</b>	Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS)
<b>Apoyo institucional percibido</b>	Encuesta de apoyo organizacional percibido (SOPS)

## **Comportamientos**

<b>Todos los comportamientos</b>	Frecuencia - Escala de Likert Dependen de la organización
----------------------------------	--

## **Resultados individuales**

<b>Estrés percibido</b>	Escala de estrés percibido (PSS)
<b>Resiliencia</b>	Escala de Connor-Davidson (CD-RISC) (25 puntos y 10 puntos) Escala breve de resiliencia (BRS) Escala de resiliencia (RS-14) - validada en Nigeria
<b>Bienestar</b>	Índice de bienestar de la Organización Mundial de la Salud-Cinco (OMS-5)
<b>Trastorno psicológico</b>	Cuestionario de salud general (GHQ-12)
<b>Agotamiento</b>	Inventario de agotamiento de Maslach (MBI)
<b>Productividad laboral</b>	Cuestionario de alteración de la actividad y productividad laboral (WPAI)
<b>Compromiso laboral</b>	Encuesta de compromiso laboral de Utrecht (UWES)

## **Resultados Organizacionales**

<b>Brecha laboral reducida</b>	Por definirse por la organización
<b>Mejora en la calidad de la atención</b>	Por definirse por la organización
<b>Sistemas de salud fortalecidos</b>	Por definirse por la organización



**Por favor únase a The Resilience Collaborative.**

# Estudio de Caso: Optimización de la Evaluación para un Curso Psicoeducativo

La Fundación Johnson & Johnson proporcionó recientemente fondos a la Fundación para el Desarrollo Profesional (Foundation for Professional Development o FPD) para crear un curso psicoeducativo dirigido a la resiliencia y bienestar de los trabajadores de la salud. La descripción general del tema, los materiales de estudio asociados y la estrategia de evaluación original se proporcionan en la **Figura 11**. La evaluación inicial se enfocó únicamente en el nivel de determinante (captando cambios en el conocimiento y competencia junto con la utilidad percibida). Si bien este fue un excelente punto de partida, hubo una oportunidad de analizar si el curso generó algún cambio en el comportamiento y la mejora resultante en cuanto a la resiliencia y bienestar.

La estrategia de medición y evaluación adaptada se presenta en la **Figura 12**. Mediante el uso de las actividades de autoevaluación existentes, la estrategia de evaluación se adaptó para medir la frecuencia con la que los asistentes al curso participan en comportamientos de recuperación (p. ej., frecuencia de actividades de relajación y conciencia plena, etc.). Los resultados de salud también se midieron utilizando medidas validadas de resiliencia (CD-RISC) y bienestar (OMS-5) antes y después del curso. Después de estos cambios, FPD también buscó la aprobación ética y planes para publicar los hallazgos, lo que ayudó a construir la base de evidencia para entornos de bajos recursos.



Figura 11. Preoptimización psicoeducativa.

## ANTES

### Módulo 3

1. Automonitoreo/autoestimulación
2. Comunicarse regularmente con familiares/amigos/colegas
3. Tomar descansos de autocuidado para relajarse y reducir el estrés
4. Practicar diálogos internos saludables y calibrar evaluaciones realistas de amenazas
5. Equilibrio entre aceptación y control
6. Conectarse con la esperanza y paciencia
7. Evitar estrategias de afrontamiento inútiles como el uso de sustancias o ignorar las necesidades personales al trabajar en exceso

### Materiales de estudio:

Los cursos de aprendizaje electrónicos han sido desarrollados por expertos líderes en el campo y están diseñados para proporcionar un enfoque interactivo y fácil de usar mediante el uso de:

1. Estudios de caso;
2. Puntos para pensar;
3. Actividades; y
4. Actividades de Autoevaluación.

## Evaluación

### Curso 1



**Pre/post al módulo:**  
Conocimiento y competencia

**Pre/post al módulo:**  
Conocimiento y competencia

**Evaluación:**  
Utilidad,  
Asistencia

### Curso 2



**Pre/post al módulo:**  
Conocimiento y competencia

**Pre/post al módulo:**  
Conocimiento y competencia

**Evaluación:**  
Utilidad,  
Asistencia

Figura 12. Estrategia de medición y evaluación adaptada.

## DESPUÉS

### Curso 1



**Autoevaluaciones:**  
**Previas al módulo**  
CD- RISC  
WHO-5  
Comportamientos

**Módulo pre/post:**  
Conocimiento y competencia

**Autoevaluaciones:**  
**Pre/post al módulo**  
Conocimiento y competencia

**Posterior al módulo:**  
Comportamientos  
(si al menos han pasado 7 días de la conclusión del último módulo) (1)

**Autoevaluaciones:**  
**Previas al módulo**  
CD- RISC  
WHO-5  
Comportamientos

**Módulo pre/post:**  
Conocimiento y competencia

**Evaluación:**  
Utilidad, etc.

### Curso 2



**Autoevaluaciones:**  
**Previas al módulo**  
CD- RISC  
WHO-5  
Comportamientos

**Módulo pre/post:**  
Conocimiento y competencia

**Autoevaluaciones:**  
**Pre/post al módulo**  
Conocimiento y competencia

**Posterior al módulo:**  
Comportamientos  
(si al menos han pasado 7 días de la conclusión del último módulo) (1)

**Autoevaluaciones:**  
**Previas al módulo**  
CD- RISC  
WHO-5  
Comportamientos

**Módulo pre/post:**  
Conocimiento y competencia

**Evaluación:**  
Utilidad, etc.

Los que completaron 1 y 2 = Oportunidad de seguimiento para un cambio de comportamiento sostenido (2)  
Comparar los que ya completaron la Capacitación 1 con el nuevo grupo que se está inscribiendo al paquete completo

# Otras Consideraciones

## La Complejidad del Compromiso

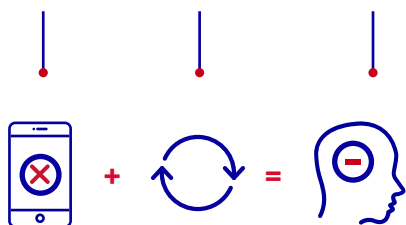
La medida en que las intervenciones e innovaciones pueden cumplir con la promesa de entregar resultados de salud positivos demostrables depende de la utilización exitosa de las intervenciones por parte de los usuarios y el posterior cumplimiento sostenido de los comportamientos de salud previstos. Esta sección hace una distinción entre 2 componentes necesarios: – “c Minúscula” y “C Mayúscula” (ver Figura 13). Puede encontrar una explicación detallada de la terminología en el [Sitio web de publicaciones de JMIR](#).<sup>291</sup>

**"E Mayúscula":** Compromiso con el comportamiento de salud objetivo. Es importante que el compromiso con el comportamiento de salud sea alcanzable y medible para determinar si una intervención es exitosa.<sup>292</sup>

Figura 13. Diagrama que ilustra las medidas de compromiso de la relación. IU: interacción del usuario; TCC: técnica de cambio de comportamiento.

## Medir la Eficacia: C Mayúscula y c Minúscula

IU c Minúscula    TCC c Minúscula    C Mayúscula



### Baja Interacción y Disminución de la Intervención:

Quando un usuario tiene una **baja interacción** con la solución de salud digital, recibe una **menor exposición** a TCC, por lo tanto, existe una probabilidad reducida de que el resultado del comportamiento se logre.

### Interacción Adecuada e Intervención Ineficaz:

Quando un usuario tiene un **nivel adecuado de interacción** con la solución digital pero los componentes de la TCC **no son relevantes**, entonces hay una probabilidad reducida de que el resultado del comportamiento se logre.

### Interacción Adecuada e Intervención Eficaz:

Quando un usuario tiene un **nivel adecuado de interacción** con la solución digital y los componentes de la TCC **son relevantes**, entonces hay una mayor probabilidad de que el resultado del comportamiento se logre.

**“c Minúscula”: Compromiso con la intervención de cambio de comportamiento digital o no digital. Esto a veces se denomina interacción del usuario con la solución y se compone de 2 tipos de interacciones:**

1. Interacciones del usuario con las funciones y el contexto en el que ocurren esas interacciones (c Minúscula<sub>UI</sub>).
2. Interacciones con componentes/ingredientes activos de la intervención de cambio de comportamiento diseñados específicamente para influir en los determinantes del comportamiento, que a su vez influyen en los comportamientos de salud (c Minúscula<sub>TCC</sub>).

La medición de los componentes c Minúscula<sub>UI</sub> y de la Técnica de Cambio de Comportamiento (TCC) de intervención (c Minúscula<sub>TCC</sub>) son necesarios para entender la eficacia en la C Mayúscula (comportamiento de salud). Los avances tecnológicos hacen posible recopilar datos a lo largo del tiempo (p. ej., a través de Google Analytics o dispositivos portátiles) para considerar datos de determinantes adicionales sobre información contextual dinámica (p. ej., ubicación, hora del día y características biométricas como la frecuencia cardíaca). Otra información determinante (incluyendo datos demográficos) también es importante y debe utilizarse para crear perfiles de usuario que sean sólidos y que describan los procesos de cambio de comportamiento de "c Minúscula" a "C Mayúscula".

**El hecho de no recopilar datos de la TCC, determinantes y de comportamiento significa que no se puede analizar "por qué" una intervención fue o no efectiva.<sup>293</sup>**

### **Consideraciones para las intervenciones de Salud Móvil**

El término “Salud Móvil” se refiere al uso de tecnologías móviles e inalámbricas para la salud y tiene como objetivo aprovechar la rápida adopción de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para mejorar la eficiencia del sistema de salud y los resultados de salud.<sup>294</sup> Durante la última década, el uso de la salud móvil ha aumentado de forma constante en los países de ingresos bajos y medios<sup>295</sup> y podría reducir las brechas sistémicas, lo cual es necesario para mejorar el acceso a y uso de los servicios de salud, particularmente entre las poblaciones desatendidas.<sup>296</sup> Existe evidencia preliminar de Salud Móvil que demuestra la eficacia de la entrega de servicios bajo este formato para el tratamiento de los síntomas de bienestar emocional, depresión y ansiedad.<sup>297,298,299</sup> Los estudios también han demostrado los impactos positivos de las intervenciones de salud móvil en los trabajadores de la salud en países de ingresos bajos y medios, y que ha mejorado el bienestar y resiliencia del personal..<sup>300,301,302,303,304,305</sup>

**Sin embargo, las organizaciones deben considerar cómo definir un “buen compromiso”, particularmente al considerar intervenciones de salud móvil para el bienestar.<sup>306</sup>**



En una revisión reciente de 93 aplicaciones enfocadas en la ansiedad, depresión o bienestar emocional, el porcentaje medio de usuarios activos diarios (tasa de apertura) fue del 4.0 %, con tasas más altas para las aplicaciones de rastreadores y aplicaciones de apoyo entre pares que para las aplicaciones de ejercicios de respiración. Entre los usuarios activos, los minutos diarios de uso fueron significativamente más altos para las aplicaciones de conciencia plena/meditación y aplicaciones de apoyo entre pares que para las aplicaciones que incorporan otras técnicas. (p. ej., rastreadores, ejercicios de respiración o psicoeducación).

Hay una fuerte disminución de más del 80% en las tasas de apertura de aplicaciones entre el día 1 y el día 10. Si bien las disminuciones entre los días 15 y 30 son más pequeñas, representan una disminución continua de aproximadamente un 20% en las tasas de apertura de aplicaciones. Los autores también observaron que el patrón de uso diario presentaba 2 picos descriptivos para conciencia plena y meditación (mañana y noche) con otras técnicas que presentaban 1 pico hacia la noche (p. ej., rastreador, psicoeducación y apoyo entre pares).

Estos hallazgos son de particular importancia para las organizaciones que están diseñando intervenciones de Salud Móvil cuando consideran el nivel de compromiso necesario para obtener un beneficio para la salud y/o los requisitos de datos y privacidad que deben implementarse para generar información. A pesar de la aparición de cientos de estudios e iniciativas de Salud Móvil, aún falta evidencia rigurosa y de alta calidad sobre la eficacia y efectividad de tales intervenciones.<sup>307</sup> La base de la evidencia es heterogénea en cuanto a calidad, integridad y objetividad de los informes de las intervenciones de salud móvil, lo que hace que las comparaciones entre las estrategias de intervención resulten difícil.

Para abordar esta brecha, se proporciona la lista de verificación de la Evaluación e Informe de Evidencia de Salud Móvil. Fue creado en nombre de la Organización Mundial de la Salud por expertos mundiales que trabajan en la intersección de la investigación e implementación de programas de Salud Móvil. Esta lista de verificación incorpora consideraciones de evaluación adicionales (**ver Tabla 6**). Esto puede ser de particular relevancia para las organizaciones que planean publicar sus hallazgos (por ejemplo, revistas revisadas por pares) para ayudar a construir la base de evidencia para entornos de bajos recursos.

**Tabla 6. Las directrices del Grupo de Revisión de Evidencia Técnica de Salud Móvil de la OMS para informar sobre intervenciones de salud utilizando teléfonos móviles: la lista de verificación de evaluación e informe de evidencia de Salud Mental, complementada con las consideraciones de Salud Móvil de JJHWS.**

Criterios	Punto No.	Notas
<b>Infraestructura (nivel de población)</b>	1	Presenta claramente la disponibilidad de la infraestructura para apoyar las operaciones de tecnología en el lugar del estudio. Esto se refiere a la infraestructura física como electricidad, acceso a energía eléctrica, conectividad, etc. en el contexto local. Informar sobre una tasa de cobertura de red del X% en el país es insuficiente si el estudio no se realiza a nivel de país.
<b>Plataforma tecnológica</b>	2	Presenta claramente la disponibilidad de la infraestructura para apoyar las operaciones de tecnología en el lugar del estudio. Esto se refiere a la infraestructura física como electricidad, acceso a energía eléctrica, conectividad, etc. en el contexto local. Informar sobre una tasa de cobertura de red del X% en el país es insuficiente si el estudio no se realiza a nivel de país.
	2a	¿Cuál es la arquitectura backend?: ¿Existe la capacidad de recopilar datos de los usuarios y datos de utilización? (por ejemplo, Google Analytics).
<b>Contexto de Interoperabilidad/ Sistemas de información de salud (HIS)</b>	3	Describe cómo la intervención de Salud Móvil puede integrarse en los sistemas de información de salud existentes. Esto se refiere a que si se ha descrito la posibilidad de realizar la integración técnica y estructural a los SIS o programas existentes, independientemente de si dicha integración ha sido lograda por el sistema existente.
<b>Entrega de la intervención</b>	4	La entrega de la intervención de Salud Móvil se describe claramente. Esto debe incluir la frecuencia de la comunicación móvil, el modo de entrega de la intervención (es decir, SMS, cara a cara, respuesta de voz interactiva), el momento y la duración de la entrega.
	4a	¿Cuál es la justificación para el modo de entrega elegido y qué evidencia apoya la decisión de dicho modo de entrega?
<b>Contenido de la intervención</b>	5	Se describen los detalles del contenido de la intervención. Se describe la fuente y cualquier modificación al contenido de la intervención.
<b>Pruebas de usabilidad/contenido</b>	6	Describe la investigación formativa y/o el contenido y/o las pruebas de usabilidad con grupos objetivo claramente identificados, según corresponda.
<b>Retroalimentación de los usuarios</b>	7	Describe la retroalimentación del usuario sobre la intervención o la satisfacción del usuario con la intervención. La retroalimentación de los usuarios puede incluir opiniones de los usuarios sobre el contenido o la interfaz de usuario, sus percepciones sobre la usabilidad, el acceso, la conectividad, etc.
	7a	¿En donde se encuentra el programa en cuanto a su ciclo de vida? ¿Se han realizado pruebas suficientes con usuarios?
<b>Acceso de participantes individuales</b>	8	Menciona barreras o facilitadores para la adopción de la intervención entre los participantes del estudio. Se relaciona con las barreras estructurales, económicas y sociales a nivel individual o los facilitadores de acceso, como la asequibilidad y otros factores que pueden limitar la capacidad de un usuario para adoptar la intervención.
	8a	¿Se consideran las directrices de accesibilidad, incluyendo los reglamentos para personas con discapacidades? <sup>308</sup>

<b>Evaluación de costos</b>	9	Presenta una evaluación básica de costos de la intervención de Salud Móvil desde diferentes perspectivas. Este criterio se refiere en términos generales al informe de algunas consideraciones de costos para la intervención de Salud Móvil en lugar de un análisis económico completo. Si se ha realizado una evaluación económica formal, debe mencionarse con las referencias correspondientes. Existen criterios de informe separados para guiar los informes económicos.
<b>Información de adopción/ entrada al programa</b>	10	Describe cómo las personas son informadas sobre el programa, incluyendo la capacitación, si procede. Incluye una descripción de las actividades de promoción y/o la capacitación requerida para implementar la solución de Salud Móvil entre la población usuaria de interés.
	10a	¿Cómo se desarrollará y medirá la concientización?
<b>Limitaciones para la entrega a escala</b>	11	Presenta claramente las limitaciones de la solución de Salud Móvil para la entrega a escala.
	11a	¿Se proporcionan planes de mitigación?
<b>Adaptabilidad contextual</b>	12	Describe la adaptación, o no, de la solución a un idioma diferente, población o contexto diferente. Se describe cualquier adaptación o modificación de la intervención que resultó de la prueba piloto/evaluación de usabilidad.
<b>Replicabilidad</b>	13	Intervención detallada para sustentar la replicabilidad. Presenta claramente el código fuente/capturas de pantalla/diagramas de flujo de los algoritmos o ejemplos de mensajes para respaldar la replicabilidad de la solución de Salud Móvil en otro entorno.
<b>Seguridad de los datos</b>	14	Describe los procedimientos de seguridad de los datos/protocolos de confidencialidad.
	14a	¿Cuáles son los acuerdos de privacidad vigentes para recopilar datos de usuario y de utilización dentro de la solución?
<b>Cumplimiento de las directrices nacionales o los estatutos reglamentarios</b>	15	Confirma que el mecanismo utilizado para asegurar que el contenido u otras guías/ información proporcionada por la intervención está alineada con las directrices nacionales/reglamentarias existentes y se describen.
<b>Fidelidad de la intervención</b>	16	Considere si la intervención se entregó según lo planeado. Describa las estrategias empleadas para evaluar la fidelidad de la intervención. Esto puede incluir la evaluación de la participación de los participantes, uso de los datos backend para rastrear la entrega de los mensajes y otros desafíos tecnológicos en la entrega de la intervención.
<b>Medición de la eficacia de la intervención</b>	17	¿Se medirá la participación relacionada con la interacción de la función de Salud Móvil (c Minúscula), así como el desempeño del comportamiento de salud deseado (C Mayúscula)?











---

# El Futuro de este Kit de Herramientas



Como se ha señalado a lo largo de este Kit de Herramientas, la hipótesis es que una fuerza laboral de salud mundial resiliente es la clave para la mejora continua en el cuidado de la salud de las comunidades del mundo.

Al crear este Kit de Herramientas, esperamos haber demostrado el valor de la prevención del agotamiento y haber establecido un marco navegable para las organizaciones que trabajan con o que dan empleo a trabajadores de la salud para que implementen prácticas de desarrollo de resiliencia basadas en evidencia.

Nuestra visión es que este Kit de Herramientas no solo apoye la implementación de nuevas prácticas y estimule la investigación necesaria, particularmente en entornos de bajos recursos, sino que también contribuya al discurso más amplio sobre la salud y bienestar de estos trabajadores esenciales.

Aunque se requiere una comprensión científica continua para mejorar nuestra comprensión de las estrategias de desarrollo de resiliencia, creemos que todas las formas de evidencia y conocimientos del mundo real son valiosos para contribuir a un nuevo paradigma global en materia de la atención médica.

**Para ello, agradecemos la retroalimentación, anécdotas y participación de las organizaciones que trabajan con estos materiales.**



**Obtenga más información sobre The Resilience Collaborative y  
contáctenos aquí.**

Annual Procurement  
Plan

Summary of income  
and expenditures

20% Dev

Ut

Summary of income  
and expenditures

20% Dev

Ut

POLIT







# Apéndice



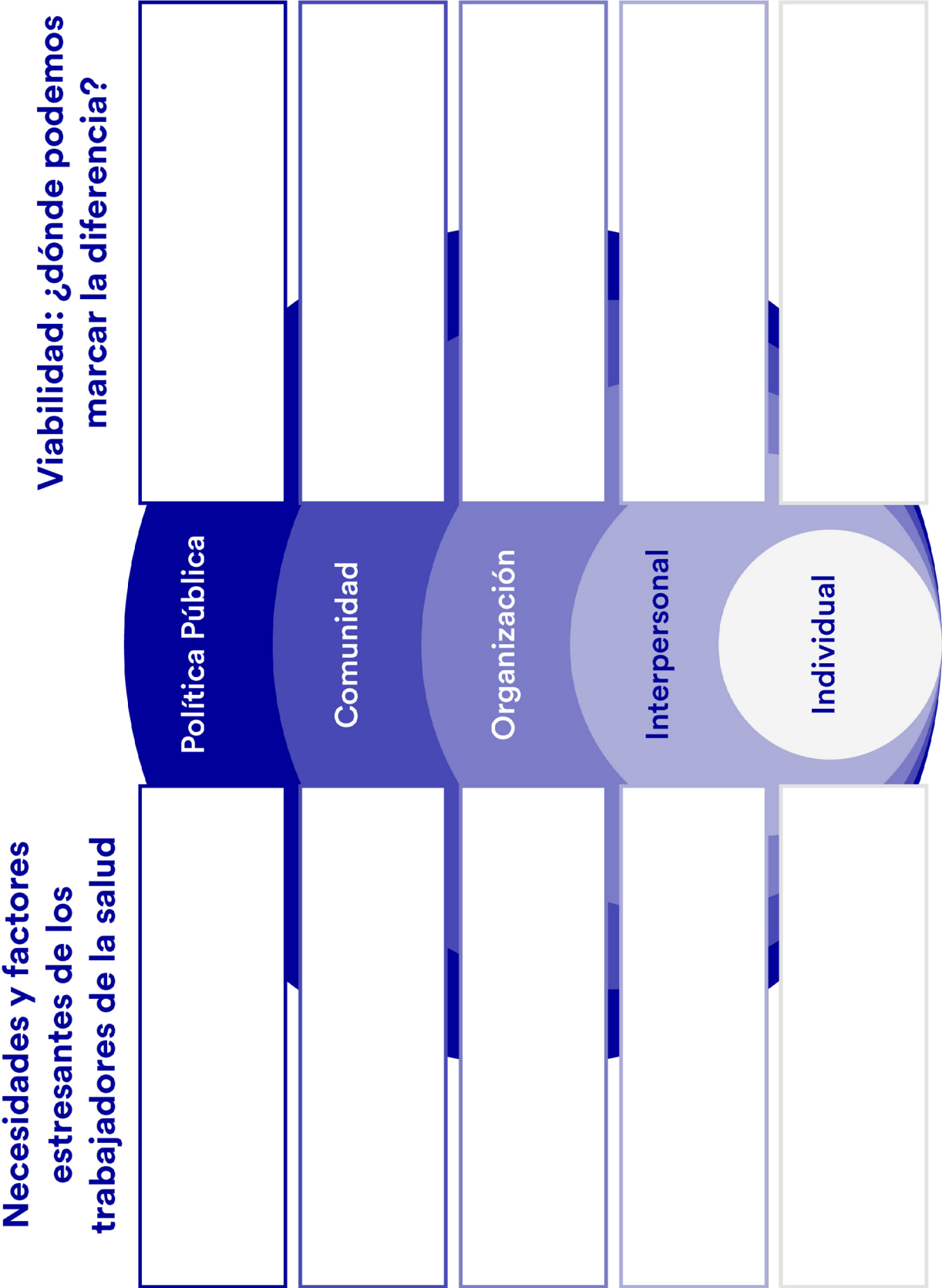


### Uso del el Apéndice

**Este apéndice proporciona recursos complementarios para apoyar el diseño de estrategias para abordar los resultados de salud clave seleccionados.**

**Los Anexos 1.1 y 1.2 han sido diseñados como plantillas para servir de guía en la elaboración de estrategias. Las tablas se pueden imprimir y llenar, para comenzar a mapear un enfoque para abordar los resultados de salud clave.**

Apéndice 1.1





Apéndice 1.2

SUS ESTRATEGIAS

Política Pública

SUS ESTRATEGIAS

Comunidad

SUS ESTRATEGIAS

Organización

SUS ESTRATEGIAS

Interpersonal

SUS ESTRATEGIAS

Individual

SELECCIONAR DETERMINANTES CLAVE

AFRONTAMIENTO Y CONTROL

☐ Habilidades y autoeficacia

☐ Flexibilidad cognitiva

☐ Resolución de problemas

☐ Manejo del estrés

☐ Equilibrio vida-trabajo

☐ Creencia en la capacidad

☐ Conocimiento y concientización de los factores que causan o desencadenan el estrés

☐ Apertura al cambio (esperanza)

☐ Autocompasión y priorización

SENTIDO DE PROPÓSITO

☐ Significado

☐ Sentirse valorado

☐ Mentalidad de futuro (esperanza)

☐ Optimismo

CONEXIÓN HUMANA

☐ Apoyo social

☐ Supervisión de apoyo

☐ Interconexión (esperanza)

☐ Comunicación y trabajo en equipo

OTROS

SELECCIONAR LOS COMPORTAMIENTOS CLAVE DE DESARROLLO DE RESISTENCIA

☐ Manejo del estrés cognitivo conductual

☐ Practicar la conciencia plena y relajación

☐ Participar en el autocuidado (por ejemplo, comer, dormir, actividad)

☐ Conectar con el propósito

☐ Buscar crecimiento

☐ Conectarse con otros

☐ Buscar más apoyo cuando sea necesario

OTROS

SELECCIONAR LOS RESULTADOS DE SALUD CLAVE

☐ Resiliencia

☐ Bienestar

☐ Agotamiento

OTROS

¿CÓMO MEDIRÁ LA PARTICIPACIÓN EN CADA NIVEL?

PARA LO QUE SIGUE A CONTINUACIÓN, CONSIDERAR REVISAR LA TABLA (LISTA DE MEDIDAS)

¿CÓMO MEDIRÁ ESTOS DETERMINANTES?

¿CÓMO MEDIRÁ ESTOS COMPORTAMIENTOS?

¿CÓMO MEDIRÁ ESTOS RESULTADOS?

### Apéndice 1.3

**Favor de consultar el resumen de estrategias basadas en evidencia existentes y los determinantes y comportamientos asociados de desarrollo de resiliencia a continuación.**

Estrategia	Ejemplos	Determinantes	Comportamientos
<b>Programas holísticos (es decir, dirigidos a la mente y el cuerpo)</b>  Nivel de evidencia 3.46	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meditación de conciencia plena<sup>309, 310</sup></li> <li>• Reducción del Estrés Basado Mentalidad de futuro en la Conciencia Plena (REBCP)<sup>311</sup></li> <li>• REBCP resumido<sup>312</sup></li> <li>• Autocuidado consciente y compasión Buscar crecimiento resiliencia (ACCR)<sup>313</sup></li> <li>• Cultivar la compasión<sup>314, 315, 316</sup></li> <li>• Programa de "Refrigerio y relajación"<sup>317</sup></li> <li>• Yoga<sup>318</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentido de propósito</li> <li>• Mentalidad de futuro</li> <li>• Optimismo</li> <li>• Autopriorización y compasión</li> <li>• Habilidades y autoeficacia-conciencia plena</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Habilidades y autoeficacia (flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés, equilibrio trabajo-vida)</li> <li>» Conocimiento y concientización de factores estresantes, desencadenantes, estrategias de recuperación</li> <li>» Apertura al cambio</li> <li>» Apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Practicar la conciencia plena y relajación</li> <li>• Participar en el autocuidado</li> <li>• Conectar con el propósito</li> <li>• Buscar crecimiento</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Manejo del estrés conductual cognitivo</li> <li>» Conectarse con otros</li> </ul>
<b>Capacitación en manejo del estrés</b>  (incluyendo apoyo psicosocial)  Nivel de evidencia 3.43	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación en Manejo del Estrés y Resiliencia (SMaRT)<sup>319</sup></li> <li>• Terapia<sup>320</sup></li> <li>• Capacitación en el manejo del estrés cognitivo conductual<sup>321, 322</sup></li> <li>• Programa de Recuperación Acelerada (PRA)<sup>323</sup></li> <li>• Programa de flexibilidad psicológica<sup>324</sup></li> <li>• Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC)<sup>325</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades y autoeficacia – (flexibilidad cognitiva, resolución de problemas, manejo del estrés, equilibrio trabajo-vida)</li> <li>• Conocimiento y concientización de factores estresantes, desencadenantes, estrategias de recuperación</li> <li>• Autopriorización y autocompasión</li> <li>• Apertura al cambio</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Sentido de propósito</li> <li>» Mentalidad de futuro</li> <li>» Optimismo</li> <li>» Autopriorización y autocompasión</li> <li>» Apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo del estrés conductual cognitivo</li> <li>• Participar en el autocuidado</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Practicar la conciencia plena y relajación</li> <li>» Conectar con el propósito</li> <li>» Conectarse con otros</li> </ul>
<b>Capacitación en Comunicación y Trabajo en Equipo</b>  Nivel de evidencia: 3.17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación en inteligencia emocional<sup>326</sup></li> <li>• Programa Adler/Sheiner (PAS)<sup>327</sup></li> <li>• Capacitación en trabajo en equipo<sup>328</sup></li> <li>• Intervención breve<sup>329</sup></li> <li>• Evaluaciones de turnos de trabajo<sup>330</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de comunicación</li> <li>• Apoyo institucional</li> <li>• Interconexión</li> <li>• Apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conectarse con otros</li> <li>• Buscar más apoyo cuando sea necesario</li> </ul>
<b>Interacción social</b>  Nivel de evidencia: 2.95	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grupos de discusión entre pares<sup>331</sup></li> <li>• Desarrollo de relaciones personales y profesionales<sup>332, 333, 334</sup></li> <li>• Tiempo libre<sup>335</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interconexión</li> <li>• Apoyo social</li> <li>• Apoyo institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conectarse con otros</li> </ul>

<p><b>Reconocimiento y recompensas</b></p> <p>Nivel de evidencia: 2.93</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación comunitaria sistemática<sup>336</sup></li> <li>• Mecanismos de retroalimentación<sup>337,338</sup></li> <li>• Desarrollo profesional<sup>339,340,341</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse valorado</li> <li>• Ser significativo</li> <li>• Mentalidad de futuro</li> <li>• Optimismo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conectar con el propósito</li> <li>• Buscar crecimiento</li> </ul>
<p><b>Psicoeducación para el manejo del estrés y autocuidado</b></p> <p>Nivel de evidencia: 2.89</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Talleres y seminarios<sup>342,343,344</sup></li> <li>• Cursos acreditados<sup>345,346,347</sup></li> <li>• Capacitación en Terapia Conductual Cognitiva (TCC)<sup>348,349</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentalidad de futuro</li> <li>• Conocimiento y concientización de factores estresantes, desencadenantes, estrategias de recuperación</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Habilidades y autoeficacia – (Flexibilidad cognitiva, Resolución de problemas, manejo del estrés, equilibrio trabajo- vida)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar crecimiento</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Manejo del estrés cognitivo conductual</li> <li>» Practicar la conciencia plena y relajación</li> <li>» Participar en el autocuidado</li> <li>» Conectarse con otros</li> <li>» Conectar con el propósito</li> </ul>
<p><b>Mentoría y Liderazgo</b></p> <p>Nivel de evidencia: 2.85</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentoría formal<sup>350,351,352</sup></li> <li>• Mentoría informal<sup>353,354,355,356</sup></li> <li>• Liderar con el ejemplo<sup>357,358</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mentalidad de futuro</li> <li>• Optimismo</li> <li>• Apoyo institucional</li> <li>• Apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conectar con el propósito</li> <li>• Buscar crecimiento</li> <li>• Conectarse con otros</li> <li>• Buscar apoyo cuando sea necesario</li> </ul>
<p><b>Prácticas basadas en lo espiritual, religioso o en la fe</b></p> <p>Nivel de evidencia: 2.64</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Práctica espiritual<sup>359,360</sup></li> <li>• Cuidado Pastoral<sup>361</sup></li> <li>• Fe (meditación/oración)<sup>362</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentido de propósito</li> <li>• Ser significativo</li> <li>• Optimismo</li> <li>• Mentalidad de futuro</li> <li>• Apoyo social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conectar con el propósito</li> <li>• Buscar crecimiento</li> <li>• Conectarse con otros</li> <li>• Buscar apoyo cuando sea necesario</li> </ul>
<p><b>Políticas en el lugar de trabajo</b></p> <p>Evidence level: 2.50</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procedimientos de operación estándar<sup>363</sup></li> <li>• Programas de asistencia al empleado<sup>364,365,366,367</sup></li> <li>• Programas de seguridad y protección de enfermeras<sup>368</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyo institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Buscar más apoyo cuando sea necesario</li> <li>• Conectarse con otros</li> </ul> <p><b>Puede incluir:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Buscar crecimiento</li> </ul>











# Referencias



## REFERENCIAS

- 1 Allie Z et al. (2018) Bereavement overload and its effects on, and related coping mechanisms of health care providers and ward administrators at National District Hospital in Bloemfontein, Free State. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2018; 10(1): 1652. Published online 2018 Jun 18. doi: 10.4102/phcfm.v10i1.1652
- 2 Sanchez-Reilly S et al. (2013). Caring for oneself to care for others: physicians and their self-care. *J Support Oncol.* 2013 Jun; 11(2):75-81.
- 3 World Health Organization; Burn-out an “occupational phenomenon”: International classification of diseases; May 2019. [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/). Accessed April 2020.
- 4 Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Health SA Gesondheid (Online).* 2011;16(1):1-1.
- 5 Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity.* 2010 Jul 1;9(3):225-40.
- 6 Boyle DA (2011) Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online J. Issue Nur.*, 16 (1): Manuscript 2.
- 7 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal.* 2006 Oct 1.
- 8 World Health Organization (WHO) <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/determinants-of-health#:~:text=The%20determinants%20of%20health%20include,person's%20individual%20characteristics%20and%20behaviours>.
- 9 West R, Michie S. A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation [v1]. *Qeios.* 2020 Apr 7.
- 10 Pandey J, Singh M. (2016). Donning the mask: effects of emotional labour strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health Policy and Planning*, 31(5): 551-562.
- 11 World Health Organization (2006). A state of complete physical mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Constitution of the World Health Organization Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement. 2006 Oct.
- 12 Travis JW. *Illness/Wellness Continuum. The wellness workbook.* 2005.
- 13 Cutcliffe J. Towards a definition of Hope. *Int J Psychiatr Nurs Res.* 1997;3(2):319–32.
- 14 Ishimwe AB, Kaufman J, Uwamahoro D, Wall JT, Herth K, Chang E, de Dieu Ndirabeya J, Leonard W. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Herth Hope Index in Kinyarwanda: adapting a positive psychosocial tool for healthcare recipients and providers in the Rwandan setting. *Health and quality of life outcomes.* 2020 Dec;18(1):1-1.
- 15 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal.* 2006 Oct 1.
- 16 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal.* 2006 Oct 1.
- 17 World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization.
- 18 World Health Organization (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report). Geneva: World Health Organization.
- 19 American Psychiatric Association <https://www.psychiatry.org/patients-families/warning-signs-of-mental-illness>, Accessed May 2020.
- 20 Schwerdtle P, Morphet J, Hall H. A scoping review of mentorship of health personnel to improve the quality of health care in low and middle-income countries. *Globalization and Health.* 2017 Dec;13(1):1-8.
- 21 Inter-Agency Standing Committee (2020), Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; Feb 2020.
- 22 Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10:144–156
- 23 Campbell SM, Ulrich CM, Grady C. A broader understanding of moral distress. In *Moral distress in the health professions 2018* (pp. 59-77). Springer, Cham.
- 24 Wald J, Taylor S, Asmundson GJG, et al. Literature review of concepts: psychological resiliency. Toronto (ON): Defence R&D Canada; 2006.
- 25 Rutter, M (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health.* 14, 598-611.
- 26 Epstein RM, Krasner MS (2013).: Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it *Acad Med.* 2, 88 (3): 301-303. 10.1097/ACM.0b013e318280c0ff0
- 27 Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences.* 38:e92.
- 28 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company; 1984 Mar 15.
- 29 Schneiderman N, Ironson G, Siegel SD. Stress and health: psychological, behavioral, and biological determinants. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2005 Apr 27;1:607-28.

- 30 Michie S, Richardson M, Johnston M, Abraham C, Francis J, Hardeman W, Eccles MP, Cane J, Wood CE. The behavior change technique taxonomy (v1) of 93 hierarchically clustered techniques: building an international consensus for the reporting of behavior change interventions. *Annals of behavioral medicine*. 2013 Aug 1;46(1):81-95.
- 31 Othman N, Nasuridin AM. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8): 1083-1090.
- 32 Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No 27. *Med Teach*. 2007;29:2-19.
- 33 Avortri GS, Nabukalu JB, Nabyonga-Orem J. Supportive supervision to improve service delivery in low-income countries: is there a conceptual problem or a strategy problem?. *BMJ global health*. 2019 Oct 1;4(Suppl 9):e001151.
- 34 Marquez L, Kean L. Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems. Maximum Access and Quality (MAQ) Initiative; 2002.
- 35 Dugani, S., Afari, H., Hirschhorn, L. R., Ratcliffe, H., Veillard, J., Martin, G., & Bitton, A. (2018). Prevalence and factors associated with burnout among frontline primary health care providers in low-and middle-income countries: a systematic review. *Gates open research*, 2.
- 36 McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, Huggard J (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*; 7;3(1).
- 37 World Health Organization; Nursing and Midwifery Fact Sheet; January, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery> Accessed April 2021.
- 38 Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS, Leibson CL, Stevens SR, Harris M. Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*. 2011 Mar 17;364(11):1037-45.
- 39 Harless DW, Mark BA. Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical care*. 2010 Jul 1:659-63.
- 40 Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*. 2012 Aug 1;40(6):486-90.
- 41 Ojakaa D, Olango S, Jarvis J. Factors affecting motivation and retention of primary health care workers in three disparate regions in Kenya. *Human resources for health*. 2014 Dec 1;12(1):33.
- 42 Alameddine M, Bauer JM, Richter M, Sousa-Poza A. The paradox of falling job satisfaction with rising job stickiness in the German nursing workforce between 1990 and 2013. *Human resources for health*. 2017 Dec 1;15(1):55.
- 43 Jennings, B. M. (2008). Work stress and burnout among nurses: Role of the work environment and working conditions. In R. Hughes (Ed.), *Advances Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality
- 44 Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: A meta-analysis. *Critical care nurse*. 2017 Oct;37(5):e1-9.
- 45 Kronos Incorporated; "Healthcare: Wake Up to Facts About Fatigue." <https://www.kronos.com/resources/wake-facts-about-fatigue-ebook>. Accessed May 2021.
- 46 Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*. 2012 Aug 1;40(6):486-90.
- 47 Karimi, L., Leggat, S.G., Donohue, L., Farrell, G., Couper, G.E., 2014. Emotional rescue: the role of emotional intelligence and emotional labour on well-being and jobstress among community nurses. *J. Adv. Nurs*. 70 (1), 176–186.
- 48 Melvin, C.S., 2015. Historical review in understanding burnout, professional compassion fatigue, and secondary traumatic stress disorder from a hospice and palliative nursing perspective. *J. Hospice Palliative Nurs*. 17 (1), 66–72.
- 49 Galdikiene N, Asikainen, P, Balciunas S, Suominen T. Do nurses feel stressed? A perspective from primary health care. *Nurs Health Sci*. 2013; 16: 327-334.
- 50 Mealer M, Jones J, Newman J, Mcfann KK, Rothbaum B, Moss M. The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2011; 49: 292-299.
- 51 Allan JL, Farquharson B, Johnston DW, Jones MC, Choudhary CJ, Johnston M. Stress in telephone helpline nurses is associated with failures of concentration, attention and memory, and with more conservative referral decisions. *Br J Psychol*. 2014 May; 105(2):200-213.
- 52 Dugan J, Lauer E, Bouquot Z, Dutro BK, Smith M, Widmeyer G. Stressful nurses: the effect on patient outcomes. *J Nurs Care Qual*. 1996 Apr;10(3):46-58.
- 53 Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*, 15(1), 38-44.
- 54 O'Brien-Pallas L, Shamian J, Thomson D, et al. Work-related disability in Canadian nurses. *J Nurs Scholarsh*. 2004 Dec;36(4): 352-357.
- 55 Najimi, A.M. Goudarzi, G. Sharifirad. Causes of job stress in nurses: A cross sectional study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17 (4) (2012), p. 301.
- 56 Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2017). Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *health sa gesondheid*, 22(1), 252-258.
- 57 Berland A, Natvig GK, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: a focus group study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008 Apr; 24(2):90-97.
- 58 Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*, 15(1), 38-44.
- 59 Oermann MH, Garvin MF. Stresses and challenges

for new graduates in hospitals. *Nurse Educ Today*. 2002 Apr;22(3): 225-230.

60 Strachota E, Normandin P, O'Brien N, Clary M, Krukow B. Reasons registered nurses leave or change employment status. *J Nurs Adm*. 2003 Feb;33(2):111-117.

61 Virtanen M, Kurvinen T, Terho K, et al. Work hours, work stress, and collaboration among ward staff in relation to risk of hospital associated infection among patients. *Med Care*. 2009 Mar;47(3): 310-318.

62 Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.

63 Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control*. 2012 Aug;40(6):486-490. Erratum in: *Am J Infect Control*. 2012 Sep;40(7):680.

64 Gandhi JC, Wai PS, Karick H, Dagona ZK. The role of stress and level of burnout in job performance among nurses. *Mental health in family medicine*. 2011 Sep;8(3):181.

65 Reith, T. P. (2018). Burnout in United States healthcare professionals: a narrative review. *Cureus*, 10(12).

66 Welp, A., Meier, L. L., & Manser, T. (2015). Emotional exhaustion and workload predict clinician-rated and objective patient safety. *Frontiers in psychology*, 5, 1573.

67 Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*, 40(6), 486-490.

68 Halbesleben, J. R., & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health care management review*, 33(1), 29-39.

69 Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American journal of infection control*, 40(6), 486-490.

70 Garmezy N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric annals*. 1991 Sep 1;20(9):459-66.

71 Edward KL, Warelow P. Resilience: When coping is emotionally intelligent. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 2005 Apr;11(2):101-2.

72 Fava GA, Tomba E. Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*. 2009 Dec;77(6):1903-34.

73 DeVoe J, Fryer Jr GE, Straub A, McCann J, Fairbrother G. Congruent satisfaction: is there geographic correlation between patient and physician satisfaction?. *Medical care*. 2007 Jan;45(1):88.

74 Williams J, Hadjistavropoulos T, Ghandehari OO, Malloy DC, Hunter PV, Martin RR. Resilience and organisational empowerment among long-term care nurses: Effects on patient care and absenteeism. *Journal of nursing management*. 2016 Apr;24(3):300-8.

75 Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience

and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive care medicine*. 2012 Sep;38(9):1445-51.

76 McDonald G, Jackson D, Wilkes L, Vickers M. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemporary nurse*. 2013 Aug 1;45(1):134-43.

77 Ablett JR, Jones RS. Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*. 2007 Aug;16(8):733-40.

78 Hegney DG, Rees CS, Eley R, Osseiran-Moisson R, Francis K. The contribution of individual psychological resilience in determining the professional quality of life of Australian nurses. *Frontiers in psychology*. 2015 Oct 21;6:1613.

79 Matos PS, Neushotz LA, Griffin MT, Fitzpatrick JJ. An exploratory study of resilience and job satisfaction among psychiatric nurses working in inpatient units. *International journal of mental health nursing*. 2010 Oct;19(5):307-12.

80 Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 May 1;70:71-88.

81 Manomenidis G, Panagopoulou E, Montgomery A. Resilience in nursing: The role of internal and external factors. *Journal of nursing management*. 2019 Jan;27(1):172-8.

82 Dlamini BC, Visser MJ. Challenges in nursing: The psychological needs of rural area nurses in Mpumalanga, South Africa.

83 Hegney, D.G., Rees, C.S., Eley, R., et al. (2015) The Contribution of Individual Psychological Resilience in Determining the Professional Quality of Life of Australian Nurses. *Frontiers in Psychology*, 21, 1613.

84 McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today*. 2009 May 1;29(4):371-9.

85 Mealer M, Jones J, Moss M. A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive care medicine*. 2012 Sep;38(9):1445-51.

86 Manzano García G, Ayala Calvo JC. Emotional exhaustion of nursing staff: influence of emotional annoyance and resilience. *International Nursing Review*. 2012 Mar;59(1):101-7.

87 Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2017 Oct 1;42:110-5.

88 McAllister M, McKinnon J. The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse education today*. 2009 May 1;29(4):371-9.

89 Zander M, Hutton A, King L. Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses CE. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 2010 Mar;27(2):94-108.

90 Delgado C, Upton D, Ranse K, Furness T, Foster K. Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017 May 1;70:71-88.

91 Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and



mental strain. Implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285–308. doi:10.2307/2392498

92 Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* 1996;1:27–41. doi:10.1037/1076-8998.1.1.27

93 Elovainio M, Kivimäki M, Helkama K. Organizational justice evaluations, job control, and occupational strain. *J Appl Psychol.* 2001;86:418–424. doi:10.1037/0021-9010.86.3.418

94 Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. *J Appl Psychol.* 2001;86(3):499–512. doi:10.1037/0021-9010.86.3.499

95 McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health education quarterly.* 1988 Dec;15(4):351-77.

96 De Hert S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia.* 2020;13:171.

97 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

98 World Health Organization, Health laws and universal health coverage; <https://www.who.int/health-laws/legal-systems/health-laws/en/>. Accessed April 2021.

99 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

100 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

101 Donabedian A (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly.* 1;44(3):166-206.

102 Commonwealth Health Fund, International Health Care System Profiles, Country Profiles, 2020. <https://international.commonwealthfund.org/countries/>. Accessed May 2020.

103 Yamey G (2012). What are the barriers to scaling up health interventions in low and middle income countries? A qualitative study of academic leaders in implementation science. *Globalization and health.* 8(1):11.

104 Akhlaq A, McKinstry B, Muhammad KB, Sheikh A (2016). Barriers and facilitators to health information exchange in low- and middle-income country settings: a systematic review. *Health policy and planning.* 1;31(9):1310-25.

105 Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B (2017). Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *health sa gesondheid,* 22(1), 252-258.

106 Schrecker T. Interrogating scarcity: how to think about 'resource-scarce settings'. *Health policy and planning.* 2013 Jul 1;28(4):400-9.

107 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP (2018). Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid.* 23(1).

108 Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, et al (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 36(6):299–303.

109 Markus, A (2013), Mapping Social Cohesion: the Scanlon Foundation Surveys National Report, Monash University, Melbourne.

110 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

111 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

112 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., & Cheung, K (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology.* 7, 600.

113 Gilson, L., Barasa, E., Nxumalo, N., Cleary, S., Goudge, J., Molyneux, S., & Lehmann, U. (2017). Everyday resilience in district health systems: emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Global Health,* 2(2), e000224.

114 Banovcinova, L., & Baskova, M. (2014). Sources of work-related stress and their effect on burnout in midwifery. *Procedia-Social and Behavioral Sciences,* 132, 248-254.

115 McCann CM, Beddoe E, McCormick K, Huggard P, Kedge S, Adamson C, Huggard J (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing.* 7;3(1).

- 116 Johnson J, Cameron\* L, Mitchinson L, Parmar M, Opio-te G, Louch G, Grange A. An investigation into the relationships between bullying, discrimination, burnout and patient safety in nurses and midwives: is burnout a mediator?. *Journal of Research in Nursing*. 2019 Dec;24(8):604-19.
- 117 National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Factors Contributing to Clinician Burnout and Professional Well-Being. In *Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being* 2019 Oct 23. National Academies Press (US).
- 118 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 119 Wachs P, Saurin TA, Righi AW, Wears RL (2016). Resilience skills as emergent phenomena: A study of emergency departments in Brazil and the United States. *Applied ergonomics*. 1:56:227-37.
- 120 Shibre T, Negash A, Kullgren G, Kebede D, Alem A, Fekadu A, et al (2001). Perception of stigma among family members of individuals with schizophrenia and major affective disorders in rural Ethiopia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 36(6):299–303.
- 121 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 122 Johnson J, Cameron\* L, Mitchinson L, Parmar M, Opio-te G, Louch G, Grange A. An investigation into the relationships between bullying, discrimination, burnout and patient safety in nurses and midwives: is burnout a mediator?. *Journal of Research in Nursing*. 2019 Dec;24(8):604-19.
- 123 Borteyrou X, Truchot D, Rasclé N. Development and validation of the Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology: preliminary findings. *Journal of advanced nursing*. 2014 Feb;70(2):443-53.
- 124 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 125 Wachs P, Saurin TA, Righi AW, Wears RL (2016). Resilience skills as emergent phenomena: A study of emergency departments in Brazil and the United States. *Applied ergonomics*. 1:56:227-37.
- 126 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 127 Makola, L., Mashegoane, S., & Debusho, L. K. (2015). Work-family and family-work conflicts amongst African nurses caring for patients with AIDS. *Curationis*, 38(1), 1e8
- 128 Khamisa, N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2017). Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *health sa gesondheid*, 22(1), 252-258.
- 129 Grzywacz, J. G., & Marks, N. F. (2000). Reconceptualizing the workfamily interface: An ecological perspective on the correlates of positive and negative spillover between work and family. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 111e126.
- 130 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP (2018). Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 23(1).
- 131 Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2001). Literature review of role stress/strain on nurses: an international perspective. *Nursing & health sciences*, 3(3), 161-172.
- 132 Inter-Agency Standing Committee (2020). Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 133 Jabalameli SH, Heydari H, Mostafavi S. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral stress management interventions on general health among patients with heart disease. *J Behav Sci*. 9:475–80.
- 134 Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM (2012). Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems. In: Ghasemzadeh H, editor. 9th ed. Tehran: Arjmand Publication.
- 135 Ablett, J.R., Jones, R.S.P., (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology* 16 (8), 733–740.
- 136 Kornhaber, R. A. & Wilson, A. (2011) Building resilience in burns nurses: A descriptive phenomenological inquiry. *Journal of Burn Care and Research* 32, 481-488.
- 137 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59, 427- 438.
- 138 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- 139 Johansson, N. (1991). Effectiveness of a stress management program in reducing anxiety and depression in nursing students. *Journal of American College Health*, 40(3), 125-129.
- 140 Foureur, M., Besley, K., Burton, G., Yu, N., & Crisp, J. (2013). Enhancing the resilience of nurses and midwives: Pilot of a mindfulnessbased program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress. *Contemporary nurse*, 45(1), 114-125.

- 141 McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 32(4), 378-384.
- 142 Rogers, D. (2016). Which educational interventions improve healthcare professionals' resilience?. *Medical teacher*, 38(12), 1236-1241.
- 143 Yung, P. M., Fung, M. Y., Chan, T. M., & Lau, B. W. (2004). Relaxation training methods for nurse managers in Hong Kong: a controlled study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13(4), 255-261.
- 144 Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 29( 2), 66– 71.
- 145 Bergouignan A, Legget KT, De Jong N, et al (2016). Effect of frequent interruptions of prolonged sitting on self-perceived levels of energy, mood, food cravings and cognitive function. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 13(1): 113. doi: 10.1186/s12966-016-0437-.
- 146 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- 147 Reed D (2014). Healthy eating for healthy nurses: nutrition basics to promote health for nurses and patients. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 29(3).
- 148 Reed D (2014). Healthy eating for healthy nurses: nutrition basics to promote health for nurses and patients. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 29(3).
- 149 Reed D (2014). Healthy eating for healthy nurses: nutrition basics to promote health for nurses and patients. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 29(3).
- 150 Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(8), 733-740.
- 151 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- 152 Glass, N. (2009) An investigation of nurses' and midwives' academic/clinical workplaces. *Holistic Nursing Practice* 23, 158-170.
- 153 Powell, S. K., and Colleagues at Mayo Clinic Hospital, Arizona (2018). *Work-Life BALANCE: How Some Case Managers Do It!* Prof. Case Manag. 23, 235–239. doi: 10.1097/ncm.0000000000000317
- 154 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- 155 Philipp R. Making sense of wellbeing. *Perspectives in public health*. 2010 Mar 1;130(2):58.
- 156 Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, Lieb K. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017(2).
- 157 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).
- 158 Thomka LA. (2007). Mentoring and its impact on intellectual capital through the eyes of the mentee. *Nursing Administration Quarterly* 31: 22– 6.
- 159 Valiga TM and S Grossman. (2007). Leadership and followership. In *Nursing leadership and management. Theories, processes, practice*, ed. RAP Jones, 3– 12. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- 160 Johnson JE, M Billingsley, T Crichlow and E Ferrell. (2011). Professional development for nurses. Mentoring along the U-Shaped curve. *Nursing Administration Quarterly*, 35: 119– 25.
- 161 McCloughen, A., O'Brien, L., & Jackson, D. (2014). Journey to become a nurse leader mentor: past, present and future influences. *Nursing Inquiry*, 21(4), 301-310.
- 162 Thomka LA. (2007). Mentoring and its impact on intellectual capital through the eyes of the mentee. *Nursing Administration Quarterly* 31: 22– 6.
- 163 Inter-Agency Standing Committee (2020), Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; Feb 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 164 World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization; 2020.
- 165 Othman N, Nasuridin AM. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8): 1083-1090
- 166 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.
- 167 Rossouw L, Seedat S, Emsley RA, Suliman S, Hagemester D. (2013). The prevalence of burnout and depression in medical doctors working in the Cape Town Metropolitan Municipality community healthcare clinics and district hospitals of the Provincial Government of the Western Cape: a cross-sectional study. *South African Family Practice*, 55(6): 567-573
- 168 Inter-Agency Standing Committee (2020), Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; Feb 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.
- 169 Yilmaz EB. Resilience as a strategy for struggling against challenges related to the nursing profession. *Chinese Nursing Research*. 2017 Mar 1;4(1):9-13.
- 170 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014).



Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.

171 McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., et al. (2013). Resilience in health professions: a review of recent literature. *Int. J. Wellbeing* 3, 60–81. doi: 10.5502/ijw.v3i1.4

172 Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, Lieb K. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane database of systematic reviews*. 2017(2).

173 Polizzi C, Lynn SJ, Perry A (2020) Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery. *Clin Neuropsych*; 17:59–62.

174 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59, 427- 438.

175 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.

176 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. 2006 Oct 1.

177 Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Health SA Gesondheid (Online)*. 2011;16(1):1-1.

178 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. *Disaster Prevention and Management: An International Journal*. 2006 Oct 1.

179 Polizzi C, Lynn SJ, Perry A (2020) Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery. *Clin Neuropsych*; 17:59–62.

180 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.

181 Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression: Treatment manual. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286.

182 Terzioglu, F. (2006). The perceived problem-solving ability of nurse managers. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 340-347.

183 Grant L, Kinman G. Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *Health and Social Care Education*. 2014 Mar 1;3(1):23-34.

184 Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based cognitive-behavioural therapy: A four-step model to build resilience. *Clinical psychology & psychotherapy*, 19(4), 283-290.

185 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59, 427- 438.

186 Cutcliffe J. Towards a definition of Hope.

*Int J Psychiatr Nurs Res*. 1997;3(2):319–32.

187 Ishimwe AB, Kaufman J, Uwamahoro D, Wall JT, Herth K, Chang E, de Dieu Ngirabega J, Leonard W. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Herth Hope Index in Kinyarwanda: adapting a positive psychosocial tool for healthcare recipients and providers in the Rwandan setting. *Health and quality of life outcomes*. 2020 Dec;18(1):1-1.

188 Ishimwe AB, Kaufman J, Uwamahoro D, Wall JT, Herth K, Chang E, de Dieu Ngirabega J, Leonard W. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Herth Hope Index in Kinyarwanda: adapting a positive psychosocial tool for healthcare recipients and providers in the Rwandan setting. *Health and quality of life outcomes*. 2020 Dec;18(1):1-1.

189 Gustin, L. W., and Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring – clinical nursing teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care. *Scand. J. Caring Sci*. 27, 175–183. doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01033.x

190 Inter-Agency Standing Committee (2020), Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; Feb 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

191 World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization; 2020.

192 Inter-Agency Standing Committee (2020), Addressing mental health and psychosocial aspects of the COVID-19 outbreak. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; Feb 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS.pdf>. Accessed May 2020.

193 World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization; 2020.

194 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. *Journal of Advanced Nursing* 59, 427- 438.

195 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 720-734.

196 Ablett, J. R., & Jones, R. S. P. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(8), 733-740.

197 Philipp R. Making sense of wellbeing. *Perspectives in public health*. 2010 Mar 1;130(2):58.

198 Polizzi C, Lynn SJ, Perry A (2020) Stress and coping in the time of COVID-19: pathways to resilience and recovery. *Clin Neuropsych*; 17:59–62.

199 Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Health SA*

- Gesondheid (Online). 2011;16(1):1-1.
- 200 Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. Health SA Gesondheid (Online). 2011;16(1):1-1.
- 201 Philipp R. Making sense of wellbeing. Perspectives in public health. 2010 Mar 1;130(2):58.
- 202 Helmreich I, Kunzler A, Chmitorz A, König J, Binder H, Wessa M, Lieb K. Psychological interventions for resilience enhancement in adults. Cochrane database of systematic reviews. 2017(2).
- 203 Reich JW. Three psychological principles of resilience in natural disasters. Disaster Prevention and Management: An International Journal. 2006 Oct 1.
- 204 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. Journal of Advanced Nursing 59, 427- 438.
- 205 McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., et al. (2013). Resilience in health professions: a review of recent literature. Int. J. Wellbeing 3, 60–81. doi: 10.5502/ijw.v3i1.4
- 206 Vogel, D. L., Wester, S. R., Wei, M., & Boysen, G. A. (2005). The Role of Outcome Expectations and Attitudes on Decisions to Seek Professional Help. Journal of Counseling Psychology, 52(4), 459.
- 207 Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. Health SA Gesondheid (Online). 2011;16(1):1-1.
- 208 Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Wallis, M. & Grimbeck, P. (2007) Resilience in the operating room: Developing and testing of a resilience model. Journal of Advanced Nursing 59, 427- 438.
- 209 Ogus E. Burnout and social support systems among ward nurses. Issues Ment. Health Nurs 1990; 11: 267– 281.
- 210 Bourbonnais R, Comeau M, Vezina M. Job strain and evolution of mental health among nurses. J. Occup. Health Psychol 1999; 4: 95– 107
- 211
- 212 Koen, M. P., Van Eeden, C., Wissing, M. P., & Du Plessis, E. (2011). Resilience through the eyes of professional nurses in South Africa. The Australian Community Psychologist, 23(2), 103-120.
- 213 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. Health SA Gesondheid. 2018;23(1).
- 214 Sigalit, W., Sivia, B., & Michal, I. (2017). Factors associated with nursing students' resilience: Communication skills course, use of social media and satisfaction with clinical placement. Journal of Professional Nursing, 33(2), 153-161.
- 215 Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: An integrative review. Journal of Nursing Management, 22(6), 720-734.
- 216 Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B. Effective educational and clinical supervision: AMEE Guide No 27. Med Teach. 2007;29:2-19.
- 217 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. Frontiers in psychology, 7, 600.
- 218 Van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. SA Journal of Industrial Psychology, 35(1), 1-10.
- 219 Marquez L, Kean L. Making supervision supportive and sustainable: new approaches to old problems. Maximum Access and Quality (MAQ) Initiative; 2002.
- 220 Santos, T. M., dos, Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., and Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction programme based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: qualitative and quantitative evaluation. Explor. J. Sci. Heal. 12, 90–99. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005
- 221 Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., et al. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an “on the job” programme. BMC Palliat. Care 17:3. doi: 10.1186/s12904-017-0219-7
- 222 Cohen-Katz J et al. (2004) The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study, Parts 1, 2 and 3 Holist. Nurs. Pract., 30 (2004), pp. 2-308
- 223 Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. Int J Nurs Stud. 2016 Dec;64:98-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002. Epub 2016 Oct 8. PMID: 27744228.
- 224 Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. PloS one. 2018 Nov 21;13(11):e0207261.
- 225 Suyi Y et al. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. Explor. J. Sci. Heal. 13, 319–326. doi: 10.1016/j.explore.2017.06.001
- 226 Patricia Potter RN, Julia Allen Berger DMin BC, Sarah Olsen RN, Ling Chen MS. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. InOncology nursing forum 2013 Mar 1 (Vol. 40, No. 2, p. 180). Oncology Nursing Society.
- 227 Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., and Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. Motiv. Emot. 38, 23–35. doi: 10.1007/s11031-013-9368-z
- 228 Markwell P et al. (2015) Snack and relax®: a strategy to address nurses' professional quality of life. J. Holist. Nurs., 34 (1) (2015), pp. 80-90
- 229 La Torre G, Raffone A, Peruzzo M, Calabrese L,

- Cocchiara RA, D'Egidio V, Leggieri PF, Dorelli B, Zaffina S, Mannocci A. Yoga and Mindfulness as a Tool for Influencing Affectivity, Anxiety, Mental Health, and Stress among Healthcare Workers: Results of a Single-Arm Clinical Trial. *Journal of clinical medicine*. 2020 Apr;9(4):1037.
- 230 Berkland, B. E., Werneburg, B. L., Jenkins, S. M., Friend, J. L., Clark, M. M., Rosedahl, J. K., ... & Sood, A. (2017). A worksite wellness intervention: improving happiness, life satisfaction, and gratitude in health care workers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 1(3), 203-210.
- 231 Vesel L, Waller K, Dowden J, Fotso JC. Psychosocial support and resilience building among health workers in Sierra Leone: interrelations between coping skills, stress levels, and interpersonal relationships. *BMC health services research*. 2015 Dec 1;15(S1):S3.
- 232 Moeini, B., Hazavehei, S. M. M., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., & Moghimbeigi, A. (2011). The impact of cognitive-behavioral stress management training program on job stress in hospital nurses: Applying PRECEDE model. *JRHS*
- 233 Orly S, Rivka B, Dorit SE. The impact of cognitive behavioral intervention on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia Soc. Behav. Sci.* 2010; 2: 928-932.
- 234 Rajeswari H, Sreelekha BK, Nappinai S, Subrahmanyam U, Rajeswari V. Impact of accelerated recovery program on compassion fatigue among nurses in South India. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2020;25:249-53
- 235 O'Mahony S et al. (2017). A multimodal mindfulness training to address mental health symptoms in providers who care for and interact with children in relation to end-of-life care. *Am. J. Hospice Palliat. Med.* 34, 838-843. doi: 10.1177/1049909116660688
- 236 Jennings T, Flaxman P, Egdeell K, Pestell S, Whipday E, Herbert A. A resilience training programme to improve nurses' mental health. *Nursing Times*. 2017 Oct 1;113(10):22-6.
- 237 Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M (2011) The effect of teaching emotional intelligence (EI) items on job related stress in physicians and nurses working in ICU wards in hospitals, Yerevan, Armenia. *Int J Collab Res Intern Med Public Health* 3: 704-713
- 238 Loiselle CG, Gelinas C, Cassoff J, Boileau J, McVey L (2012) A pre-post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): a nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). *Intensive Crit Care Nurs* 28: 32-40. pmid:22209308
- 239 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).
- 240 Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al (2012) Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intens Care Med* 38: 55-61.
- 241 Sluiter JK, Bos AP, Tol D, Calff M, Krijnen M, et al. (2005) Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intens Care Med* 31: 1409-1414.
- 242 West CP, Dyrbye LN, Rabatin FT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al (2014) Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Int Med*.
- 243 Powell, S. K., and Colleagues at Mayo Clinic Hospital, Arizona (2018). Work-Life BALANCE: How Some Case Managers Do It! *Prof. Case Manag.* 23, 235-239. doi: 10.1097/ncm.0000000000000317
- 244 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).
- 245 Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 29( 2), 66- 71
- 246 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.
- 247 Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Arhinful DK, Rinke de Wit TF (2016) Assessing the Impact of Community Engagement Interventions on Health Worker Motivation and Experiences with Clients in Primary Health Facilities in Ghana: A Randomized Cluster Trial. *PLoS ONE* 11(7): e0158541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158541>
- 248 Wu AW, Connors C, Everly Jr GS. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience.
- 249 Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing*, 21, 504- 510.
- 250 Sohrabizadeh S, Sayfour N. (2014). Antecedents and consequences of work engagement among nurses. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(11): e16351
- 251 Weldegebreel Z, Ejigu Y, Weldegebreel F, Woldie M. (2016). Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 10: 159169.
- 252 Koen, M. P., Van Eeden, C., Wissing, M. P., & Du Plessis, E. (2011). Resilience through the eyes of professional nurses in South Africa. *The Australian Community Psychologist*, 23(2), 103-120.
- 253 McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M., 2013. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemp. Nurse* 45 (1), 134-143
- 254 Meadors P, Lamson A (2008) Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *J Pediatr Health Care* 22: 24-34. pmid:18174086
- 255 Houck D (2014) Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 18 (4) (2014), pp. 454-458
- 256 Blum C. Practicing self-care for nurses: A



nursing program initiative. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014 Sep 1;19(3):3.

257 Maunder RG, Lancee WJ, Mae R, Vincent L, Peladeau N, Beduz MA, Hunter JJ, Leszcz M. Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research*. 2010 Dec 1;10(1):72.

258 Kravits K, McAllister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res*. 2010 Aug;23(3):130-8. doi: 10.1016/j.apnr.2008.08.002. Epub 2009 Jan 15. PMID: 20643322.

259 Steinhardt M, Dolbier C. 2008. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health*. 56:445–453

260 Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115.

261 Pandey J, Singh M. (2016). Donning the mask: effects of emotional labour strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health Policy and Planning*, 31(5): 551-562.

262 Thomka LA. (2007). Mentoring and its impact on intellectual capital through the eyes of the mentee. *Nursing Administration Quarterly* 31: 22– 6.

263 McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M., 2013. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemp. Nurse* 45 (1), 134–143

264 Warelow, P., and Edward, K.-L. (2007). Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Aust. Coll. Ment. Health Nurs*. 16, 132–135.

265 Mealer, M., Jones, J., and Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*. 38, 1445–1451. doi: 10.1007/s00134-012-2600-6.

266 Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., and O'Flaherty, D. (2013). Concept analysis: resilience. *Arch. Psychiatr. Nurs*. 27, 264–270. doi: 10.1016/j.apnu.2013.07.003.

267 Othman N, Nasurdin AM. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8): 1083-1090

268 Wu AW, Connors C, Everly Jr GS. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience.

269 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001 Feb;52(1):397-422.

270 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).

271 Koen, M. P., Van Eeden, C., Wissing, M. P., &

Du Plessis, E. (2011). Resilience through the eyes of professional nurses in South Africa. *The Australian Community Psychologist*, 23(2), 103-120.

272 Aycock N and D Boyle (2009) Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 13 (2) (2009), pp. 183-191.

273 Powell, S. K., and Colleagues at Mayo Clinic Hospital, Arizona (2018). Work–Life BALANCE: How Some Case Managers Do It! *Prof. Case Manag*. 23, 235–239. doi: 10.1097/ncm.0000000000000317

274 Jeffcott SA, Ibrahim JE, Cameron PA. Resilience in healthcare and clinical handover. *BMJ Quality & Safety*. 2009 Aug 1;18(4):256-60.

275 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.

276 Kinman G et al. (2020) Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. *Occupational Medicine*; 70(5): 294–296, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa096>

277 World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization; 2020.

278 Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Apr 1;7(4):e15-6.

279 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).

280 Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115

281 Berkland, B. E., Werneburg, B. L., Jenkins, S. M., Friend, J. L., Clark, M. M., Rosedahl, J. K., ... & Sood, A. (2017). A worksite wellness intervention: improving happiness, life satisfaction, and gratitude in health care workers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 1(3), 203-210.

282 Mason ST. A Mixed Methods Evaluation of a Pilot Resilience Training Course on Stress Management. *Age*. 2018;35(44):5

283 Sharma V, Bauer B, Prasad K, Sood A, Schroeder D. 2012. Self help intervention to decrease stress and increase mindfulness: a pilot trial. *BMC Complement Altern Med*.

284 Dlamini, B.C. and Visser, M.J., 2017. Challenges in nursing: The psychological needs of rural area nurses in Mpumalanga, South Africa.

285 Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e271.

286 Mistretta, E. G., Davis, M. C., Temkit, M. H., Lorenz, C.,

- Darby, B., & Stonnington, C. M. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers: results of a randomized clinical trial comparing in-person and smartphone-delivered interventions. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(6), 559-568.
- 287 Lyon AR, Koerner K (2016). User-Centered Design for Psychosocial Intervention Development and Implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 23(2):180-200.
- 288 Fischer AE, Sebidi J, Barron P, Lalla-Edward ST (2019). The MomConnect Nurses and Midwives Support Platform (NurseConnect): A Qualitative Process Evaluation. *JMIR mHealth and uHealth*. 7(2):e11644.
- 289 Lyon AR, Koerner K (2016). User-Centered Design for Psychosocial Intervention Development and Implementation. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 23(2):180-200.
- 290 Yeager DS, Romero C, Paunesku D, Hulleman CS, Schneider B, Hinojosa C, et al (2016). Using design thinking to improve psychological interventions: The case of the growth mindset during the transition to high school. *J Educ Psychol*. 108(3):374.
- 291 Cole-Lewis H, Ezeanochie N, Turgiss J (2019). Understanding Health Behavior Technology Engagement: Pathway to Measuring Digital Behavior Change Interventions. *JMIR formative research*. 3(4):e14052.
- 292 Cole-Lewis H, Ezeanochie N, Turgiss J (2019). Understanding Health Behavior Technology Engagement: Pathway to Measuring Digital Behavior Change Interventions. *JMIR formative research*. 3(4):e14052.
- 293 Cole-Lewis H, Ezeanochie N, Turgiss J (2019). Understanding Health Behavior Technology Engagement: Pathway to Measuring Digital Behavior Change Interventions. *JMIR formative research*. 3(4):e14052.
- 294 Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e271.
- 295 Fischer AE, Sebidi J, Barron P, Lalla- Edward ST. The MomConnect Nurses and Midwives Support Platform (NurseConnect): A Qualitative Process Evaluation *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(2):e11644
- 296 Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e271.
- 297 Rathbone, A. L., & Prescott, J. (2017). The use of mobile apps and SMS messaging as physical and mental health interventions: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 19(8).
- 298 Sheats, J.L., Oluwabusayo, O. & Ezeanochie, N. (May 20, 2019). Evidence review: Goal setting capability. Johnson & Johnson Health and Wellness Solutions
- 299 Roy, M. J., Costanzo, M. A., & Highland, K. (2016). GETSmart: guided education and training via smart phones to promote resilience. *Annual Review of Cybertherapy and Telemedicine*, 219, 123-8
- 300 Agarwal S, LeFevre AE, Lee J, L'Engle K, Mehl G, Sinha C (2016). WHO mHealth Technical Evidence Review Group. Guidelines for reporting of health interventions using mobile phones: mobile health (mHealth) evidence reporting and assessment (mERA) checklist. *BMJ*: 17;352:i1174.
- 301 Anstey Watkins JOT, Goudge J, Gómez-Olivé FX, Griffiths F (2018). Mobile phone use among patients and health workers to enhance primary healthcare: A qualitative study in rural South Africa. *Soc Sci Med*. 198:139-147.
- 302 Fischer AE, Sebidi J, Barron P, Lalla- Edward ST. The MomConnect Nurses and Midwives Support Platform (NurseConnect): A Qualitative Process Evaluation *JMIR Mhealth Uhealth* 2019;7(2):e11644
- 303 Free C, Phillips G, Watson L, Galli L, Felix L, Edwards P, et al. The effectiveness of mobile-health technologies to improve health care service delivery processes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2013;10(1):e1001363
- 304 Carolan, S., Harris, P. R., & Cavanagh, K. (2017). Improving employee well-being and effectiveness: systematic review and meta-analysis of web-based psychological interventions delivered in the workplace. *Journal of medical Internet research*, 19(7), e271.
- 305 Mistretta, E. G., Davis, M. C., Temkit, M. H., Lorenz, C., Darby, B., & Stonnington, C. M. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers: results of a randomized clinical trial comparing in person and smartphone-delivered interventions. *Journal of occupational and environmental medicine*, 60(6), 559-568.
- 306 Baumel A, Muench F, Edan S, Kane JM. Objective user engagement with mental health apps: systematic search and panel-based usage analysis. *Journal of medical Internet research*. 2019;21(9):e14567.
- 307 The Web Accessibility Initiative, Mobile Accessibility at W3C. <https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/mobile/>. Accessed May 2020.
- 308 The Web Accessibility Initiative, Mobile Accessibility at W3C. <https://www.w3.org/WAI/standards-guidelines/mobile/>. Accessed May 2020.
- 309 Santos, T. M., dos, Kozasa, E. H., Carmagnani, I. S., Tanaka, L. H., Lacerda, S. S., and Nogueira-Martins, L. A. (2016). Positive effects of a stress reduction programme based on mindfulness meditation in Brazilian nursing professionals: qualitative and quantitative evaluation. *Explor. J. Sci. Heal*. 12, 90–99. doi: 10.1016/j.explore.2015.12.005
- 310 Orellana-Rios, C. L., Radbruch, L., Kern, M., Regel, Y. U., Anton, A., Sinclair, S., et al. (2018). Mindfulness and compassion-oriented practices at work reduce distress and enhance self-care of palliative care teams: a mixed-method evaluation of an "on the job" programme. *BMC Palliat. Care* 17:3. doi: 10.1186/s12904-017-0219-7
- 311 Cohen-Katz J et al. (2004) The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout: a quantitative and qualitative study, Parts 1, 2 and 3 *Holist. Nurs. Pract.*, 30 (2004), pp. 2-308
- 312 Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and

compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud*. 2016 Dec;64:98-107. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.10.002. Epub 2016 Oct 8. PMID: 27744228.

313 Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS one*. 2018 Nov 21;13(11):e0207261.

314 Suyi Y et al. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explor. J. Sci. Heal*. 13, 319–326. doi: 10.1016/j.explore.2017.06.001

315 Patricia Potter RN, Julia Allen Berger DMin BC, Sarah Olsen RN, Ling Chen MS. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *In: Oncology nursing forum* 2013 Mar 1 (Vol. 40, No. 2, p. 180). Oncology Nursing Society.

316 Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., and Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motiv. Emot*. 38, 23–35. doi: 10.1007/s11031-013-9368-z

317 Markwell P et al. (2015) Snack and relax®: a strategy to address nurses' professional quality of life. *J. Holist. Nurs.*, 34 (1) (2015), pp. 80-90

318 La Torre G, Raffone A, Peruzzo M, Calabrese L, Cocchiara RA, D'Egidio V, Leggieri PF, Dorelli B, Zaffina S, Mannocci A. Yoga and Mindfulness as a Tool for Influencing Affectivity, Anxiety, Mental Health, and Stress among Healthcare Workers: Results of a Single-Arm Clinical Trial. *Journal of clinical medicine*. 2020 Apr;9(4):1037.

319 Berkland, B. E., Werneburg, B. L., Jenkins, S. M., Friend, J. L., Clark, M. M., Rosedahl, J. K., ... & Sood, A. (2017). A worksite wellness intervention: improving happiness, life satisfaction, and gratitude in health care workers. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 1(3), 203-210.

320 Vesel L, Waller K, Dowden J, Fotso JC. Psychosocial support and resilience building among health workers in Sierra Leone: interrelations between coping skills, stress levels, and interpersonal relationships. *BMC health services research*. 2015 Dec 1;15(S1):S3.

321 Moeini, B., Hazavehei, S. M. M., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., & Moghimbeigi, A. (2011). The impact of cognitive-behavioral stress management training program on job stress in hospital nurses: Applying PRECEDE model. *JRHS*

322 Orly S, Rivka B, Dorit SE. The impact of cognitive behavioral intervention on SOC, perceived stress and mood states of nurses. *Procedia Soc. Behav. Sci*. 2010; 2: 928-932.

323 Rajeswari H, Sreelekha BK, Nappinai S, Subrahmanyam U, Rajeswari V. Impact of accelerated recovery program on compassion fatigue among nurses in South India. *Iranian J Nursing Midwifery Res* 2020;25:249-53

324 O'Mahony S et al. (2017). A multimodal mindfulness training to address mental health symptoms in providers who care for and interact with children in relation to end-of-life care. *Am. J. Hospice Palliat. Med*. 34, 838–843. doi: 10.1177/1049909116660688

325 Jennings T, Flaxman P, Egdeall K, Pestell S, Whipday E, Herbert A. A resilience training programme to improve nurses' mental health. *Nursing Times*. 2017 Oct 1;113(10):22-6.

326 Nooryan K, Gasparyan K, Sharif F, Zoladl M (2011) The effect of teaching emotional intelligence (EI) items on job related stress in physicians and nurses working in ICU wards in hospitals, Yerevan, Armenia. *Int J Collab Res Intern Med Public Health* 3: 704–713

327 Loiselle CG, Gelinac C, Cassoff J, Boileau J, McVey L (2012) A pre-post evaluation of the Adler/Sheiner Programme (ASP): a nursing informational programme to support families and nurses in an intensive care unit (ICU). *Intensive Crit Care Nurs* 28: 32–40. pmid:22209308

328 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).

329 Quenot JP, Rigaud JP, Prin S, Barbar S, Pavon A, Hamet M, et al (2012) Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices. *Intens Care Med* 38: 55–61.

330 Sluiter JK, Bos AP, Tol D, Calff M, Krijnen M, et al. (2005) Is staff well-being and communication enhanced by multidisciplinary work shift evaluations? *Intens Care Med* 31: 1409–1414.

331 West CP, Dyrbye LN, Rabatin FT, Call TG, Davidson JH, Multari A, et al (2014) Intervention to Promote Physician Well-being, Job Satisfaction, and Professionalism: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Int Med*.

332 Powell, S. K., and Colleagues at Mayo Clinic Hospital, Arizona (2018). Work–Life BALANCE: How Some Case Managers Do It! *Prof. Case Manag*. 23, 235–239. doi: 10.1097/ncm.0000000000000317

333 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).

334 Cameron, F., & Brownie, S. (2010). Enhancing resilience in registered aged care nurses. *Australasian Journal on Ageing*, 29( 2), 66– 71

335 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.

336 Alhassan RK, Nketiah-Amponsah E, Spieker N, Arhinful DK, Rinke de Wit TF (2016) Assessing the Impact of Community Engagement Interventions on Health Worker Motivation and Experiences with Clients in Primary Health Facilities in Ghana: A Randomized Cluster Trial. *PLoS ONE* 11(7): e0158541. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158541>

337 Wu AW, Connors C, Everly Jr GS. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience.

338 Shimoinaba, K., O'Connor, M., Lee, S., & Kissane, D. (2015). Nurses' resilience and nurturance of the self. *International Journal of Palliative Nursing*, 21, 504– 510.

339 Sohrabizadeh S, Sayfour N. (2014). Antecedents and consequences of work engagement among nurses. *Iranian*



Red Crescent Medical Journal, 16(11): e16351

340 Weldegebriel Z, Ejigu Y, Weldegebreal F, Woldie M. (2016). Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*, 10: 159169.

341 Koen, M. P., Van Eeden, C., Wissing, M. P., & Du Plessis, E. (2011). Resilience through the eyes of professional nurses in South Africa. *The Australian Community Psychologist*, 23(2), 103-120.

342 McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M., 2013. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemp. Nurse* 45 (1), 134–143

343 Meadors P, Lamson A (2008) Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *J Pediatr Health Care* 22: 24–34. PMID:18174086

344 Houck D (2014) Helping nurses cope with grief and compassion fatigue: an educational intervention. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 18 (4) (2014), pp. 454-458

345 Blum C. Practicing self-care for nurses: A nursing program initiative. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2014 Sep 1;19(3):3.

346 Maunder RG, Lancee WJ, Mae R, Vincent L, Peladeau N, Beduz MA, Hunter JJ, Leszcz M. Computer-assisted resilience training to prepare healthcare workers for pandemic influenza: a randomized trial of the optimal dose of training. *BMC health services research*. 2010 Dec 1;10(1):72.

347 Kravits K, McAllister-Black R, Grant M, Kirk C. Self-care strategies for nurses: A psycho-educational intervention for stress reduction and the prevention of burnout. *Appl Nurs Res*. 2010 Aug;23(3):130-8. doi: 10.1016/j.apnr.2008.08.002. Epub 2009 Jan 15. PMID: 20643322.

348 Steinhardt M, Dolbier C. 2008. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. *J Am Coll Health*. 56:445–453

349 Brunero, S., Cowan, D., & Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5(2), 109-115.

350 Pandey J, Singh M. (2016). Donning the mask: effects of emotional labour strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health Policy and Planning*, 31(5): 551-562.

351 Thomka LA. (2007). Mentoring and its impact on intellectual capital through the eyes of the mentee. *Nursing Administration Quarterly* 31: 22– 6.

352 McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., Vickers, M., 2013. Personal resilience in nurses and midwives: effects of a work-based educational intervention. *Contemp. Nurse* 45 (1), 134–143

353 Warelow, P., and Edward, K.-L. (2007). Caring as a resilient practice in mental health nursing. *Aust. Coll. Ment. Health Nurs*. 16, 132–135.

354 Mealer, M., Jones, J., and Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder

in United States ICU nurses. *Intensive Care Med*. 38, 1445–1451. doi: 10.1007/s00134-012-2600-6.

355 Garcia-Dia, M. J., DiNapoli, J. M., Garcia-Ona, L., Jakubowski, R., and O'Flaherty, D. (2013). Concept analysis: resilience. *Arch. Psychiatr. Nurs*. 27, 264–270. doi: 10.1016/j.apnu.2013.07.003.

356 Othman N, Nasurdin AM. (2013). Social support and work engagement: a study of Malaysian nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(8): 1083-1090

357 Wu AW, Connors C, Everly Jr GS. COVID-19: peer support and crisis communication strategies to promote institutional resilience.

358 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annual review of psychology*. 2001 Feb;52(1):397-422.

359 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).

360 Koen, M. P., Van Eeden, C., Wissing, M. P., & Du Plessis, E. (2011). Resilience through the eyes of professional nurses in South Africa. *The Australian Community Psychologist*, 23(2), 103-120.

361 Aycock N and D Boyle (2009) Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clin. J. Oncol. Nurs.*, 13 (2) (2009), pp. 183-191.

362 Powell, S. K., and Colleagues at Mayo Clinic Hospital, Arizona (2018). Work–Life BALANCE: How Some Case Managers Do It! *Prof. Case Manag*. 23, 235–239. doi: 10.1097/ncm.0000000000000317

363 Jeffcott SA, Ibrahim JE, Cameron PA. Resilience in healthcare and clinical handover. *BMJ Quality & Safety*. 2009 Aug 1;18(4):256-60.

364 Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., ... & Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: Constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.

365 Kinman G et al. (2020) Supporting the well-being of healthcare workers during and after COVID-19. *Occupational Medicine*; 70(5): 294–296, <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa096>

366 World Health Organization. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. World Health Organization; 2020.

367 Chen Q, Liang M, Li Y, Guo J, Fei D, Wang L, He L, Sheng C, Cai Y, Li X, Wang J. Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*. 2020 Apr 1;7(4):e15-6.

368 Ramalisa RJ, Du Plessis E, Koen MP. Increasing coping and strengthening resilience in nurses providing mental health care: Empirical qualitative research. *Health SA Gesondheid*. 2018;23(1).





*Johnson & Johnson*