



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"**

**"CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA
DE COVID 19 EN PERSONAL DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21."**

**T E S I S
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DRA. NORMA DANIELA RAMÍREZ
MONDRAGÓN**

NÚM. DE REGISTRO: R-2021-3703-045



**ASESOR:
DR. JORGE ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ**

CIUDAD DE MÉXICO,

OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DELEGACIÓN SURESTE, CIUDAD DE MÉXICO**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21
"FRANCISCO DEL PASO Y TRONCOSO"**

TESIS:

**"CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN
PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21."**

NUM. DE REGISTRO: R-2021-3703-045

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. NORMA DANIELA RAMÍREZ MONDRAGÓN

ASESORA:

DR. JORGE ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ



CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021

II. ASESORES DE TESIS



DRA. ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Familiar

De la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS

"Francisco del Paso y Troncoso"

Dirección: Plutarco Elías Calles N° 473, Colonia Santa Anita.

Iztacalco. C.P. 08300, Ciudad de México

Teléfono: 57686000 conmutador 57686600 ext. 21407

Correo electrónico: alejandraph28@gmail.com



DR. JORGE ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ

Médico Cirujano

Especialista en Medicina Familiar

De la Unidad de Medicina Familiar N° 21 IMSS

"Francisco del Paso y Troncoso"

Dirección: Plutarco Elías Calles N° 473, Colonia Santa Anita.

Iztacalco. C.P. 08300, Ciudad de México

Teléfono: 57686000 conmutador 57686600 ext. 21407

Correo electrónico: dr.arthur.rodz.mf@gmail.com



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD SUR, CIUDAD DE MÉXICO
PROPUESTA DE ANTEPROYECTO DE TESIS



**TITULO: CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19
EN PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21.**

NOMBRE: NORMA DANIELA RAMÍREZ MONDRAGÓN,
MÉDICO RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
LUGAR DE TRABAJO: CONSULTA EXTERNA

MATRÍCULA: 97383963
ADSCRIPCIÓN: UMF 21, IMSS
TELÉFONO: 55 5106-3669
FAX: SIN FAX
CORREO ELECTRÓNICO: ndany.rmz@gmail.com

ASESOR: ALEJANDRA PALACIOS HERNÁNDEZ
MÉDICA CIRUJANA ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MATRÍCULA: 98381032
LUGAR DE TRABAJO: COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
EN SALUD.
ADSCRIPCIÓN: UMF 21, IMSS
TELÉFONO: 55 1398-5702
FAX: SIN FAX
CORREO ELECTRÓNICO: alejandraph28@gmail.com

ASESOR: MCE. JORGE ARTURO RODRÍGUEZ LÓPEZ
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MATRÍCULA: 99162236
LUGAR DE TRABAJO: CONSULTA EXTERNA, TURNO VESPERTINO.
ADSCRIPCIÓN: UMF 21, IMSS
TELÉFONO: 55 1398-5702
FAX: SIN FAX
CORREO ELECTRÓNICO: dr.arthur.rodz.mf@gmail.com

MÉXICO, CIUDAD DE MÉXICO, 2021.
UNIDAD DE MECINA FAMILIAR No. 21
EJE 4 SUR (AVENIDA PLUTARCO ELIAS CALLES) No. 473, C.P. 08300
ALCALDÍA IZTACALCO
CIUDAD DE MÉXICO. TELÉFONO: 5768-6000 ext. 21400

ÍNDICE

Título	04
Identificación de investigadores.....	04
Resumen.....	07
Marco teórico	08
Justificación	29
Planteamiento del problema.....	30
Objetivos.....	31
Hipótesis de investigación.....	32
Material y métodos.....	32
Descripción del universo de trabajo	32
Descripción del estudio.....	32
Criterios de selección.....	33
Tipo de muestreo	33
Análisis estadístico	34
Control de sesgos.....	37
Aspectos éticos	39
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	40
Análisis de resultados	42
Discusión de resultados	56
Conclusión.....	58
Sugerencias.....	59

Cronograma de actividades.....	60
Referencias Bibliográficas.....	61
Anexos.....	65

1. RESUMEN

CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN PERSONAL DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 21.

Investigador: Ramírez Mondragón Norma Daniela¹ Asesor: Jorge Arturo Rodríguez López/Palacios Hernández Alejandra²

Diversos factores de riesgo pueden desencadenar los trastornos mentales, específicamente el estilo de vida, los **eventos adversos ambientales y sociales derivados de experiencias** como oportunidades en momentos críticos y cambios importantes, siendo la resiliencia la capacidad que tiene el ser humano de anteponerse a las situaciones adversas que se presenten, como lo es la pandemia por COVID-19, generando grandes problemas en la salud mental de los trabajadores de la salud de primera línea de atención.

Objetivo: Determinar la capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19 en el personal de la unidad de medicina familiar número 21 **Material y métodos:** Se procederá a aplicar una encuesta a personal de la UMF No. 21 sobre su capacidad de resiliencia, se realizará base de datos y análisis de resultados, tiempo a desarrollarse: abril-junio 2021. **Recursos e infraestructura:** se cuenta con la infraestructura y el personal humano para llevarse a cabo. **Experiencia del grupo:** los investigadores cuentan con experiencia en este tema de más de 5 años.

Palabras clave: *resiliencia, covid 19, salud mental.*

2. MARCO TEÓRICO:

Salud mental:

Para que podamos entender este concepto es necesario sentar las bases de la terminología de la que haremos uso en este escrito. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como *un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*⁽¹⁾.

La importancia de la atención de la salud se ha centrado más en la recuperación y/o rehabilitación de la enfermedad más que en las circunstancias que amenazan y condicionan un proceso más sano de las personas.

En medicina, propiamente la psiquiatría define a la salud mental como “*un estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que posibilita al individuo de interactuar con el medio de manera creativa propiciando su crecimiento y bienestar individual y de su ambiente social mejorando las condiciones de vida de la población*”, por otro lado, la psicología la define como “*un estado relativamente perdurable donde la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y logra su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales*”⁽²⁾, es por ello que en este siglo ha tomado tanto auge el tema de la salud mental y deja de verse solo como el hecho de padecer o no alguna enfermedad mental formando parte importante del ser humano y su desarrollo biopsicosocial, por ello es importante que se preserve la salud mental y física de la población mediante el uso de la salud pública y políticas públicas en donde se apoya el diagnóstico oportuno en las unidades de primer nivel de atención como lo son las clínicas familiares con atención psicológica y psiquiátrica. Siendo este primer nivel de atención la puerta de entrada al sistema de salud y que tiene la responsabilidad de resolver un 80% de los problemas de salud de la población en general, utilizando su principal herramienta que es la prevención.

Se tiene una consideración importante con respecto a la salud mental ya que se considera una necesidad humana, tanto así que dentro de esta premisa se considera la necesidad de sobrevivir y ser autónomo. Entendiendo que mejorar la

salud y atender a la educación significa un individuo con fortaleza y permite a la sociedad procurar y acrecentar sus medios de vida⁽³⁾.

Existen diversos factores de riesgo que pueden desencadenar los trastornos mentales, específicamente el estilo de vida, los **eventos adversos ambientales y sociales derivados de experiencias** como oportunidades en momentos críticos y cambios importantes.

Epidemiología de la salud mental:

A nivel mundial se estima que cerca de 450 0 500 millones de personas presentaron algún trastorno mental en 2016. A nivel nacional se estima que un 30 por ciento de la población es afectada por trastornos mentales⁽⁴⁾, 1 de cada 4 personas presentará alguno en su vida. Estas estadísticas son de suma importancia ya que actualmente 1 de cada 5 personas afectadas reciben tratamiento.

Las afecciones mentales repercuten en el funcionamiento del sistema nervioso central afectando el comportamiento, emociones y procesos cognitivos como la memoria y la percepción además de afectar la salud física y la calidad de vida de quien padece alguna afección mental, así como la de sus familiares. En el país de todo el presupuesto destinado a la salud solo el 2 por ciento se invierte en salud mental siendo lo recomendado por la OMS de un 5 a un 10 por ciento, destinando de este porcentaje muy poco para la prevención y rehabilitación y destinando un mayor porcentaje a la parte de tratamiento y seguimiento de las secuelas que generan este tipo de patologías.⁽⁵⁾

Resiliencia y salud mental:

¿Qué es la resiliencia y cómo se define?

La resiliencia ha sido un tema que se ha tratado, incluso desde el siglo diecinueve, introduciéndose como término científico en este siglo, definiéndose como una palabra la cual se debe entender por **reponerse ante la adversidad**. Desde ese

entonces se implementó más como un término para determinar ciertas características que poseían ciertos materiales, así como dando la cualidad de confrontación al cambio que ejercían los materiales con cierta resistencia. Sin embargo, dadas las múltiples interpretaciones del término, puede ser usado desde la mecánica, hasta las ciencias sociales y la psicología, tomando parte importante dentro de las políticas de seguridad gubernamentales.

La *resiliencia* se define por la RAE como la capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos ⁽⁶⁾, sin embargo, en nuestro entorno nos enfrentaremos a diversos significados de la palabra dependiendo el contexto en el cual se utilice. En el caso de la psicología y psiquiatría entendemos a la *resiliencia* como la habilidad o capacidad personal de sobreponerse a momentos críticos y adaptarse al exponerse a ciertas situaciones. La resiliencia se describe como la capacidad de afrontar situaciones difíciles, que por lo general fluctúa a lo largo de la vida y, a menudo, está interrelacionada con algunas condiciones psicológicas, las cuales se van forjando a lo largo de la vida del individuo con base en las experiencias de vida por las que cursa y los aprendizajes que se obtienen de ellas. ⁽⁷⁾

La resiliencia es una capacidad dinámica, que tiene el potencial de mejorar el bienestar de los médicos y de favorecer la calidad de la atención.

La resiliencia se puede definir como la "variabilidad del rendimiento diario que proporciona las adaptaciones necesarias para producir buenos resultados, tanto cuando las condiciones son favorables como cuando no lo son", en este caso hacemos referencia a la resiliencia de tipo organizacional. Simplemente señalaríamos que el desempeño humano es peor si las personas están cansadas, hambrientas, estresadas, tristes o son víctimas o incluso testigos de rudeza o coacción. El estado mental también influye en la forma en que las personas afrontan las consecuencias del error. Necesitan estar seguros para sentirse seguros y trabajar dentro de un sistema en el que las personas son castigadas por "errores" no crea una buena atmósfera de trabajo.

Lograr mayores niveles de resiliencia individual, grupal e institucional es un desafío que incluye a todos los miembros de la fuerza laboral en salud y a las instituciones que los cobijan. Así aumentará la calidad de la atención al mismo tiempo que se reducirán los errores médicos, el estrés y el burnout causado por la carga asistencial, deterioro en las relaciones laborales, los registros electrónicos e institucionales o la infraestructura deficiente, así como perfeccionismo, autocrítica, deficiente regulación emocional o presencia de problemática personal.

Es bien conocido que las afecciones somáticas y enfermedades crónicas, así como el vivir en continuo estrés pueden anteceder algún desorden psiquiátrico, sin embargo, se ha observado que muchos individuos sometidos a eventos estresantes no han desarrollado desordenes psiquiátricos debido a los factores de resiliencia como la inmunidad mental y otros recursos emocionales, preservado así la salud mental ante situaciones adversas⁽⁸⁾.

Se han estudiado varios factores y experiencias que pueden exacerbar los desórdenes mentales como la depresión, y entre estos se encuentran las experiencias de fracaso, que vividas en la adolescencia pueden incrementar la presencia de depresión en la vida adulta. Específicamente en la rama médica los errores en cuanto a tratamiento o en salvaguardar la vida de un paciente recaen en sentimientos de vergüenza, depresión e incluso ansiedad y repercuten en la ocurrencia de errores futuros.

Factores de la resiliencia

La relación de la resiliencia y sus elementos se demuestran en la figura 1, dónde el ser humano cuenta con factores de riesgo y protección. De estos dos tipos de factores depende una resiliencia alta o una baja. Los factores de riesgo son aquellas características individuales del sujeto que lo predisponen a la ocurrencia de un comportamiento desfavorable, como lo son la vulnerabilidad, incompetencia, malestar y además se ven disminuidas las capacidades de afrontamiento, inteligencia emocional y el locus de control. Los factores de protección son

caracteres individuales que disminuyen la ocurrencia de una conducta desviada. Los factores de protección son los encargados de aumentar la capacidad de resiliencia de un sujeto, no significando esto que un individuo sea invulnerable a los problemas, sino, que sepa superarlos, aprender de ellos y finalmente sacar beneficios del aprendizaje. ⁽⁹⁾.

Para prevenir este tipo de situaciones es importante tener en cuenta que existe la resiliencia basada en enfoque la cual tiene la característica de resalta ciertas habilidades que los individuos pueden desarrollar para mantener la salud mental, como son:

- ✓ apoyo social
- ✓ diferentes tipos de personalidad
- ✓ alta autoestima
- ✓ percepción perfeccionista social

Factores que también pueden ser utilizados para implementar intervenciones para fortalecer la resiliencia⁽¹⁰⁾. La creencia de control, o la de sentido de dominio, ha sido reconocido como un indicador de resiliencia, y las personas pueden demostrar mejores habilidades para manejar situaciones inesperadas y adversidades relacionadas si poseen mayores controles de sí mismos. ⁽⁷⁾

Así es como también mucha de la investigación en este tema se centra por completo en los factores que pueden mermar la resiliencia en muchos sentidos para un ser humano, importando así también el ambiente laboral en el cual se desarrolla y tiene convivencia social.

Por mucho tiempo se ha tratado de alcanzar las metas para conseguir la seguridad y salud ocupacional, sobre todo en los ambientes laborales donde los trabajadores están sometidos a estrés mental y laboral, generando en ellos grandes daños a la salud mental, dado al ambiente dentro y fuera de los lugares de trabajo aun sin conseguir alcanzar buenos resultados en cuanto a este tipo de seguridad, es por ello que uno de los objetivos es crear políticas que apoyen al trabajo en equipo⁽¹¹⁾.

Tipos de resiliencia:

Se pueden identificar tres tipos de resiliencia

- a) la **resiliencia individual** estudiando a la persona en específico sin tomar en cuenta el entorno familiar
- b) la **resiliencia familiar** la cual se enfoca en el funcionamiento interno de la familia y la influencia de sus integrantes en los problemas que se van presentando, cómo las afrontan salen a delante, y
- c) la **resiliencia comunitaria**, que se enfoca en la relación de los integrantes de una sociedad, que están en contacto diario y conforman una identidad y forma de ser a nivel social. Esta definición de resiliencia se alinea bien con un marco en torno al cual se puedan desarrollar respuestas políticas a los determinantes más amplios para construir resiliencia a nivel individual y comunitario⁽¹²⁾. Entonces la resiliencia comunitaria, por lo tanto, a menudo se asocia con la búsqueda de múltiples resiliencias dentro de una comunidad perseguida por redes de partes interesadas muy diversas, algunas de las cuales pueden contradecir directamente y socavar los esfuerzos de otros grupos de la comunidad para lograr la máxima resiliencia.

Se identificaron la resiliencia personal y el apoyo social y organizacional. en la literatura como factores vitales que protegen contra la adversidad y el estrés en las enfermeras, permitiéndoles mantener su bienestar mental y salud psicológica. En el contexto de la pandemia de COVID-19, la resiliencia personal puede ayudar a las enfermeras soportar con eficacia el estrés causado por la pandemia. Estudios disponibles identificaron el papel protector de la resiliencia personal en las enfermeras durante desastres y brotes de enfermedades, lo que sugiere que el fortalecimiento de los niveles de resistencia y capacidad de afrontamiento de las enfermeras pueden ayudarlas a manejar y lidiar con situaciones estresantes de manera efectiva. Mayores niveles de resiliencia personal, apoyo organizacional y apoyo social en las enfermeras se asociaron con niveles reducidos de ansiedad relacionados con COVID-19. ⁽¹³⁾

Una visión limitada de la seguridad psicológica del trabajador, sin la debida consideración por la angustia emocional más amplia creada por la pandemia, podría tener el efecto de restringir la resiliencia organizacional y afectar negativamente la seguridad del paciente y la retención del personal durante y más allá de la pandemia ⁽¹⁴⁾. Este artículo utiliza el marco de resiliencia organizacional para discutir el impacto potencial de un enfoque estoico para el apoyo de los trabajadores de la salud en la seguridad del paciente y la retención del personal.

Resiliencia y la pandemia de COVID 19

La pandemia de COVID 19 representa un gran reto para los equipos de respuesta ante ella. La salud mental de los médicos representa una crisis de salud pública circunspecta y generalizada antes del COVID-19. Ahora ante situaciones como falta de equipo de protección personal y sin evidencia de tratamiento, ¿Dónde deja esta situación la situación mental del personal de salud?

Desde hace un tiempo, la resiliencia se ha tomado como parte importante ante las situaciones adversas y/o catástrofes en la humanidad las cuales, ya que estos pueden ser la clave del éxito o el fracaso. En este caso la resiliencia es lo que permite sobrevivir o prosperar, así como convertir los cambios en oportunidades⁽¹¹⁾.

Antes de la pandemia, los médicos podían buscar consuelo del peso psicológico de su profesión en la vida familiar y social. Actualmente, el estrés se extiende más allá del ámbito de las instalaciones sanitarias. Los médicos que se preocupan por infectar a sus familias y contaminar sus hogares pueden optar por aislarse a sí mismos o enfrentar la culpa de infectar potencialmente a un miembro de la familia.

Lamentablemente, está claro que muchas de estas enfermeras y profesionales de la salud no solo luchan contra el virus, también están luchando contra las crisis con suministros de protección limitados, poniendo sus propias vidas en riesgo al frente de la pandemia por COVID 19.

Los numerosos estudios que se llevan a cabo sobre la resiliencia en los sistemas de salud se enfocan en eventos agudos, es decir, si son de aparición repentina y trascendente en la naturaleza como ocurre con brotes de enfermedades, como la Pandemia de la COVID 19, en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China, o la Influenza H1N1 en 2009 aquí en la Ciudad de México, así como también los desastres naturales y las crisis económicas, inseguridad y reformas políticas. Enfocados en los sistemas de salud, estos cambios se describen como:

- crónicos si persisten y
- recurrentes cuando suceden a lo largo del tiempo

En un estudio realizado en Wuhan, China, en el personal de primera línea de defensa ante la COVID 19, se encontró que tanto las mujeres enfermeras como el personal de salud son particularmente vulnerables a padecer ansiedad o depresión, insomnio y angustia bajo las condiciones de trabajo que ha generado la pandemia, Apoyar el bienestar mental y la resiliencia de la atención médica de primera línea trabajadores es imperativo para asegurar la recuperación global de la pandemia de COVID-19.

La principal preocupación es proteger el bienestar físico de los médicos, seguida de las necesidades psicológicas y finalmente abordar y apoyando a las comunidades y familias de médicos. Así como la resiliencia personal afecta el desempeño laboral, la salud y el bienestar general de las enfermeras, es vital mejorar este recurso personal a través de medidas organizativas proactivas ⁽¹³⁾.

El apoyo psicológico debe estar disponible en una variedad de métodos para que el médico tenga la libertad de elegir un enfoque que funcione mejor. deben incluirse en planes de apoyo emocional individualizados, ya que la atención psicológica no es única para todos, dando oportunidad a otras opciones como lo son la telemedicina, foros en línea, citas con psicólogos y psiquiatras, otorgar la posibilidad de formar grupos de apoyo, otorgar materiales de lectura para manejo de factores estresantes. Por ello es importante proporcionar recursos para mantener la salud

mental y la resiliencia. El bienestar médico debe ser una de nuestras más altas prioridades, como salud pública y la salud de ellos mismos. ⁽¹⁵⁾

Es aquí donde tiene aparición **la resiliencia organizacional**, que se enfoca en las capacidades que puede desarrollar una agrupación para sobrellevar las situaciones adversas que se presenten en un grupo, implementada en un principio en los negocios y posteriormente adaptada al cuidado de la salud⁽¹⁶⁾.

La resiliencia es construida por múltiples características, en las que se incluye la preparación efectiva, la mitigación de riesgos, el fortalecimiento y las transformaciones, así como la confianza social y económica lo cual es de ayuda para mejorar la capacidad de resiliencia ante la presencia de desastres, como lo demostró un estudio realizado en Italia ante la presencia de un desastre de tipo climático⁽¹⁷⁾.

Los desastres son eventos que abruman capacidades locales, que continuamente producen pérdidas humanas, lesiones y daños a las comunidades afectadas.

Dado que es probable que las amenazas y desastres climáticos aumenten en las próximas décadas, es vital fortalecer la capacidad de las sociedades para resistir estas perturbaciones y recuperarse rápidamente siempre y cuando se cuente con un fuerte apoyo social recibido después de un desastre el cual se asocia con una mayor resiliencia psicológica, mientras que también el género femenino está relacionado con una disminución en la probabilidad de un resultado resiliente siendo entonces indicadores de resiliencia el apoyo social de conocidos y familiares aumenta la capacidad de resiliencia así como el género, específicamente el femenino asociado a mayor riesgo de peor resiliencia psicológica después de presenciar desastres⁽¹⁸⁾.

Una amplia investigación en salud mental de desastres, ha establecido que la angustia emocional es omnipresente en las poblaciones afectadas, un hallazgo seguro que hizo eco en las poblaciones afectadas por la pandemia de Covid-19. Algunos grupos pueden ser más vulnerables que otros a los efectos psicosociales de las pandemias. las personas que contraen la enfermedad, las que tienen un

mayor riesgo de contraerla y personas con padecimientos médicos de base o psiquiátricos como uso de sustancias, están en mayor riesgo de tener resultados psicológicos adversos.

El personal dedicado a la atención médica también es vulnerable a presentar angustia emocional en la pandemia actual, dadas las condiciones de riesgo de exposición al virus, preocupación por infectar y cuidar a sus seres queridos, escasez de equipo de protección personal (PPE), más horas de trabajo y participación en la asignación de recursos emocional y éticamente cargada toma de decisiones.⁽¹⁹⁾

El trauma emocional que soportan los médicos se está intensificando a medida que son testigos de grandes volúmenes de muerte, incluida la infección y el deterioro de sus compañeros de trabajo.

La capacidad de resiliencia esperada durante la presencia de esta pandemia de Covid 19 por SARs Cov2, al menos en Hong Kong, China ha sido mejor de lo esperado puesto que en aquel país ya se tenía experiencia en casos como este, cuando en 2003 acaeció un brote de SARS, desde ese entonces en todo el territorio y también en las costumbres de la sociedad se adaptaron medidas higiénicas que permitían disminuir los contagios y que lejos de no implementarse, hicieron más llevadera la situación, motivo por el cual en esta pandemia las medidas adaptadas como sociedad han rendido frutos, sin embargo, las conductas de coraje y fortaleza así como la presentación crisis emocionales, ante la nueva pandemia se ven asociadas también a la vulnerabilidad social, económica y política que nos ponen en riesgo y por ello es necesario siempre tener preparado un apropiado soporte psicológico para el personal de batalla en primera línea, así como tratamiento y atención de la salud mental⁽²⁰⁾.

Durante el tiempo de la infección viral pandémica, la salud mental del personal de salud está en peligro y podrían quedarse sin energía y atención al concentrarse en el tratamiento y prevención de COVID-19, haciendo que sus pacientes sean más vulnerables.

Los trabajadores de la salud son conocidos por su resistencia y resistencia emocional en el lugar de trabajo, sin embargo, COVID-19 viene con un nuevo conjunto de estándares. La seguridad de cuidar a los pacientes se amplifica en el contexto de un virus con transmisión humano-humano y sin tratamiento específico que salve la vida.⁽¹⁵⁾

Estos profesionales que ayudan a los pacientes infectados por epidemias están en alto riesgo de trastorno por estrés postraumático. ⁽²¹⁾ La Organización Mundial de la Salud ha declarado que el brote de coronavirus 2019 (COVID-19) es una pandemia mundial y las preocupaciones de pánico generalizado y ansiedad creciente en los individuos bajo a la amenaza real o percibida del virus han aumentado. Nuestro estilo de vida y los patrones están cambiando drásticamente y el efecto de la pandemia de COVID-19 se está infiltrando en todos los aspectos de las rutinas diarias.

A diferencia de las infecciones como la gripe y otros agentes, la cobertura de los medios ha destacado a la COVID-19 como una amenaza única, que exagera aún más el pánico, estrés y la posibilidad de histeria.

Como se ha visto en diferentes estudios en el ámbito médico y de enfermería, la construcción de la resiliencia ante eventos adversos se logra mediante la siembra de valores y reforzamiento de habilidades interpersonales las cuales deben llevarse a la práctica laboral, por ello es importante que sea inculcado desde las escuelas de formación y haciendo de importancia el cuidado de ambas partes, el paciente y él mismo⁽²²⁾. La resiliencia ante desastres puede verse como otro gran plan para mejorar la vida de las personas.

Sin embargo, lamentablemente, en el proceso se pierde el enfoque en las personas y sus comunidades y la resiliencia se ha convertido en una de las ideas principales de nuestro tiempo para lidiar con la incertidumbre, el cambio y las diversas interrupciones⁽²³⁾. Entonces la resiliencia refleja y busca ofrecer una alternativa a la pérdida de los marcos modernos para poder adaptar a los trabajadores a las situaciones que se viven actualmente.

Algunas personas son psicológicamente más resistentes a la adversidad que otras, un tema de suma importancia durante los problemas emergentes de salud mental asociados con la pandemia de COVID-19, por esta razón en Estados Unidos se realizó un estudio para medir los niveles de resiliencia, en donde se encontró que esta respuesta estaba disminuida al contrario de como se pensaba, sin embargo, fue mayor en las personas que tenían salir, realizaban ejercicio, o si tenían mayor apoyo social o realizaban actividades que ayudaran a esto, como orar, dormir mejor, etc. Por lo que concluyeron que la resiliencia psicológica frente a la pandemia está relacionada a factores modificables⁽²⁴⁾.

Aunque la resiliencia tiene un fuerte impacto en la recuperación de la salud física, salud cognitiva y mental durante la pandemia de COVID-19, se ha observado que los individuos con una baja capacidad de resiliencia y con comorbilidades son más vulnerables. Las dolorosas experiencias de la pandemia de COVID-19 impulsarán al mundo para repensar el futuro, y la resiliencia debe jugar un papel esencial en la mejora de todas estas malas experiencias.

Es fundamental que se mejore la resiliencia en las comunidades y grupos especial para que con esta acción logremos una mejor adaptación a los desafíos actuales a los que se enfrenta en personal de salud, en este caso, como el evento agudo que estamos presenciando.

Aunque las investigaciones se han enfocado en esta área, aún queda muchos huecos por cubrir, por ello es necesario que se trabaje en cuanto al desarrollo de una fuerza laboral orientada a la resiliencia⁽²⁵⁾, enfocándonos en las estructuras organizacionales, la capacitación y, sobre todo, la educación de los integrantes de los equipos al frente de lucha.

La resiliencia puede incrementarse mejorando las estrategias de afrontamiento, incluido el uso de actividades de evaluación (como la capacidad para relajarse, el desempeño de actividades agradables o la libertad de elegir. El apoyo familiar, junto con la resiliencia y un alto crecimiento percibido, fue un factor protector para el agotamiento.

Dos estudios sugirieron que el tiempo libre alivia el estrés. Uno de estos estudios sugirió además que aliviar las tensiones a través del tiempo libre puede ayudar a mantener la resiliencia, debido al cambio de enfoque del trabajo. Es probable que la resiliencia de los profesionales de atención primaria se base en rasgos de alta autodeterminación, alta persistencia y baja evitación de daños. es necesario explorar el concepto de resiliencia entre los profesionales de la salud dentro del entorno de atención primaria.

La salud primaria se relaciona con situaciones comunitarias y no con entornos hospitalarios. Hay varias fuentes probables de desafíos para la resiliencia profesional en la atención primaria. Primero, pueden surgir de problemas clínicos difíciles o de conflictos con pacientes desafiantes, segundo lugar, pueden ser conferidos por problemas organizacionales exclusivos del lugar de trabajo, por ejemplo, la comunicación interna, los sistemas administrativos o las relaciones personales y tercero, la organización externa.

Las presiones pueden ser influyentes, el aumento en la calidad de los servicios ofrecidos, el desarrollo profesional continuo y la revalidación. Aunque algunas personas pueden sentirse abrumadas por estos desafíos, otras pueden no solo mantener una perspectiva positiva, sino también prosperar en sus roles⁽²⁶⁾.

La expectativa tácita es que los profesionales de la salud de todas las profesiones deben asumir tres roles. La primera es la de asumir la función clínica o a la que se dedica, sea la que sea.

El segundo es no solo mantener y mejorar la seguridad del paciente en su propio trabajo, sino también intervenir según sea necesario en los sistemas organizativos en los que trabajan. El tercero es buscar oportunidades para mejorar la calidad y asegurarse de que se produzcan cambios positivos⁽²⁷⁾.

Los hallazgos actuales en investigación sobre el tema subrayan la importancia de la angustia psicológica y la resiliencia en los trabajadores que están sirviendo a otros a pesar de su bienestar psicológico y físico. Haciendo evidente la necesidad de

desarrollar e implementar programas de capacitación en resiliencia en las instituciones.

Los resultados de un estudio realizado en trabajadores de rescate dan información a los investigadores, los formuladores de políticas y los profesionales de la salud mental para promover los factores de resiliencia, así como explorar otros factores para acumular el bienestar psicológico en los trabajadores de rescate⁽²⁸⁾.

Este tipo de evidencia ha llevado a la ciencia a realizar múltiples estudios en los cuales la resiliencia es el punto de partida como se ha demostrado en un estudio en un grupo de trabajadores de un corporativo seguidos en un estudio de cohorte, donde se demostró que una capacidad de resiliencia predecía menores niveles de estrés y mejor salud mental obteniendo como resultado que una alta resiliencia se asoció positivamente con el bienestar y negativamente con el estrés percibido. Estos hallazgos sugieren que una mayor resiliencia en el entorno laboral se asocia con una mejor salud mental, menor estrés y mayor bienestar⁽²⁹⁾.

En resumen, los pacientes infectados, las personas no infectadas en cuarentena y los profesionales médicos que trabajan en casos de pandemia, todas las áreas requieren estrategias de apoyo a la salud mental y epidemiológica. Los estudios de posibles secuelas psiquiátricas a largo plazo en tales grupos son esenciales en estos tiempos, por lo que la pesada carga psicológica puede resultar en un riesgo excesivo para la salud ⁽²¹⁾.

Comenzamos así hablando acerca de lo que implica la resiliencia médica, como hemos mencionado la resiliencia es tener la capacidad de adaptarse y manejar el estrés y la adversidad, en este entendido se crea el termino de **resiliencia médica**, término que se ha adoptado en los últimos 20 años y el cual se define como la sinergia entre ciertas características personales, como la autovaloración, flexibilidad cognitiva y relacional, las habilidades de organización, asertividad y humor así como la disponibilidad de recurso profesionales y organizacionales siendo algunos de estos el apoyo administrativo, la capacidad de trabajo en equipo y la disponibilidad de insumos.

Sugiriendo entonces que las estrategias que se planeen asociadas a la resiliencia establecen la diferencia entre personal médico que experimente estrés y burnout, por la exposición continua a estrés en el contexto clínicos, por ello es que se han investigado distintas maneras de cómo aumentar la resiliencia en el equipo médico y de atención a la salud.

Se deben realizar esfuerzos para permitir que los médicos busquen ayuda si la necesitan sin estigma ni repercusiones. El apoyo psicológico debe estar disponible en una variedad de métodos para que el médico tenga la libertad de elegir un enfoque que funcione mejor. Se debe hacer hincapié en los planes de apoyo emocional individualizados, ya que la atención psicológica no es única para todos. Esto incluye el uso de telemedicina, videollamadas o foros en línea para concertar citas con psicólogos y psiquiatras. Deben estar disponibles grupos de apoyo y materiales de lectura relacionados con el manejo de factores estresantes continuos. Mantener la resiliencia mental de los trabajadores de primera línea implica ofrecer soluciones que les permitan desempeñar sus funciones. Se deben proporcionar recursos y educación sobre salud mental a los médicos que están experimentando condiciones de trabajo traumatizantes y niveles de estrés sin precedentes. Si bien las acciones para preservar la salud psicológica y emocional de los médicos deben comenzar ahora, este personal de salud necesitará recursos a largo plazo para recuperarse por completo de esta experiencia. El bienestar del médico debe ser una de nuestras más altas prioridades, ya que la salud pública y la vitalidad son de ellos.

Se estudió el método *mindfulness o atención plena en una práctica estandarizada tradiciones contemplativas*, que consiste en regresar una y otra vez a un continuo estado de atención en ese momento, estando completamente consciente de cómo se está y qué se está haciendo en ese momento y se acompaña de una baja tendencia a la reactividad emocional.

En los últimos años el enfoque de estudio de esta técnica se centrado en los pacientes y el autocuidado del personal médico y trata de modificar el modo cómo esta población percibe y experimenta lo que está viviendo trayendo así múltiples beneficios, tales como:

- ❖ satisfacción del paciente
- ❖ habilidades en la comunicación
- ❖ disminución del estrés y fenómeno de burnout
- ❖ mejora el razonamiento clínico, la toma de decisiones y prevención de errores: la ansiedad o la prisa ante situaciones clínicas complejas puede favorecer sesgos cognitivos, pérdida de información relevante y una conducta evitativa.
- ❖ Genera mayor empatía y compasión
- ❖ Y mejora las relaciones laborales y conexión institucional

Ejemplificando estas situaciones y cómo funciona la técnica del mindfulness, se anexa una tabla en la cual se describen como apoya a enfrentarlas⁽³⁰⁾ (ver figura 2). Así como se anexa un gráfico de en qué consiste el proceso ⁽³⁰⁾ (ver figura 3).

Comenzaremos entonces enunciando otras actividades que pueden ayudar en el enriquecimiento de la resiliencia y la mejora de la salud mental del personal de salud que cursa esta pandemia.

Se encontró un estudio realizado en España a estudiantes universitarios, en quienes se observó que cuantas más personas realicen una actividad física adecuada, mayor será su capacidad de recuperación y manejo emocional, y menores índices de angustia psicológica.

Por lo que la práctica regular de actividad física se considera un hábito saludable y un factor de protección contra enfermedades y conductas de riesgo nocivas, apartando múltiples beneficios como mejorar la autoestima e imagen corporal, disminuyendo el estrés y la tensión nerviosa, mejorando el equilibrio motor y favoreciendo la autoestima.

Se observaron correlaciones positivas y directas con respecto a la resiliencia y comprensión, y la regulación emocional, además de asociaciones negativas con respecto a la angustia psicológica considerando la actividad física como una terapia no farmacológica ⁽³¹⁾.

Una actividad física es considerada por la OMS, para paciente mayores de 18 años y menores de 64, un mínimo de 150 minutos por semana de actividad física moderada.

De hecho, todas las formas de apoyo psicológico deben implementarse de manera rutinaria no solo para considerar la resiliencia psicológica sino también para mejorar la inmunidad psiconeurologica contra COVID-19.

En este entendido, se ha visto que las intervenciones de resiliencia basadas en una combinación de terapia cognitivo conductual y técnicas de atención plena (mindfulness) parecen tener un impacto positivo en la resiliencia individual ⁽³²⁾.

La terapia cognitivo conductual (TCC), es un modelo que se emplea para trabajar ayudando al paciente a modificar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras de características más adaptativas que le puedan ayudar a confrontar sus problemas.

Dentro de los múltiples procedimientos se insista a reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos, trabajar la ansiedad, culpa y autoestima, desarrollando pericias asertivas, modificar ideas irracionales echando mano de la reestructuración cognitiva ⁽³³⁾.

Esta intervención resulta una herramienta muy eficiente en el enriquecimiento de la resiliencia y en sí del personal médico o de salud que se encuentre pasando por una situación similar, y que resulta conveniente en todo sentido y sobre todo enriquecedor para quien recibe la terapia.

Pero... ¿qué pasa a nivel neurológico?

El papel decisivo de la valoración cognitiva en el proceso de resiliencia se entiende como su papel moderador para mitigar los efectos negativos de las experiencias adversas sobre la adaptación. Existe una gran variación en la respuesta humana a las experiencias adversas. Una función adaptativa positiva puede ser modulada por la evaluación cognitiva y la gravedad, lo inesperado (interrupción de la maquinaria

predictiva en el modelo interno generativo del cerebro) y el grado subjetivo de la percepción física del dolor (es decir, el dolor físico como una respuesta a una estrategia de regulación de las emociones) de experiencias adversas que variarían los mecanismos cerebrales desde el control cognitivo de arriba hacia abajo (p. ej., dirigido a objetivos) y el procesamiento impulsado por estímulos de abajo hacia arriba. Se propone que una red frontal cerebral interrumpida da como resultado una flexibilidad cognitiva deteriorada, lo que lleva a resultados conductuales desadaptativos. El control cognitivo de arriba hacia abajo modula la función cognitiva y la regulación emocional de un individuo. Esto ayuda a desviar la atención de la percepción del dolor físico inducida por los eventos adversos percibidos a través de la flexibilidad cognitiva. Sin embargo, si esta red se interrumpe, afecta la eficiencia cambiante, lo que da como resultado un mal funcionamiento de la flexibilidad cognitiva. Esto conduce a individuos con un estrés excesivo en el circuito de percepción del dolor físico, sin modulación cognitiva de arriba hacia abajo.⁽³⁴⁾

Varios estudios revelan que ciertas regiones del cerebro se involucran en la percepción de eventos adversos, así como a la ansiedad, como lo son la corteza prefrontal medial, la corteza del cíngulo, la amígdala y el hipocampo ⁽³⁴⁾.

La resiliencia se basa en factores genéticos, moleculares, neurales, pero principalmente factores ambientales, por lo que hay que tener en cuenta la importancia de nuestras experiencias en su desarrollo ⁽³⁵⁾.

Los circuitos cerebrales frontales sirven al control de la cognición y la emoción, conectando la experiencia del dolor físico. Esto sugiere una superposición sustancial entre estos fenómenos.

Los estudios empíricos de imágenes cerebrales apoyan esta idea. En primer lugar, abordamos los cambios relacionados con la edad en los mecanismos cerebrales implicados en la regulación de la respuesta al estrés, como el eje hipotálamo hipófisis glándula adrenal, provocando la síntesis de ACTH.

Sintetizando glucocorticoesteroides esenciales para la adaptación al estrés provocando que bajo un estímulo continuo y con el paso del tiempo haya una atrofia

en las neuronas del hipocampo, las cuales se ven involucradas en la presentación de enfermedades psiquiátricas y con este involucramiento también disminuye la capacidad de memoria y aprendizaje además de disminuir la retroalimentación del eje hipotálamo hipófisis adrenal implicando otros neurotransmisores como la serotonina y el GABA, el cual se ha visto que disminuye con la edad. Entonces a evidencia sugiere que un estilo de vida saludable tiene un papel crucial para promover un cerebro resistente durante el envejecimiento, así como una mejor regulación del eje HHA, o cambios en la neurotransmisión GABAérgica que son algunos de los mecanismos cerebrales implicados en la resiliencia ⁽³⁶⁾.

Varios estudios revelan que ciertas regiones del cerebro se involucran en la percepción de eventos adversos, así como a la ansiedad, como lo son la corteza prefrontal medial, la corteza del cíngulo, la amígdala y el hipocampo ⁽³⁷⁾. Esto se caracteriza además por el control cognitivo y regulación emocional además de los procesos de percepción del dolor físico que son las rutas duales que subyacen a la resiliencia humana.

Gracias al control de todos estos mecanismos en el cerebro, es como los seres humanos podemos lidiar con los eventos adversos que se nos presentan y con ello generarnos una adecuada capacidad de resiliencia y adaptación.

Y con relación a la infección por COVID 19 Un artículo reciente informó que la infección por COVID-19 desencadena la liberación de citocinas proinflamatorias, que incluyen la interleucina IL-1b e IL-6. Además, el estrés psicosocial impuesto por los cambios sociales en respuesta a esta epidemia y la infección viral pueden aumentar los problemas psiquiátricos. Más del 50% de los pacientes infectados por SARS y MERS experimentaron angustia psicológica.

Aunque el impacto psicológico de COVID-19 sigue sin estar claro, los pacientes infectados pueden experimentar ansiedad, depresión, culpa e ira. Por tanto, los problemas emocionales reducen la inmunidad y comprometer la recuperación de los pacientes. ⁽²¹⁾

Instrumentos para medir la capacidad de resiliencia en la población:

Existen muchos y muy variados instrumentos que nos pueden apoyar con este fin, como lo son la escala de resiliencia mexicana (RESI-M) desarrollada en 2010 por Palomar Lever & Gómez Valdez, forjado a partir de dos escalas de resiliencia americanas para población urbana, dicho instrumento desarrolla una adecuación de esas escalas para población mexicana y busca medir de manera multidimensional algunos de los factores que permiten a la persona afrontar y superar los problemas que se presentan diariamente ⁽³⁸⁾, es un cuestionario tipo Licker de 43 ítems con respuestas que van de 1 a 4 puntos de totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo, conformado por las subescalas de fortaleza y confianza en sí mismo (ítems 1-19, $\alpha = 0.93$), competencia social (ítems 20-27, $\alpha = 0.87$), apoyo familiar (ítems 28-33, $\alpha = 0.87$), apoyo social (ítems 34-38, $\alpha = 0.84$) y estructura (ítems 39-43, $\alpha = 0.79$).

La escala presenta una consistencia total α de Cronbach de 0.93, que explica 43.60% de la varianza ⁽³⁹⁾.

Otra escala que nos ayuda a medir la capacidad de resiliencia en las personas es la escala de Wagnild y Young, elaborada en 1988 y revisada por estos autores en 1993. Se compone de 23 ítem es una escala tipo Likert de 7 puntos, calificando entre 25 y 175 puntos, los puntajes más altos indican mayor resiliencia. Se divide en dos factores, I competencia personal valorado por 17 ítems, y II aceptación de uno mismo y de la vida valorada por 8 ítems.

La prueba piloto tuvo una confiabilidad calculada por consistencia interna con alfa de Cronbach de 0.89 ⁽⁴⁰⁾.

Incluso existe una versión de 14 ítems adaptada de ésta que valora los dos factores The 14-Item Resilience Scale (RS-14)-Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítem de Wagnild, basada en la Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítems (Wagnild & Young, 1993), El autor (Wagnild) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta

resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; y 30-14=Muy baja. Con un valor de alfa de 0.79 a 0.87^(9,41).

2. JUSTIFICACIÓN:

La salud mental en México es un tema en el cual poco se ha trabajado en cuanto cuidado y política de salud, por lo que en consecuencia las últimas estadísticas mencionan que alrededor de 450 0 500 millones de personas presentaron algún trastorno mental en 2016, a nivel mundial. En nuestro país, cerca de un 30 por ciento de la población es afectada por trastornos mentales, y 1 de cada 4 personas presentará algún padecimiento de este tipo a lo largo de su vida, afectando en consecuencia. Estas estadísticas son de suma importancia ya que actualmente 1 de cada 5 personas afectadas reciben tratamiento. Debemos recordar la afección por trastornos en la salud mental afecta el funcionamiento del sistema nervioso y en consecuencia el comportamiento, emociones y procesos cognitivos como la memoria y la percepción, además de afectar la salud física y la calidad de vida de quien los padece.

Por esta razón la resiliencia juega un papel importante en el mantenimiento de la salud mental de los individuos y de los trabajadores asociados al cuidado de la salud, ya que en diversos estudios realizados en grupos de personas expuestos a eventos adversos en su vida como son desastres naturales o surgimientos de enfermedades infectocontagiosas, como la pandemia de la COVID 19, ha evidenciado que esta capacidad se encuentra disminuida y por ende con resultados negativos hacia su salud mental y consecuente afección a su persona así como se ha demostrado su efecto a nivel de sistema nervioso interfiriendo en su capacidad de memoria, aprendizaje y regulación emocional, trayendo con esto trastornos de la salud mental como la ansiedad y depresión. Evento que de no contemplarse y atacarse a tiempo puede contribuir al incremento de las estadísticas en cuanto a la prevalencia de trastornos de la salud mental en el personal de salud de primera línea contra la COVID 19.

Por lo anterior es que se considera importante determinar la capacidad de resiliencia que tiene el personal de salud para evitar daños a la salud mental y mejorarla con

ayuda de técnicas psicológicas que apoyan en el enriquecimiento de la resiliencia individual y que por consiguiente mejoran la resiliencia de tipo comunitario.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La resiliencia es considerada como la capacidad que tienen los individuos de anteponerse a la presencia de eventos adversos de cualquier tipo en su vida, permitiendo con esto mantener una salud mental adecuada durante su vida. En 2020, presenciamos la venida de una pandemia por la COVID 19, lo cual ha generado afecciones a la salud mental del personal de salud que se encuentra al frente de lucha y afectando indirectamente esta capacidad humana de resiliencia, actualmente en la Unidad de Medicina Familiar No. 21 no se cuenta con un estudio que involucre la capacidad de resiliencia del personal ante la pandemia de COVID 19, es por lo anterior que el presente estudio planea describir esta capacidad , con fin de encontrar una posible medida para fortalecer la salud mental de sus trabajadores.

a. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Cuál es la capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19 en el personal de la unidad de medicina familiar número 21?

4. OBJETIVOS:

A. General:

Determinar la capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19 en el personal de la unidad de medicina familiar número 21.

B. Específicos:

1. Determinar la predominancia por sexo, edad, área de trabajo y turno laboral.
2. Identificar si tienen antecedente heredo familiar de ansiedad o depresión.
3. Identificar si tienen antecedentes heredo familiares de ansiedad o depresión y/o si se conocen con diagnóstico de ansiedad y depresión.
4. Identificar si se conocen con diagnóstico de ansiedad y depresión.

5. HIPÓTESIS:

H1: La capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19, será baja en el personal de la unidad de medicina familiar no. 21

H0: La capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19, no será baja en el personal de la unidad de medicina familiar no .21.

6. MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo y características del estudio:

Se realizará un estudio transversal, descriptivo en el personal de la UMF 21

Lugar de estudio: En las instalaciones de la unidad de medicina familiar No. 21 “Francisco del paso y Troncoso”.

Población de estudio: Se estudiará solo a los trabajadores de todos los turnos categorías que laboran en la UMF 21.

Muestreo y análisis de datos:

Cálculo del tamaño de la muestra:

Se utilizará la fórmula para poblaciones finitas, en este caso para una población de 400 trabajadores en la UMF 21, cifra obtenida del departamento de personal de la misma unidad.

Cálculo de la muestra:

Para población FINITA (cuando se conoce el total de unidades de observación que la integran):

$$n = \frac{NZ^2 pq}{d^2 (N-1) + Z^2 pq}$$

Donde:

Z= confianza 95% = 1.96

d= desviación estándar = 5%= 0.05

N= número total de trabajadores = 400

p = proporción aproximada del fenómeno en estudio en la población de referencia 50% = 0.5

q = proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1 -p). = (1-0.5) q= 0.5

Entonces:

$$n = 400(1.96)^2 (0.5 \times 0.5) / 0.05^2 (400-1) + (1.96^2 \times [0.5 \times 0.5])$$

$$n = 384.16 / 1.9579 = 196.21 \text{ que redondeado da un total de}$$

n= **196**

Criterios de selección:

- Criterios de Inclusión: Trabajadores que cumplan con las siguientes características
 - a. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar #21
 - b. Paciente mayor de 18 años
 - c. Participantes de ambos sexos
 - d. Aceptar ser parte del estudio
 - e. Hoja de consentimiento firmada
 - f. De cualquier turnicidad
- Criterios de exclusión:

- a. Padecer alguna discapacidad mental
- Criterios de eliminación:
 - a. Encuestas que se encuentren incompletas o mal rellenas.
 - b. Encuestas que hayan sido respondidas con asesoría de un compañero u otro personal de salud.
 - c. Cuestionarios que hayan sido respondidos con la ayuda de medios electrónicos (celulares, tabletas o computadoras)

8. METODOLOGÍA:

Se buscará bibliografía en diversos buscadores médicos para la elaboración del marco teórico, se realizará la metodología y se procederá a enviar para obtener folio y registro por el Comité Local de Investigación. Se utilizará la Escala de Walding y Young para resiliencia, en su versión de 14 ítems adaptada de ésta, que valora los dos factores The 14-Item Resilience Scale (RS-14)-Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítem de Wagnild (2009c), basada en la Resilience Scale (RS-25)-Escala de Resiliencia (ER) de 25 ítems (Wagnild & Young, 1993), El autor (Wagnild) de la escala original plantea los siguientes niveles de resiliencia, entre 98-82=Muy alta resiliencia; 81-64=Alta resiliencia; 63-49=Normal; 48-31=Baja; y 30-14=Muy baja. Con un valor de alfa de 0.79 a 0.87. (8, 35) Además, esta escala correlaciona negativamente con depresión y ansiedad. El rango de puntuación podrá ser de un máximo de 77 puntos para el Factor I: Competencia personal y de 21 para el Factor II: Aceptación de uno mismo y de la vida. La puntuación total del test podrá variar en un mínimo de 14, hasta un máximo de 98. El instrumento a utilizar plantea la calificación de acuerdo a los siguientes niveles:

Escala de calificación RS-14

Clasificación RS-14

98-82 R.	Muy alta
81-64 R.	Alta
63-49 R.	Normal
48-31 R.	Baja
30-14 R.	Muy baja

Una vez aceptado por el comité se procederá a explicarle al personal de salud de que trata el estudio y se solicitará su autorización y firma del consentimiento informado. Se les aplicará el instrumento y posteriormente se les otorgará un tríptico con información general de la resiliencia y se aclararán dudas y preguntas, dándoles a conocer su resultado. Se procederá a elaborar la base de datos, redacción de resultados y conclusiones.

Análisis estadístico:

Para el procedimiento estadístico se creará una base de datos en el programa Microsoft Excel, así como el análisis de los datos, realizando comparaciones entre los niveles de capacidad de resiliencia y datos cuantitativos sexo, área de trabajo, edad y turno en el que labora, todos ante la situación actual de la pandemia por la COVID 19, con la prueba estadística T de Student, considerando como diferencia estadística cuando el valor de $p < 0.05$.

Variables de trabajo:

- Capacidad de resiliencia
- Antecedentes familiares de ansiedad o depresión
- Diagnóstico de ansiedad y/o depresión

Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo

Variables laborales

- Turno laboral (turnicidad)
- Área de trabajo: asistencial o administrativo

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS						
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE		INDICADOR	
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Se obtendrá a través de la encuesta autoaplicada.	Cuantitativa	Discreta	Número entero de años.	
Sexo	Condición orgánica que distingue a los individuos hombres o mujeres	Se obtendrá a través de la encuesta auto aplicada	Cualitativa	Nominal Dicotómica	1. Masculino 2. Femenino	
VARIABLES DE ESTUDIO						
Turnicidad	Jornada en las cuales desarrolla su actividad laboral	Acorde a lo que el paciente conteste en la escala auto aplicable	Cualitativa	nominal	1. Matutino 2. Vespertino 3. Jornada acumulada	
Área de trabajo	servicio en que realiza su labor: administrativo o asistencial	Acorde a lo que el paciente conteste en la escala auto aplicable	Cualitativa	Nominal	Área de trabajo: 1) asistencial 2) administrativo	
Capacidad de resiliencia	Es la respuesta que tiene el ser humano de	Se obtendrá de la sumatoria de puntaje de los	Cualitativa	Ordinal	1. muy baja, 2. baja, 3. normal,	

	anteponerse a situaciones adversas que se le presentan.	a 14 ítems acorde a lo que conteste el participante			4. alta 5. muy alta.
Antecedentes heredo familiares de ansiedad o depresión	Son los que pueden mostrar las características de ciertas enfermedades en una familia (de acuerdo a la consanguinidad), sobre ansiedad o depresión	Se obtendrá de la respuesta en el cuestionario aplicado de escala de resiliencia de Walding de 14 items (2009C)	Cualitativa	nominal	1. SI 2. NO 3. No Sé
Antecedente de padecer ansiedad o depresión	Tener diagnóstico de una enfermedad ansiedad o depresión	Se obtendrá de la respuesta en el cuestionario aplicado de escala de resiliencia de Walding de 14 items (2009C)	Cualitativa	nominal	1. SI 2. NO

Control de sesgos:

El presente estudio se prevendrá de los sesgos:

Control de sesgos de información: los encuestados no tendrán conocimiento de la hipótesis de investigación, el instrumento aplicado se encuentra adecuadamente estructurado y es claro para realizar obtener respuestas fidedignas, se realizará de forma directa para aclarar términos médicos incluidos en la escala de Walding (2009C).

Para evitar los errores en la clasificación se utilizará un instrumento validado el cual será autoaplicable con un tiempo máximo de 15 minutos para cada participante, en caso de recibir ayuda por terceros, contestar más de 1 respuesta en cada ítem o que las respuestas no sean legibles o sean ambiguas se procederá a eliminar dicha encuesta, de igual manera los pacientes no podrán pedir que se les lea la encuesta, nunca tendrán conocimiento de la hipótesis del estudio, de esta manera no se podrá influenciar en sus posibles respuestas, en ningún momento se motivará a contestar de alguna forma en particular.

Control de Sesgos de selección: se tomarán en cuenta las variables descritas de sexo, edad, turno y área de trabajo, identificando que los participantes se encuentren aptos para la aplicación del instrumento y que cumplan tanto con los criterios de inclusión como de exclusión.

Control de sesgos de medición: Se utilizará la escala de capacidad de resiliencia modificada de 14 ítems de Walding (2009C) la cual cuenta con un valor de alfa de 0.79 a 0.87, agregando al instrumento transcrito el llenado de ciertos datos como edad, sexo, turno y área de trabajo. Se mantendrán tal cual las 14 premisas utilizadas para calcular la capacidad de resiliencia en la estaca de capacidad de resiliencia modificada de 14 ítems de Walding (2009C), dicha escala serpa aplicada por el médico investigador de forma objetiva.

Control de sesgos de recolección: la técnica de recolección se realizará por medio de aplicación directa y personal de la escala de capacidad de resiliencia modificada de 14 ítems de Walding (2009C), obteniendo el total de la sumatoria de los ítems contestados en ese momento y con base en los puntajes referidos para ésta.

Control de sesgos de análisis: se utilizará el sistema operativo Office 2010 para realizar la base de datos en Excel, una vez vaciados los datos obtenidos de la recolección de encuestas realizadas, se procederá a realizar el análisis se utilizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para definir la distribución de los datos, se tomará un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Las variables con distribución normal serán presentadas con media y desviación estándar y las

variables con libre distribución con mediana y rango intercuartilar 25-75%. Las variables cualitativas serán presentadas mediante frecuencia en número y porcentaje.

ASPECTOS ÉTICOS:

Se considera este estudio, de acuerdo al reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud vigente desde el 2007, con base en el segundo título, artículo 17 como investigación de riesgo mínimo ya que este estudio emplea técnicas y métodos de investigación documental por riesgo de datos a través de procedimientos comunes de pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta de los individuos que participan en el estudio. Además de cumplir en lo estipulado por la ley general de salud en los artículos 98 en la cual estipula la supervisión del comité de ética para la realización de la investigación y se cumplen con las bases del artículo 100, en materia de seguridad. De acuerdo a los Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación, 1979, del centro de conferencias Belmont, se considera el otorgamiento de un consentimiento informado voluntario para ser partícipes de la investigación de acuerdo a los principios de voluntariedad, comprensión y divulgación los cuales han quedado completamente estipulados en dicho documento médico legal. En cuanto al código de Nureberg este protocolo de investigación, así como los investigadores involucrados se apegan a las pautas I, II, IV, VI y IX, respetando siempre la autonomía del paciente El investigador se apegará la pauta 12 de la confidencialidad de la declaración de Helsinki al tomar medidas para proteger la confidencialidad de dichos datos, omitiendo información que pudiese revelar la identidad de las personas, limitando el acceso a los datos, o por otros medios. En la pauta 8 la investigación en que participan seres humanos se relaciona con el respeto por la dignidad de cada participante, así como el respeto

por las comunidades y la protección de los derechos y bienestar de los participantes. Se consideran también sus enmiendas año 2002 sobre no utilización de placebos y los lineamientos de la OMS en las guías de consideraciones éticas para poblaciones CIOMS.

Recursos humanos y físicos, financiamiento y factibilidad.

Los procedimientos de la investigación serán realizados por el investigador debidamente identificado, quien se encuentra calificado y es competente desde el punto de vista clínico. La responsabilidad del presente estudio yace en el investigador.

Recursos humanos:

- Trabajadores que acepten participar en el estudio.
- El investigador
- Asesores metodológicos.

Recursos Materiales:

- Bolígrafos
- Fotocopias de la escala The 14-Item Resilience Scale (RS-14)-Escala de Resiliencia (ER-14) de 14 ítem de Wagnild (2009c).
- Computadora portátil
- Papelería de oficina.
- Software de computadoras Windows 10 y Paquetería de Office
- Paquete estadístico SPSS

Recursos financieros:

- Instalaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social

- Financiamiento a cargo del propio investigador.

Factibilidad

Actualmente no existen inconvenientes para realizar el presente estudio, se cuenta con la población de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 “Francisco del Paso y Troncoso” Reubicada en el Hospital General de Zona No. 30 “Iztacalco”, se tienen los medios necesarios para el análisis de sus resultados de la encuesta, los recursos financieros necesarios serán cubiertos por el investigador. El grupo investigador cuenta con la experiencia suficiente para llevar a cabo el presente estudio.

Conflicto de intereses:

El investigador declara que no existen conflictos de intereses.

RESULTADOS:

Redacción de plan de análisis estadístico.

Se utilizará el programa estadístico IBM SPSS V.23 para realizar los análisis estadísticos y la elaboración de figuras de este trabajo.

Se realizará la estadística descriptiva de las variables en estudio, para las variables cuantitativas (edad), se utilizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov para definir la distribución de los datos, se tomará un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Las variables con distribución normal serán presentadas con media y desviación estándar y las variables con libre distribución con mediana y rango intercuartilar 25-75%. Las variables cualitativas serán presentadas mediante frecuencia en número y porcentaje. Los estadísticos descriptivos de la población en estudio serán resumidos en la tabla 1.

En el análisis inferencial, se agruparán a los pacientes de acuerdo con la categorización de capacidad de resiliencia medida por el KS-14 en: Muy baja, baja, normal, alta y muy alta resiliencia, en caso de que algún grupo tenga menos de 3 observaciones, se unirá con el grupo inmediato previo o posterior según sea el caso. A las variables cuantitativas (edad), se les aplicarán pruebas de normalidad por grupo y se utilizará la prueba de Kolmogorov-Smirnov o de Shapiro-Wilk según sea el caso para determinar la distribución de los datos, se tomará un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Las variables que resulten con distribución normal serán presentadas con media y desviación estándar y las variables con libre distribución con mediana y rango intercuartilar 25-75%. Las variables cuantitativas serán comparadas mediante análisis de varianza de un factor (ANOVA) o con la prueba de Kruskal-Wallis, según la distribución de los datos y se tomará un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo. Las variables cualitativas serán presentadas en frecuencia con número y porcentaje. Se utilizará la prueba de chi cuadrada de tendencia lineal para comparar la frecuencia de las variables

cualitativas nominales entre los grupos según la capacidad de resiliencia obtenida por el RS-14 y se considerará un p valor menor a 0.05 como estadísticamente significativo.

Tabla 1. Características de la población.

Variable	n= 236
Edad	33.5 (29 – 39)
Sexo	
<i>Femenino</i>	148 (62.7%)
<i>Masculino</i>	88 (37.3%)
Turnicidad	
<i>Matutino</i>	142 (60.2%)
<i>Vespertino</i>	64 (27.1%)
<i>Jornada acumulada</i>	30 (12.7%)
Área de trabajo	
<i>Asistencial</i>	186 (78.8%)
<i>Administrativo</i>	50 (21.2%)
Antecedente heredofamiliar de ansiedad o depresión.	

RESULTADOS.

Análisis descriptivo.

Se analizaron los datos de 236 trabajadores de la Unidad de Medicina Familiar número 21. Se encontró que la mediana de edad de los trabajadores fue de 33.5 años, con rangos de 29 a 39 años, de los cuales 148 (62.7%) eran mujeres y 88 (37.3%) eran hombres. Al evaluar turnicidad, se encontró que 142 (60.2%) de los trabajadores pertenecían al turno matutino, 64 (27.1%) al turno vespertino y 30 (12.7%) a la jornada acumulada. El 78.8% de los trabajadores pertenecieron al área asistencial y el 21.2% al área administrativa. Al cuestionar sobre antecedentes heredofamiliares de ansiedad o depresión, se encontró que el 32.2% si tenía antecedentes, el 56.8% no los tenía y el 11% no sabía y respecto al diagnóstico de ansiedad o depresión en los trabajadores encuestados, se encontró que 49 (19.5%) presentaban el diagnóstico de ansiedad o depresión y 190 (80.5%) no (Tabla 1).

Se midió la capacidad de resiliencia a través del instrumento RS-14, en el que se pudo categorizar al 0.8% de los trabajadores como con resiliencia muy baja, el 2.1% resiliencia baja, el 7.2% como normal, el 35.6% como con resiliencia alta y el 54.2% como con resiliencia muy alta (Tabla 1).

Si

No 76 (32.2%)

No sabe 134 (56.8%)

26 (11%)

**Diagnóstico de
ansiedad o depresión.**

Si 46 (19.5%)

No 190 (80.5%)

**Capacidad de
resiliencia**

Muy baja 2 (0.8%)

Baja 5 (2.1%)

Normal 17 (7.2%)

Alta 84 (35.6%)

Muy alta 128 (54.2%)

**Se muestra mediana y rango
intercuartilar 25-75% y frecuencia en
número y porcentaje.**

Tabla 2. Comparación de variables en la población agrupada según el tipo de resiliencia.

Variable	Muy baja y baja (n= 7)	Normal (n= 17)	Alta (n= 84)	Muy alta (n= 128)	p valor
Edad	38 (30 – 49)	34 (27 – 40.5)	33 (28.5 – 38)	34 (29 – 38.5)	0.381 ^{K-W}
Sexo					
<i>Femenino</i>	4 (57.1%)	14 (82.4%)	57 (67.9%)	73 (57%)	0.079 ^{Xil}
<i>Masculino</i>	3 (42.9%)	3 (17.6%)	27 (32.1%)	27 (32.1%)	
Turnicidad					
<i>Matutino</i>	6 (85.7%)	11 (64.7%)	48 (57.1%)	77 (60.2%)	
<i>Vespertino</i>	1 (14.3%)	6 (35.3%)	21 (25%)	36 (28.1%)	0.391 ^{Xil}
<i>Jornada acumulada</i>	0 (0%)	0 (0%)	15 (17.9%)	15 (11.7%)	
Área de trabajo					
<i>Asistencial</i>	7 (100%)	14 (82.4%)	63 (75%)	102 (79.7%)	0.604 ^{Xil}

Administrativo	0 (0%)	3 (17.6%)	21 (25%)	26 (20.3%)	
Antecedente heredofamiliar de ansiedad o depresión.					
Si	3 (42.9%)	7 (41.2%)	28 (33.3%)	38 (29.7%)	
No	3 (42.9%)	8 (47.1%)	42 (50%)	81 (63.3%)	0.939 ^{Xii}
No sabe	1 (14.3%)	2 (11.8%)	14 (16.7%)	9 (7%)	
Diagnóstico de ansiedad o depresión.					
Si	3 (42.9%)	5 (29.4%)	17 (20.2%)	21 (16.4%)	0.052 ^{Xii}
No	4 (57.1%)	12 (70.6%)	67 (79.8%)	107 (83.6%)	

Se muestra mediana y rango intercuartilar 25-75%. ^{K-W} Prueba de Kruskal-Wallis, ^{Xii} Prueba de chi cuadrada de tendencia lineal, *Significancia estadística (p<0.05).

Análisis inferencial.

Se agruparon a los trabajadores de la UMF 21 según el tipo de resiliencia medida por el RS-14. Se obtuvieron 2 pacientes en la categoría muy baja y 5 en la categoría baja y se agruparon en un solo grupo ($n= 7$) para poder realizar inferencia estadística y comparar con los grupos de otros tipos de resiliencia: Normal ($n= 17$), alta ($n= 84$) y muy alta ($n= 128$) (Tabla 2).

La mediana de edad para los trabajadores de la UMF 21 en el grupo de resiliencia muy baja y baja fue de 38 (30 – 49) años, en el grupo de resiliencia normal fue de 34 (27 – 40.5) años, en el grupo de resiliencia alta fue de 33 (28.5 – 38) y en el grupo de resiliencia muy alta, fue de 34 (29 – 38.5) años ($p= 0.381$) (Tabla 2 y figura 4). En cuanto al sexo de los trabajadores, en el grupo de muy baja y baja resiliencia se encontró que el 57.1% eran mujeres y 42.9% eran hombres, en el grupo de resiliencia normal el 82.4% eran mujeres y el 17.6% hombres, en el grupo de resiliencia alta se encontró que el 67.9% eran mujeres y el 32.1% hombres y en el grupo de resiliencia muy alta, se encontró una frecuencia de 73 (57%) y 55 (43%) de hombres y mujeres respectivamente ($p= 0.079$) (Tabla 2 y figura 5).

Se hizo el conteo de la turnicidad de los trabajadores, encontrando que en el grupo de muy baja y baja resiliencia, el 85.7% pertenecía al turno matutino, el 14.3% al turno vespertino y 0% en la jornada acumulada, mientras que, los trabajadores con resiliencia normal, el 64.7% pertenecía al turno matutino, el 35.3% al turno vespertino y 0% a la jornada acumulada, en cuanto a los trabajadores con resiliencia alta, el 57.1% era del turno matutino, el 25% al turno vespertino y 17.9% a la jornada acumulada, finalmente, los trabajadores categorizados con resiliencia muy alta, el 60.2% era del turno matutino, mientras que, el 28.1% pertenecía al turno vespertino y el 11.7% a la jornada acumulada ($p= 0.391$) (Tabla 2 y figura 6). En cuanto al área de trabajo, se encontró que el 100% de los trabajadores con resiliencia baja y muy baja, pertenecían al área asistencial, mientras que, en el grupo de resiliencia normal, se encontró que el 82.4% pertenecía al área asistencial y el 17.6% al área

administrativa, en la capacidad de resiliencia alta, el 75% pertenecía al área asistencial y el 25% al área administrativa y los trabajadores con capacidad de resiliencia muy alta el 79.7% pertenecían al área asistencial y el 20.3% al área administrativa ($p= 0.604$) (Tabla 2 y figura 7).

Se investigó el antecedente heredofamiliar de ansiedad o depresión y se encontró que en el grupo de muy baja y baja resiliencia el 42.9% si tenía antecedentes, el mismo porcentaje de personas no los tenía y el 14.3% no sabía si los tenía, en cuanto al grupo de capacidad de resiliencia normal el 41.2% tenía antecedentes heredofamiliares, el 47.1% no tenía y el 11.8% no sabía, mientras que, en el grupo de alta resiliencia, el 33.3% tenía antecedentes heredofamiliares de ansiedad o depresión, el 50% no tenía y el 16.7% no sabía y en el grupo de muy alta resiliencia el 29.7% tenía antecedentes heredofamiliares, el 63.3% no tenía y el 7% no sabía ($p= 0.939$) (Tabla 2 y figura 8). En cuanto al diagnóstico de ansiedad o depresión en el personal de la UMF 21, se encontró en el grupo de muy baja y baja resiliencia que el 42.9% tenía diagnóstico de ansiedad o depresión y el 57.1% no, en cuanto al grupo con resiliencia normal, el 29.4% tenía diagnóstico de ansiedad o depresión y el 7.6% no, mientras que, en el grupo de alta resiliencia el 20.2% de los trabajadores tenía diagnóstico de ansiedad o depresión y el 79.8% no y en el grupo de muy alta resiliencia el 16.4% de los trabajadores tenía diagnóstico de ansiedad o depresión y el 83.6% no tenía ($p= 0.052$) (Tabla 2 y figura 9).

FIGURAS.

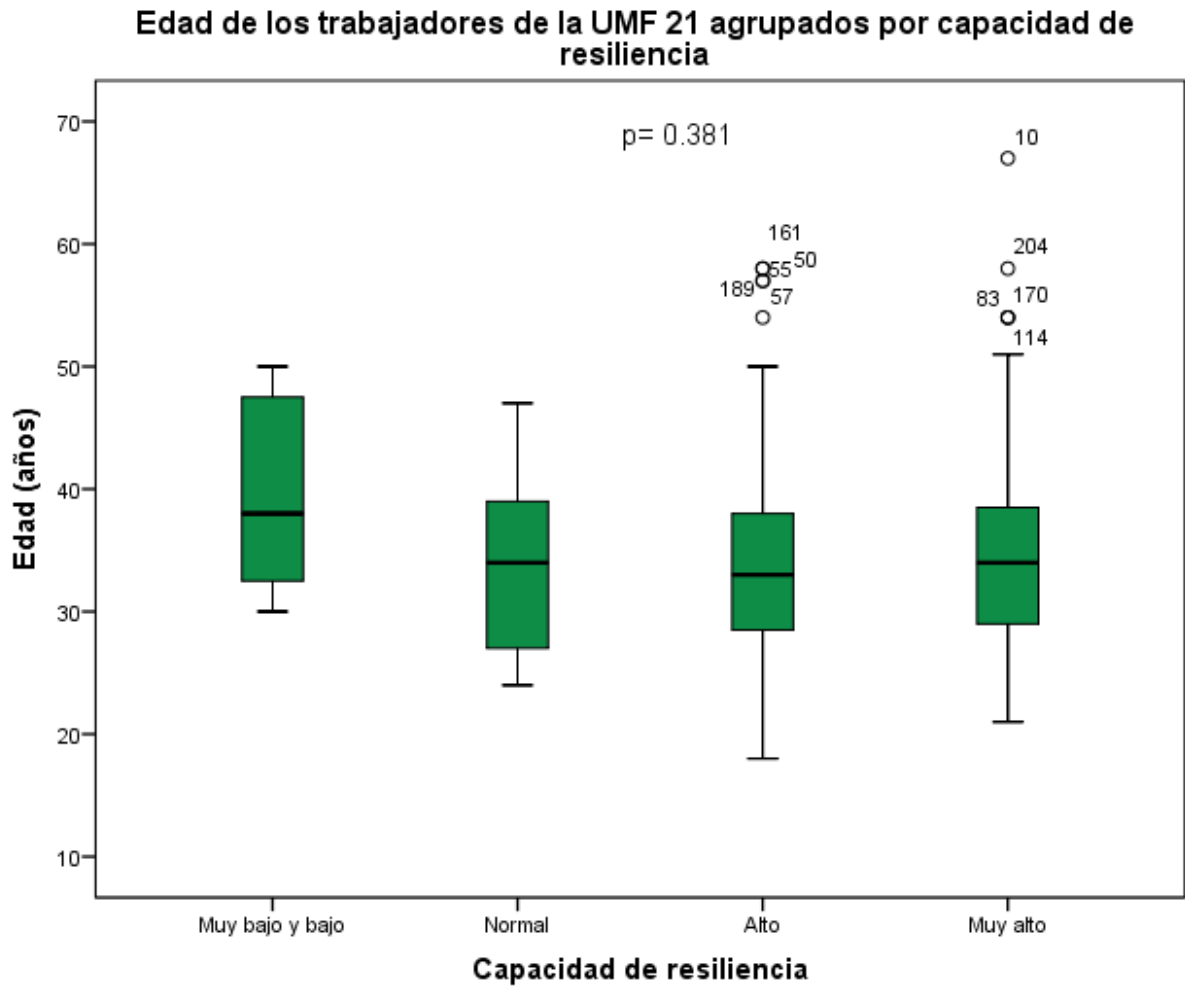


Fig. 4. Gráfico de cajas de la edad de los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

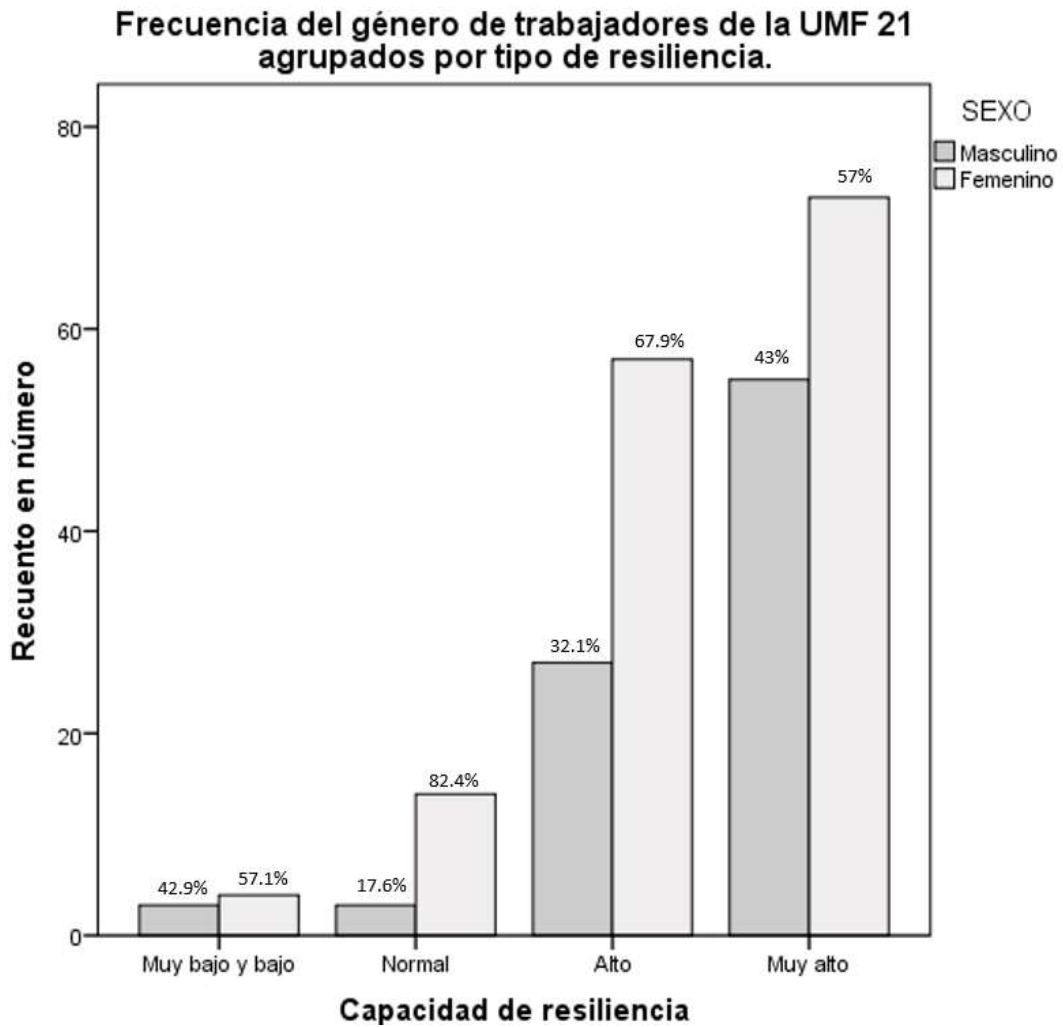


Fig. 5. Gráfico de barras agrupadas del género de los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

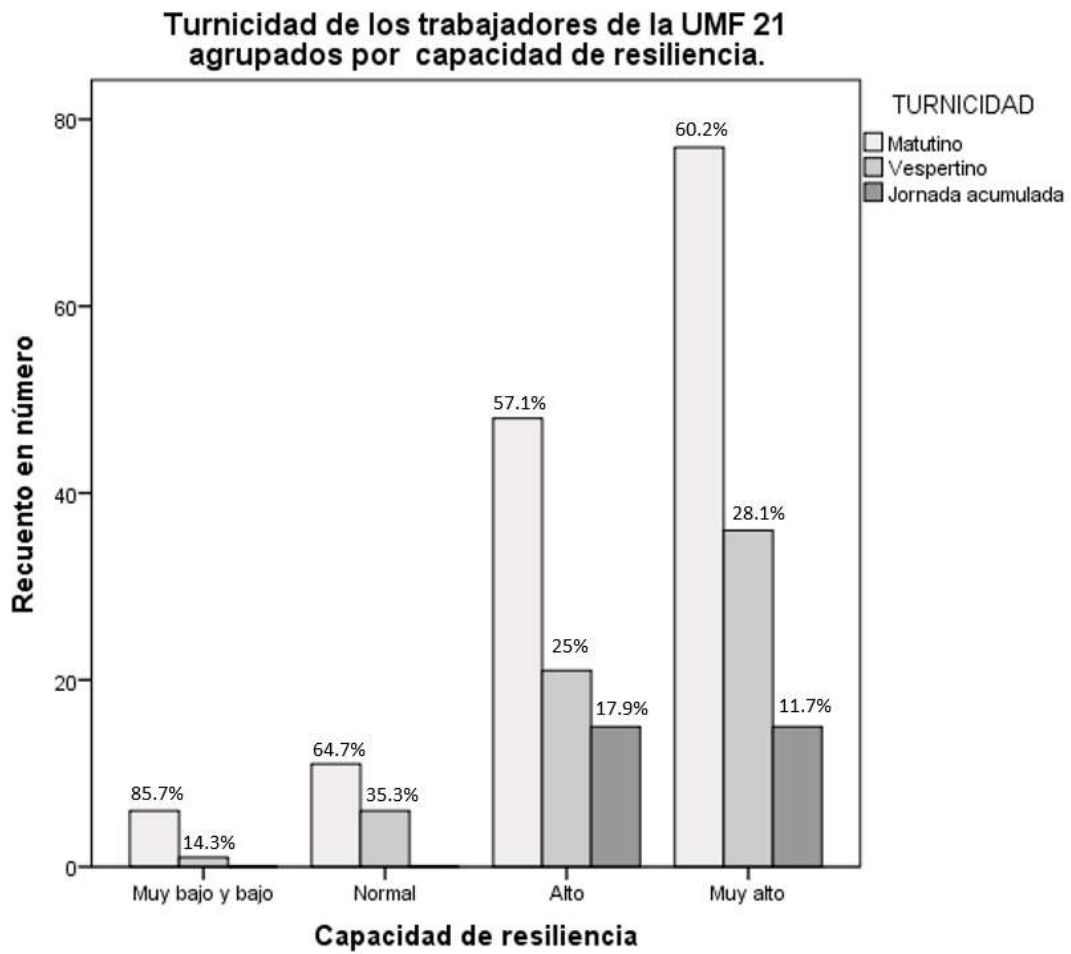


Fig. 6. Gráfico de barras agrupadas por turnicidad de los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

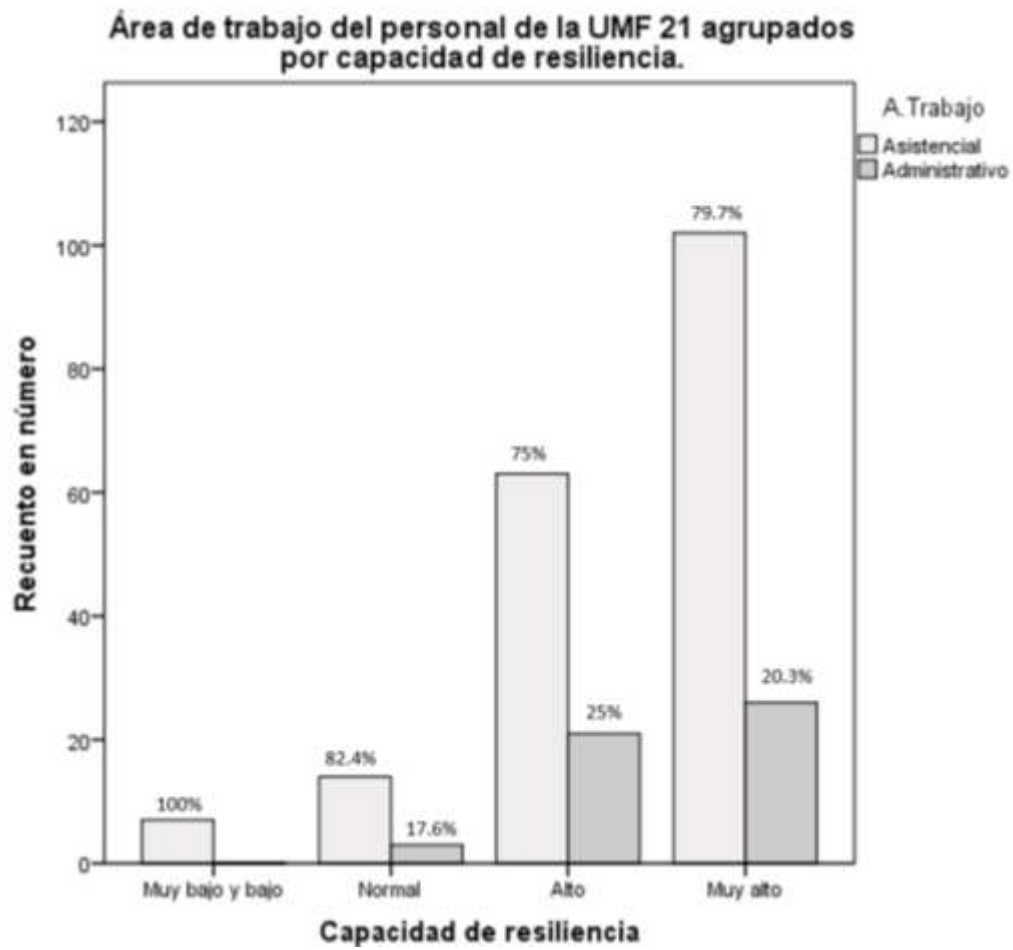


Fig. 7. Gráfico de barras agrupadas por área de trabajo de los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

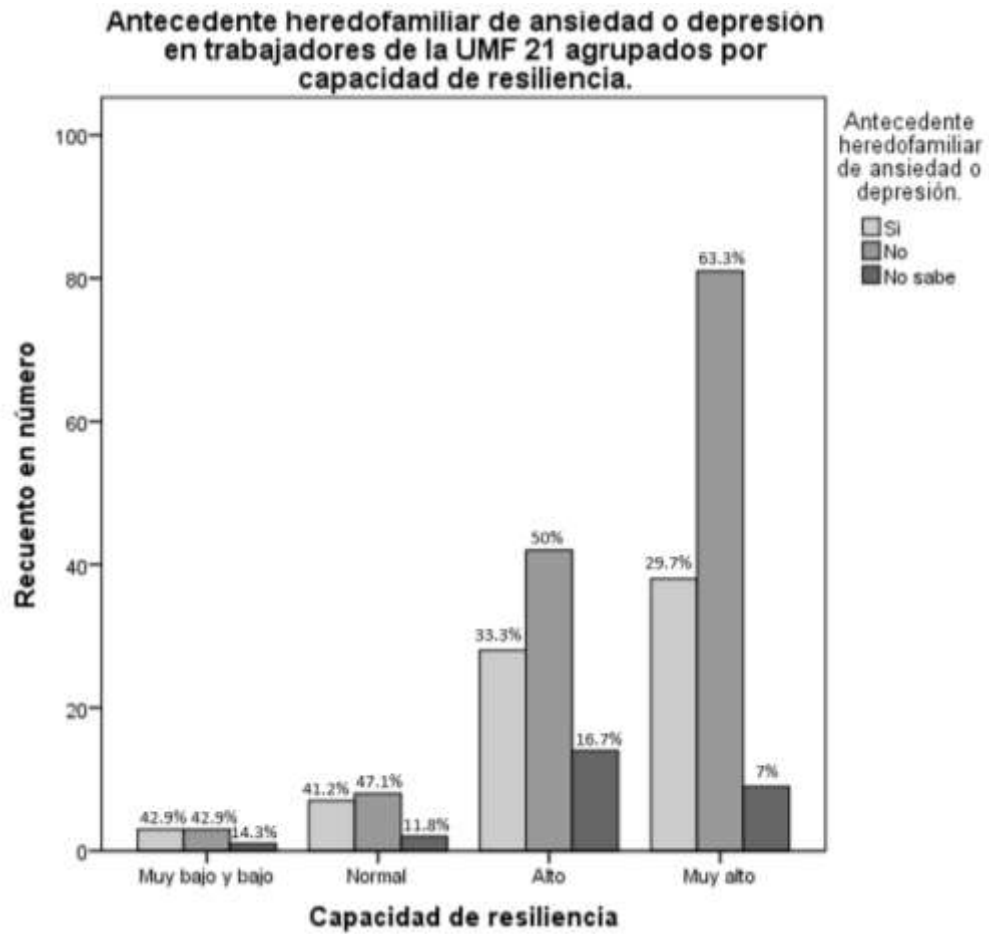


Fig. 8. Gráfico de barras agrupadas por antecedente heredofamiliar de ansiedad o depresión en los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

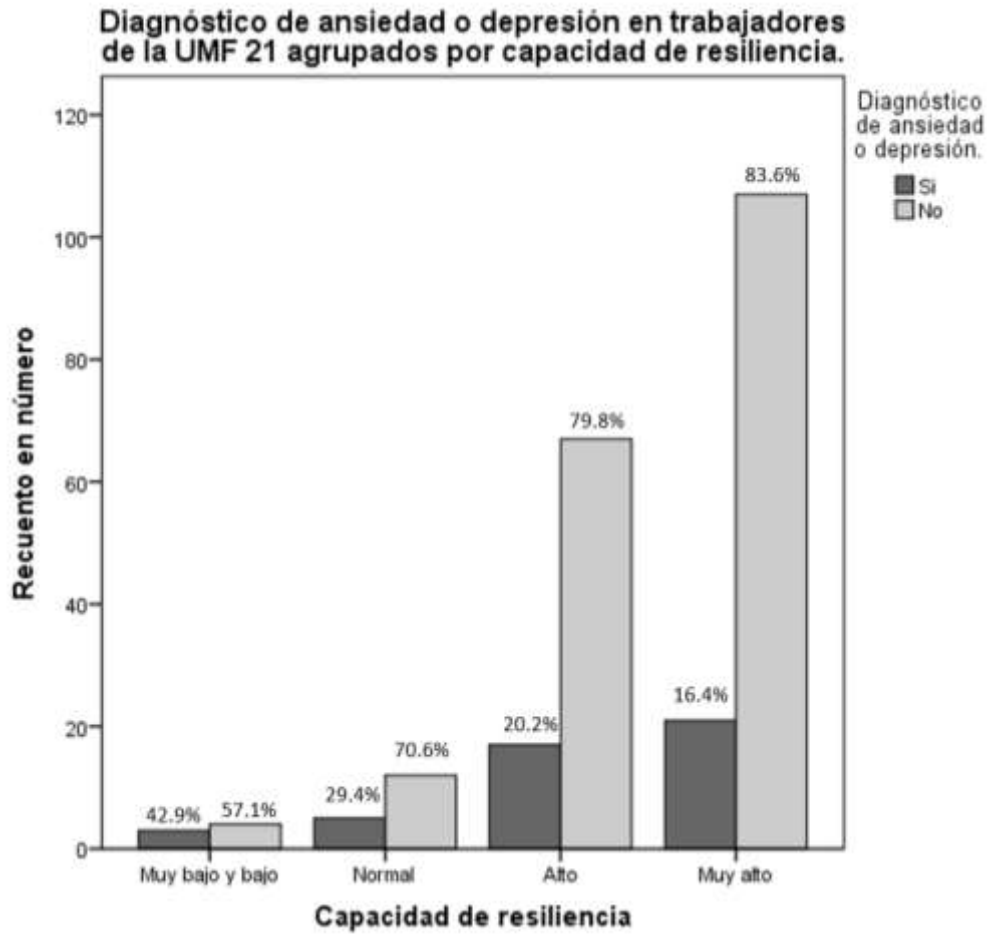


Fig. 9. Gráfico de barras agrupadas por diagnóstico de ansiedad o depresión en los trabajadores de la UMF 21 agrupados por el tipo de resiliencia medido por el RS-14.

DISCUSIÓN:

La resiliencia es la capacidad que tiene todo ser humano de anteponerse a las situaciones adversas que se presenten a lo largo de su vida, la pandemia de COVID 19 no fue la excepción y desencadenó alteraciones de la salud mental en muchos de los trabajadores del área de la salud en su punto más álgido, alrededor del mundo, primordialmente en trabajadores de segundo y tercer nivel. En este estudio en particular, pudimos observar varias características que se relacionan con una capacidad de resiliencia alta en la población trabajadora de la UMF 21, como lo fueron la predominancia del sexo femenino, y una media de edad de 33.5 años. En cuanto al área de trabajo, la parte gruesa de estos resultados se enfoca al personal asistencial, aquellos que tiene mayor contacto con los pacientes durante la jornada laboral, predominando el turno matutino. Estos resultados podemos empatarlos a lo observado en el estudio realizado en enfermeras de un hospital en Wuhan, China en diciembre de 2019, en el cual se reportó una alta capacidad de resiliencia en ellas y médicos, secundario a haber tenido una experiencia previa similar con la epidemia de SARs en 2003. En el caso de nuestro país, nos hemos enfrentado a grandes situaciones adversas como lo han sido el sismo de 1985, la epidemia de influenza en 2009 (situación similar a la que vivimos actualmente con la pandemia de COVID 19), o el sismo de 2017, lo cual genera experiencia en todo el personal pudiendo replicar este comportamiento en situaciones similares.

Los trabajadores de la salud son conocidos por su resistencia y resistencia emocional en el lugar de trabajo, sin embargo, COVID-19 viene con un nuevo conjunto de estándares. La seguridad de cuidar a los pacientes se amplifica en el contexto de un virus con transmisión humano-humano y sin tratamiento específico que salve la vida, lo cual fue observado con mayor frecuencia durante los primeros meses de inicio de la pandemia, y secundariamente en el segundo repunteamiento

de los casos de COVID 19, diciembre 2020, sin embargo, ya para febrero- marzo de 2021, observamos que la rigidez en cuanto a las medidas sanitarias comenzó a relajarse a razón de la disminución de los casos de paciente infectados, motivo por el cual las actividades en la ciudad y ciertos estados de país se comenzaron a realizar con mayor afluencia y normalidad, por lo que todos comenzamos a “normalizar” la situación por la que estamos pasando. La resiliencia refleja y busca ofrecer una alternativa a la pérdida de los marcos modernos para poder adaptar a los trabajadores a las situaciones que se viven actualmente. Algunas personas son psicológicamente más resistentes a la adversidad que otras, un tema de suma importancia durante los problemas emergentes de salud mental asociados con la pandemia de COVID-19, por esta razón en Estados Unidos se realizó un estudio para medir los niveles de resiliencia, en donde se encontró que esta respuesta estaba disminuida al contrario de como se pensaba, sin embargo, fue mayor en las personas que tenían salir, realizaban ejercicio, o si tenían mayor apoyo social o realizaban actividades que ayudaran a esto, como orar, dormir mejor, etc. Por lo que concluyeron que la resiliencia psicológica frente a la pandemia está relacionada a factores modificables, en este caso, la mayoría de los resultados obtenidos en este estudio con una capacidad de resiliencia muy alta abarco al mayor porcentaje del personal de la unidad conformado principalmente por médicos, entendiendo que son personas que durante la pandemia jamás cesaron su trabajo o actividades, siempre manteniéndose firmes ante la pandemia y la demanda de los pacientes, por lo cual podemos llegar a decir que los resultados mayormente arrojados en este estudio, reportados como una capacidad de resiliencia muy alta y alta se debió a lo antes mencionado, y en cuanto a antecedentes familiares o personales de padecer ansiedad o depresión, se encontró que la mayoría de los participantes con capacidad de resiliencia muy alta no tienen este tipo de antecedentes, lo cual concuerda con lo que se encuentra en la literatura de que una baja capacidad de resiliencia se asocia a estos factores.

CONCLUSIONES:

El principal objetivo del presente estudio pretendió describir la capacidad de resiliencia ante la pandemia de COVID 19 en trabajadores de la UMF 21. Ante este planteamiento los resultados fueron los siguientes:

1. Predominó el grado de resiliencia muy alto en un 54.2% de los trabajadores de la unidad
2. 78.8% trabajadores de la rama asistencial, 62.7 % fueron mujeres, de un 50 a 80% no cuentan con antecedentes de ansiedad o depresión y 60.2% pertenecen al turno matutino

Existe una muy alta capacidad de resiliencia en la mayoría de los trabajadores de la UMF 21, lo cual puede asociarse a que las actividades de los mismos nunca se vieron interrumpidas. Quizá los resultados encontrados en este estudio pueden estar asociados a la temporalidad de la pandemia en la cual se aplicó, entendiéndose por esto que actualmente los casos de COVID 19 han disminuido significativamente, así como la carga laboral en este aspecto en la unidad, así como la normalización de la situación.

SUGERENCIAS:

- ✓ Valorar las características individuales de cada persona
- ✓ Valorar si todos los individuos cuentan con los dos factores que califica la escala de resiliencia de Walding (2009C).
- ✓ Valorar si el grado de resiliencia se asocia a otros factores sociales como la escolaridad, el estado civil, la religión o factores individuales como realizar actividad física o padecimientos de otras enfermedades.
- ✓ En estudios futuros se podría realizar una búsqueda retrospectiva con preguntas en relación a la parte más álgida de la pandemia
- ✓ El seguir alenando en el área de trabajo actividades que mantengan una alta capacidad de resiliencia puede ser mucho más beneficioso tanto para la unidad como para los pacientes beneficiarios de los servicios que se ofrecen
- ✓ Alentar a los trabajadores mediante la implementación de la resiliencia organizacional para continuar con resultados positivos como los encontrados en este estudio

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

“CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN TRABAJADORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

NÚMERO 21”

FECHA/ ACTIVIDAD	DICIEMBRE 2020	ENERO 2021	FEBRERO 2021	MARZO 2021	ABRIL 2021	ABRIL 2021	MAYO 2021	MAYO 2021	MAYO 2021	MAYO 2021	JUNIO 2021	JUNIO 2021	JUNIO 2021
Redacción y corrección de proyecto de investigación.													
Revisión por asesor y correcciones													
Correcciones y envió a revisión al comité de investigación													
Recolección de muestreo y registro de resultados.													
Análisis de resultados													
Elaboración de reporte final													
Revisión por asesores de protocolo y reporte final													
Correcciones finales													
Reporte final													

Investigador: Ramírez Mondragón Norma Daniela¹

Asesor: Jorge Arturo Rodríguez López² Alejandra Palacios Hernández³

REALIZADO

POR REALIZAR



8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
2. Carrazana V. EL CONCEPTO DE SALUD MENTAL EN PSICOLOGÍA HUMANISTA-EXISTENCIAL. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. marzo de 2003;1(1):1-19.
3. Servicios de Investigación y Análisis - Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión [Internet]. [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/sedia/sia/dir_ps.htm
4. 07 Panorama Trastornos Mentales.pdf [Internet]. [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>
5. 7. Salud mental en México [Internet]. [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/index.php/notas/sociedad/91-7-salud-mental-en-mexico-n-2>
6. ASALE R-, RAE. resiliencia. Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/resiliencia>
7. Chen L-K. Older adults and COVID-19 pandemic: Resilience matters. Arch Gerontol Geriatr. 2020; 89:104124.
8. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. Clin Psychol Rev. julio de 2010;30(5):479-95.
9. Tapia FQ, Zhizhingo NPQ, Rodríguez DDCP, Pesantez AXC. Factores asociados a la capacidad de resiliencia de adolescentes seleccionados de la federación deportiva del Azuay, periodo 2016 – 2017. Rev Elec Psic Izt. 22 de marzo de 2018;20(3):353-66.
10. Johnson J, Panagioti M, Bass J, Ramsey L, Harrison R. Resilience to emotional distress in response to failure, error or mistakes: A systematic review. Clin Psychol Rev. marzo de 2017; 52:19-42.
11. Peçiłło M. The concept of resilience in OSH management: a review of approaches. Int J Occup Saf Ergon. 2016;22(2):291-300.
12. Hale M, Shah S, Clegg A. Frailty, inequality and resilience. Clin Med (Lond). mayo de 2019;19(3):219-23.

13. Labrague LJ, de los Santos J. COVID-19 anxiety among frontline nurses: predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag* [Internet]. 8 de agosto de 2020 [citado 18 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7436313/>
14. Rangachari P, L. Woods J. Preserving Organizational Resilience, Patient Safety, and Staff Retention during COVID-19 Requires a Holistic Consideration of the Psychological Safety of Healthcare Workers. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. junio de 2020 [citado 18 de abril de 2021];17(12). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7345925/>
15. Santarone K, McKenney M, Elkbuli A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *Am J Emerg Med*. julio de 2020;38(7):1530-1.
16. Barasa E, Mbau R, Gilson L. What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. *International Journal of Health Policy and Management*. 1 de junio de 2018;7(6):491-503.
17. Marzi S, Mysiak J, Essenfelder AH, Amadio M, Giove S, Fekete A. Constructing a comprehensive disaster resilience index: The case of Italy. *PLoS One*. 2019;14(9):e0221585.
18. Rodriguez Llanes JM, Vos F, Guha-Sapir D. Measuring psychological resilience to disasters: ¿are evidence-based indicators an achievable goal? *Environ Health*. 20 de diciembre de 2013; 12:115.
19. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *n engl j med*. 2020;3.
20. Smith GD, Ng F, Ho Cheung Li W. COVID-19: Emerging compassion, courage and resilience in the face of misinformation and adversity. *J Clin Nurs*. mayo de 2020;29(9-10):1425-8.
21. Kim S-W, Su K-P. Using psychoneuroimmunity against COVID-19. *Brain Behav Immun*. julio de 2020; 87:4-5.
22. Amsrud KE, Lyberg A, Severinsson E. Development of resilience in nursing students: A systematic qualitative review and thematic synthesis. *Nurse Educ Pract*. noviembre de 2019; 41:102621.
23. Ruszczuk HA. Ambivalence towards discourse of disaster resilience. *Disasters*. octubre de 2019;43(4):818-39.
24. Killgore WDS, Taylor EC, Cloonan SA, Dailey NS. Psychological resilience during the COVID-19 lockdown. *Psychiatry Res*. septiembre de 2020; 291:113216.

25. Madrigano J, Chandra A, Costigan T, Acosta JD. Beyond Disaster Preparedness: Building a Resilience-Oriented Workforce for the Future. *Int J Environ Res Public Health*. 13 de diciembre de 2017;14(12).
26. Robertson HD, Elliott AM, Burton C, Iversen L, Murchie P, Porteous T, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract*. junio de 2016;66(647):e423-433.
27. Smith AF, Plunkett E. People, systems and safety: resilience and excellence in healthcare practice. *Anaesthesia*. abril de 2019;74(4):508-17.
28. Yasien S, Abdul Nasir J, Shaheen T. Relationship between psychological distress and resilience in rescue workers. *Saudi Med J*. julio de 2016;37(7):778-82.
29. Kermott CA, Johnson RE, Sood R, Jenkins SM, Sood A. Is higher resilience predictive of lower stress and better mental health among corporate executives? *PLoS One*. 2019;14(6):e0218092.
30. Krogh E, Medeiros S, Bitran M, Langer Ál, Krogh E, Medeiros S, et al. Mindfulness y la relación clínica: pasos hacia una resiliencia en medicina. *Revista médica de Chile*. mayo de 2019;147(5):618-27.
31. San Román-Mata S, Puertas-Molero P, Ubago-Jiménez JL, González-Valero G. Benefits of Physical Activity and Its Associations with Resilience, Emotional Intelligence, and Psychological Distress in University Students from Southern Spain. *Int J Environ Res Public Health*. 22 de junio de 2020;17(12).
32. Joyce S, Shand F, Tighe J, Laurent SJ, Bryant RA, Harvey SB. Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*. 14 de junio de 2018;8(6):e017858.
33. Tamez Osollo AI, Rodríguez Alcalá JC. INTEGRACIÓN DE MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL Y TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES EN UN CASO DE FALTA DE ASERTIVIDAD Y BAJA AUTOESTIMA. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 21 de marzo de 2017 [citado 21 de febrero de 2021];20(1). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/58937>
34. Yao Z-F, Hsieh S. Neurocognitive Mechanism of Human Resilience: A Conceptual Framework and Empirical Review. *Int J Environ Res Public Health*. 15 de diciembre de 2019;16(24).
35. Rutten BPF, Hammels C, Geschwind N, Menne Lothmann C, Pishva E, Schruers K, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. *Acta Psychiatr Scand*. julio de 2013;128(1):3-20.

36. Sampedro-Piquero P, Alvarez-Suarez P, Begega A. Coping with Stress During Aging: The Importance of a Resilient Brain. *Curr Neuropharmacol*. 5 de marzo de 2018;16(3):284-96.
37. Baratta MV, Maier SF. New tools for understanding coping and resilience. *Neurosci Lett*. 6 de febrero de 2019;693:54-7.
38. Sanjuan-Meza XS, Landeros Olvera EA, Cossío Torres PE, Sanjuan Meza XS, Landeros-Olvera EA, Cossío Torres PE. Validez de una escala de resiliencia (RESI-M) en mujeres indígenas de México. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2018 [citado 21 de febrero de 2021];34(10). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2018001004001&lng=en&nrm=iso&tlng=es
39. Valadez DC. Propiedades Psicométricas De La Escala De Resiliencia Mexicana En Población Del Norte De México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2016;21(1):78-83.
40. Ipsias Instituto Psiquiatrico. 39013071 escala-de-resiliencia-de-wagnild-y-young [Internet]. Empresariales presentado en; 07:53:08 UTC [citado 21 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/ipsiasinstitutopsiquiatrico/39013071-escaladeresilienciadewagnildyyoung>
41. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*. 2015;2(40):103-13.

9. ANEXOS:

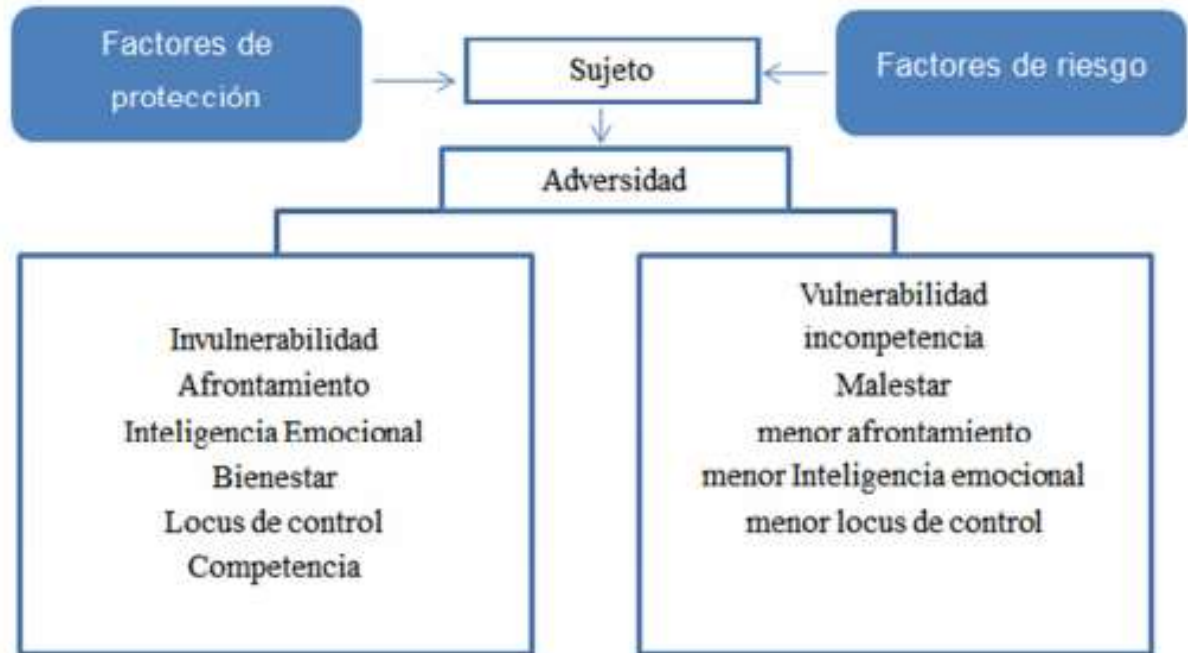


Fig. 1 Factores de la resiliencia (8)

Tabla 1. Ejemplos de situaciones clínicas y cómo la práctica médica basada en *mindfulness* puede contribuir a enfrentarlas

Dimensión de la relación clínica	Dificultad o situación clínica	Beneficio de práctica clínica que incorpora <i>mindfulness</i>
Comunicación	El paciente responde a las preguntas del médico, pero éste sólo atiende a aspectos de dichas respuestas o realiza una comprensión superficial de ellas	Se logra mayor atención del proceso comunicativo Se atiende al correlato paraverbal del paciente y el propio, reconociendo dimensiones afectivas y necesidades a un nivel más profundo
Razonamiento clínico y toma de decisiones	Pistas, signos y síntomas pueden ser pasados por alto. Presión por determinar un diagnóstico y resolver una situación clínica	El <i>mindfulness</i> puede ser visto como una herramienta clínica, al promover la eficiencia de las funciones ejecutivas superiores, tales como atención flotante y dirigida, memoria de trabajo, control de impulsos y visión en perspectiva. Se tolera mejor el “no saber”
Desarrollo de empatía y compasión	Sesgo social implícito, situaciones clínicas con pacientes difíciles	Se desarrolla la capacidad de estar presente frente al sufrimiento, tanto con el propio como con el del paciente Se desarrolla la comprensión de “humanidad compartida”, limitando el sesgo social
Estrés y <i>burnout</i>	Registros electrónicos, sobrecarga asistencial	Atender de forma consciente a las señales somáticas de estrés y revertirlas mediante técnicas meditativas breves
Satisfacción del paciente	No entrega de información suficiente por prisa	Prestar atención a la necesidad específica de información del paciente y poner mayor énfasis en esa área
Relaciones laborales y conexión institucional	Prevención de caídas en una unidad de hospitalizados	Todos somos humanos; todos poseemos características positivas y negativas. La prevención de caídas es un trabajo colectivo. Si me siento parte de una comunidad, participaré más activamente en las tareas comunes, como prevenir caídas

Fig. 2 Tabla 1 Ejemplos de situaciones clínicas y cómo la práctica basada en *mindfulness* puede contribuir a enfrentarlas



Figura 1. Modelo general de una práctica médica basada en *mindfulness*.

Fig. 3. Modelo general de una práctica médica basada en *mindfulness*.



INSTRUMENTO:

“CAPACIDAD DE RESILIENCIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID 19 EN TRABAJADORES DE LA UMF 21”



*** Dra. Norma Daniela Ramírez Mondragón

**Dra. Alejandra Palacios Hernández * Dr. Jorge Arturo Rodríguez López

*Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar”. **Asesor, Asesor, Médico Cirujano, Especialista en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.21 “Francisco del Paso y Troncoso”. Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar No.21 “Francisco del Paso y Troncoso” *** Médico Residente de Segundo Año del Curso de Especialización en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar No.21 “Francisco del Paso y Troncoso”

Folio: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Área de trabajo: 1) asistencial 2) administrativo

Turno laboral: 1) matutino 2) vespertino 3) jornada acumulada

Antecedente familiar de ansiedad o depresión: 1. SI 2. NO 3. NO SÉ

Se conoce con diagnóstico de ansiedad o depresión: 1. SI 2. NO

Instructivo: Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Coloque una x en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está muy en desacuerdo con un enunciado, ponga una x en el “1”. Si no está muy seguro, ponga una x en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, ponga una x en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de números.

Escala de Resiliencia de 14-Item (ER-14)

Ponga una x en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente en acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Normalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7	
2. Me siento orgulloso de las cosas que he logrado	1	2	3	4	5	6	7	
3. En general, me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7	
4. Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7	
5. Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7	
6. Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7	
7. No me asusta sufrir dificultades porque ya las he experimentado en el pasado	1	2	3	4	5	6	7	

8. Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9. Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10. Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11. La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12. En una emergencia soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13. Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14. Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7

Clasificación RS-14

98-82 R.	Muy alta
81-64 R.	Alta
63-49 R.	Normal
48-31 R.	Baja
30-14 R.	Muy baja