



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO FEDERICO GÓMEZ

Presencia de resiliencia y crecimiento
postraumático en Residentes del
Hospital Infantil de México Federico
Gómez durante la pandemia de
COVID-19

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:

PEDIATRÍA

P R E S E N T A:

Dra. Irma Mariana Rojas González



TUTORES:

Dra. Margarita Nava Frías
Mtra. Antonia López López



CIUDAD DE MÉXICO

FEBRERO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

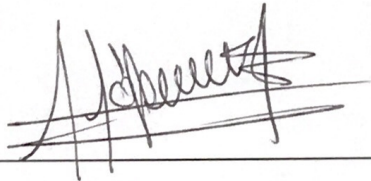
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

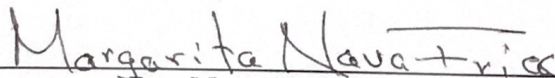
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Hospital Infantil de México Federico Gómez
Instituto Nacional de Salud
Ciudad de México, 31 de Mayo de 2022

Hoja de recolección de firmas del protocolo de tesis titulado: "Presencia de resiliencia y crecimiento postraumático en Residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19".



Mtra. Antonia López López
M.S. Adscrita al Servicio de Medicina del Adolescente
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Instituto Nacional de Salud



Dra. Margarita Nava Frías
Adscrita al Servicio de Infectología Pediátrica
Hospital Infantil de México Federico Gómez
Instituto Nacional de Salud

3. Dedicatorias.

A mis padres y hermanos, por creer ciegamente en mi y por apoyarme siempre a cumplir mis proyectos de vida, incluso antes de que pueda llegar a planteárselos, son mi mayor impulso.

A mis asesoras, por sus conocimientos y todos los consejos que me brindaron durante este proyecto, muchas gracias por su conocimiento y apoyo.

A mi Hospital Infantil Federico Gómez, por todas las oportunidades de crecimiento profesional que me brinda, a sus pequeños pacientes pero de grandes corazones y una nobleza infinita que sin ellos no sería la profesional que soy ahora.

A mis compañeros residentes, este proyecto es por y para nosotros, por que sabíamos que para llegar a ser los mejores médicos pediatras teníamos que pasar por algunos momentos difíciles, pero nunca esperamos que sería del nivel que representa la pandemia por Covid 19, sabíamos que éramos buenos por que nos ganamos un lugar en el mejor Hospital Pediátrico de México y gracias a este proyecto podemos confirmar que sí, somos unos grandes, por que la pandemia no nos detuvo y seguimos desempeñando el mejor papel que sabemos para el bienestar de nuestros niños, no se abrumen, su yo del futuro ya está orgulloso de ustedes.

4. Índice.

1. PORTADA.....	1
2. HOJA DE FIRMAS	2
3. DEDICATORIAS	3
4. ÍNDICE	4
5. ANTECEDENTES	5
6. MARCO TEÓRICO	9
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
8. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	16
9. JUSTIFICACIÓN	16
10. HIPÓTESIS	16
11. OBJETIVOS	17
12. MÉTODOS	17
13. PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	18
14. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES	19
15. RESULTADOS	21
16. DISCUSIÓN	31
17. CONCLUSIÓN.....	32
18. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
20. LIMITACIÓN DEL ESTUDIO.....	35
21. ANEXOS	36

5. Antecedentes.

El concepto de resiliencia como una combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida, se desarrolló gracias al psiquiatra inglés Michael Rutter y colaboradores (1985) en Gran Bretaña. En Hispanoamérica no es sino hasta la década de los noventa cuando surgen las primeras publicaciones en español.¹ En México se han hecho estudios en: mujeres campesinas², adolescentes³ y en estudiantes de Medicina y Nutrición⁴, y se ha observado que existen diferencias estadísticamente significativas de acuerdo a múltiples factores⁵.

Para medirla se utiliza la Resilience Scale (RS-25) construida por Wagnild y Young, que se ha convertido en una de las más utilizadas y precisas. Esta escala se validó, tanto con población clínica como con población normal⁶. Fue desarrollada en una muestra de 810 mujeres adultas, aunque también puede ser utilizada con la población masculina y con un amplio alcance de edades⁷.

Otro momento importante en el estudio de la Resiliencia lo constituyó el aporte de Emy Werner, psicóloga americana, quien siguió el desarrollo de los niños nacidos en familias con problemas en la Isla de Kauai (Hawai), constatando que contra toda esperanza, algunos niños terminen por ser adultos felices y constructivos. También se encuentran otras investigaciones sobre resiliencia citadas por el Dr. Friederich Lösel quien elabora un inventario de las mismas, según su objeto de estudio y el tipo de problema que se aborda. Se tienen así por ejemplo: el estudio con madres esquizofrénicas o deprimidas en los Estados Unidos de Garnezy y otros; con familias que han sufrido severos problemas económicos de Elder y otros; en estudios longitudinales en Nueva York de Thomas y Chess y en Inglaterra por Osborn, Rutter y otros; en familias con alto riesgo de delincuencia de Felsman y Vaillant; en niños de la calle en América del Sur: Felsman y en Instituciones de Bienestar Social en Europa: Lödel y otros. Estas son solo algunas de las fuentes citadas por Lösel, sin embargo el auge de la investigación en Resiliencia reúne una extensa variedad de publicaciones sobre todo en esta última década¹.

Los estudios indican que la mayoría de las personas que han experimentado o presenciado un acontecimiento traumático muestran resiliencia o no informan de trastornos clínicos significativos relacionados con el trauma (Bonanno, 2004; Bonanno, Brewin, Kaniatsy y La Greca, 2010)¹⁰.

Este modelo de resistencia y recuperación también se ha observado en la población general expuesta a los ataques terroristas en Nueva York y otras ciudades de Estados Unidos, Madrid o Londres (Vázquez y Páez, 2011; Páez, Vázquez et al., 2011; Rubin, Brewin, Greenberg, Simpson y Wessely, 2005). Pero, más allá de la resiliencia, también hay evidencia de que, en estos casos, las personas también pueden experimentar una variedad bastante amplia de emociones y cogniciones positivas, pero también una reconfiguración positiva, un crecimiento personal e interpersonal o un florecimiento postraumático como resultado de su lucha contra la adversidad (Ibáñez, 2012)¹⁰.

Existen diversos instrumentos de evaluación de la resiliencia (Windle et al., 2011). Se pueden nombrar algunos como el de Wagnild y Young (1987, 1993) que construyeron la Resilience Scale (RS-25) con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo a situaciones adversas. Esta escala resultó ser uno de los primeros instrumentos de evaluación desarrollados, convirtiéndose en una de las más utilizadas y precisas para medir resiliencia (Damásio, Borsa, & da Silva, 2011)⁶.

Se construyó la Escala de Resiliencia (ER) con el propósito de identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. Fue desarrollado en una muestra de 810 adultos del género femenino residentes de comunidades, aunque como lo señalan los autores también puede ser utilizado con la población masculina y con un amplio alcance de edades⁷.

La Escala consta de 25 reactivos, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación. Está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia⁷.

Factor I:

Se le denominó "Competencia Personal" e indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. Comprende 17 ítems⁷.

Factor II:

Se le llamó "Aceptación de Uno Mismo y de la Vida" y representa adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable. Estos ítems reflejan aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad. Comprende 8 ítems⁷.

Estos dos factores toman en consideración las siguientes características de resiliencia:

- Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; connota la habilidad de considerar un amplio campo de experiencia y "esperar tranquilo" y, tomar las cosas como vengan; por ende se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.

- Perseverancia: Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento; la perseverancia connota un fuerte deseo de continuar luchando para construir la vida de uno mismo, permanecer involucrado y de practicar la autodisciplina.

- Confianza en sí mismo: Es la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades; también es considerada como la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.

- Satisfacción personal: Está referida al comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.

- Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única mientras que se comparten algunas experiencias; quedan otras que deben enfrentarse solo, el sentirse bien solo nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos⁷.

Todos los ítems se basan en una escala de 7 puntos; a partir del 1 "Estar en desacuerdo", hasta el 7 "Estar de acuerdo". Todos los ítems están escritos en forma positiva y reflejan con exactitud las declaraciones hechas por los participantes. Los posibles resultados varían desde 25 hasta 175 en donde a mayor puntaje, se considera que existe mayor resiliencia (Citado por Del Aguila, 2003)⁷.

El origen de los trabajos sobre resiliencia se remonta a la observación de comportamientos individuales de superación que parecían casos aislados y anecdóticos (Vanistendael, 2001) y al estudio evolutivo de niños que habían vivido en condiciones difíciles. Uno de los primeros trabajos científicos que potenciaron el establecimiento de la resiliencia como tema de investigación fue un estudio longitudinal realizado a lo largo de 30 años con una cohorte de 698 niños nacidos en Hawai en condiciones muy desfavorables. Treinta años después, el 80% de estos niños había evolucionado positivamente, convirtiéndose en adultos competentes y bien integrados (Werner y Smith, 1982; 1992)¹¹.

Por otro lado, el término crecimiento postraumático (CPT) fue acuñado en 1995 por Richard Tedeschi y Lawrence Calhoun para centrarse en la idea de crecimiento como una consecuencia potencial de lidiar con el trauma, es decir, que quienes lo presentan,

experimentan una transformación positiva que de otro modo no hubieran experimentado si el trauma no hubiera ocurrido⁸.

Para medir su nivel se creó el Inventario de crecimiento postraumático, que consiste en 21 ítems y, para darle más validez, Tedeschi y Calhoun (1996) compararon niveles, encontrando que el 52.6% de las personas expuestas a situaciones traumáticas presentaron mayores cambios positivos. Se ha adaptado para trabajar con diversas poblaciones, siendo actualmente el instrumento más empleado en la investigación sobre los efectos positivos de la adversidad. El CPT abarca tres dimensiones conceptuales:

- Cambios en la autopercepción: que incluyen sentirse más fuerte, seguro y capaz de afrontar dificultades en el futuro;
- Cambios en la relación con otros: que incluyen mayor cercanía con la familia y amistades y mayor apertura para recibir ayuda, y
- Cambios en la filosofía de vida: que se define como una mayor valoración de la propia existencia e implica tomar la vida con más calma y disfrutar el momento⁹.

Hay estudios que muestran que, si el 100% de los afectados por hechos traumáticos como la violencia colectiva reportan efectos negativos de lo ocurrido, también un 30-70% de los afectados informan de efectos positivos (Páez, Vázquez et al., 2011). Si un cuarto o tercio de víctimas de violencias y torturas sufren un trastorno de estrés postraumático (TEPT), un 50% o más muestran un crecimiento postraumático (CPT) (Punamaki, 2011). Si bien los hechos traumáticos pueden producir una visión negativa de sí mismo y del mundo, en ocasiones también pueden conllevar efectos positivos en el ámbito personal¹⁰.

Un estudio con cerca de 3000 jóvenes expuestos a diferentes grados de violencia colectiva en Israel indagó sobre las formas de crecimiento positivo después de hechos traumáticos. Además del CPT intra e interpersonal se midieron dos formas de crecimiento más colectivas: un sentimiento reforzado de responsabilidad hacia los amigos y familia y un sentido de obligación hacia la comunidad y el país. Los jóvenes más expuestos a la violencia colectiva mostraban mayores síntomas de TEPT, pero también informaban de mayor CPT, en particular colectivo (Laufer, 2003)¹⁰.

La revisión de Tennen y Affleck (2005) concluyó que encontrarle aspectos positivos a un hecho traumático o de crecimiento personal, de relaciones con otros y de cambios de la visión del mundo, se asocia en 14 estudios de 20 a un mejor ajuste emocional. Esta relación fue confirmada por el meta-análisis de Helgelson, Reynolds y Tomich (2006), que encontró que un mayor crecimiento postraumático se asociaba con una menor depresión ($r=-.09$) y un mayor bienestar psicológico ($r=.22$), aunque no había asociación con medidas de balanza de afecto que incluyen indicadores de emociones positivas y negativas simultáneamente, lo que sugiere que el crecimiento coexiste con ambos tipos de emociones y, en cualquier caso, está relacionado no solo con un menor malestar sino con medidas de salud positiva y bienestar¹⁰.

Con respecto al tiempo transcurrido desde el suceso traumático, Tennen y Affleck (2005) concluían en su revisión que encontrar un sentido positivo a lo ocurrido se asocia al equilibrio afectivo aunque se encuentre a medio o largo plazo: el paso del tiempo aumentaba la fuerza de asociación entre crecimiento postraumático y bienestar. El meta-análisis de Helgelson y colaboradores (2006) confirmó esta idea, puesto que encontró que los efectos positivos del CPT sobre la depresión y bienestar eran mayores cuanto más tiempo había transcurrido desde el suceso traumático¹⁰.

Así mismo, el meta-análisis de Prati y Pietrantonio (2009) confirmó que el apoyo social se asociaba al CPT ($r=.26$). Estos resultados sugieren que un alto nivel de apoyo social

subjetivo, informacional, emocional e instrumental, después de un hecho traumático, disminuye su impacto cognitivo y permite regular mejor las emociones negativas, controlar conductas disfuncionales, reforzar las actividades de distracción y gratificantes, así como resolver mejor problemas prácticos¹⁰.

Otros estudios han mostrado que el afrontamiento de búsqueda de apoyo y el apoyo social percibido reforzaban el crecimiento (Armeli, Gunthert y Cohen, 2001). El meta-análisis de Prati y Pietrantonio (2009) confirmó que el afrontamiento por búsqueda de apoyo social se asociaba positivamente al CPT ($r=.25$)¹⁰.

Sin embargo, otros estudios han encontrado que el apoyo social no se asocia al crecimiento postraumático (Calhoun y Tedeschi, 2006), lo que sugiere que hay formas de crecimiento postraumático independientes del apoyo social, probablemente de tipo más personal¹⁰.

Una vez que el COVID-19 fue reconocido como una amenaza para la salud global y una emergencia de salud pública de importancia internacional (Wang, 2020; Organización Mundial de la Salud, 2020), los sistemas nacionales de salud comenzaron a enfrentar una amenaza desproporcionada y una presión abrumadora para hacer frente a los profundos efectos de la pandemia (Chopra et al., 2020). Los profesionales de la salud están en la primera línea de esta crisis y son aquellos que participan activamente en el proceso de brindar atención a los pacientes con COVID-19 mientras manejan problemas críticos a diario (por ejemplo, falta de instalaciones hospitalarias, medidas de protección personal, horas de trabajo agotadoras, miedo de contagio y propagación del virus). La mayoría de los informes y estudios han examinado los resultados negativos obvios en los profesionales de la salud, como el aumento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión (Lai et al., 2020)¹².

Los estudios han demostrado que los efectos positivos frente a la adversidad y el trauma son posibles y es probable que ocurran. La abundante evidencia de la investigación sugiere que promover la resiliencia tanto en los cuidadores formales como informales puede protegerlos de los efectos perjudiciales de la angustia y el cuidado y tener un impacto positivo en su calidad de vida¹².

6. Marco teórico.

La ONU destaca que el 50% de la población mundial calificó el impacto psicológico de la pandemia como grave. Hoy, a medida que COVID-19 continúa propagándose, también existe una oportunidad de crecimiento y transformación positiva tanto a nivel personal, social y profesional¹.

La resiliencia se considera como la capacidad para recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito a la adversidad, desarrollando una competencia social, a pesar de estar expuestos a situaciones graves e inherentes al mundo de hoy². Es vista como una capacidad dinámica; puede variar a través de tiempo y las circunstancias. Es precisamente, el dinamismo su principal naturaleza, siendo al mismo tiempo el resultado de armonía entre factores de riesgo, factores protectores y personalidad del ser humano².

En cuanto a las diferencias por género, se observó que los hombres muestran mayor resiliencia, con rasgos a ser más independientes, mientras que las mujeres logran ser resilientes siempre y cuando exista un mayor apoyo externo significativo de amigos, maestros y familia. Específicamente, la literatura respecto de la resiliencia reporta consistentemente que el hecho de ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo (González-Arratia y Valdez-Medina, 2005, 2006; Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996; Prado y Del Águila, 2003; Vera, 2004)³.

Los problemas son enfrentados y superados gracias a que las personas son resilientes, cuando una persona no logra esa resiliencia puede caer en un estado de depresión, asimismo, una persona con depresión tiene la tendencia de ser menos resiliente⁴.

Se observó que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores de la resiliencia, de acuerdo con el sexo, la edad y el estado civil, observándose que las mujeres obtienen puntajes más altos en apoyo social, el grupo de más edad tiene un mayor promedio en competencia social y apoyo familiar y finalmente las personas casadas se sienten más fuertes y con más confianza en sí mismas y los solteros perciben un mayor apoyo social en comparación con los casados⁵.

La resiliencia no es unidimensional o un atributo dicotómico que las personas tienen o no tienen; implica la posesión de múltiples habilidades en varios grados que ayudan a los individuos a afrontar (Reivich & Shatté, 2002)⁵.

De acuerdo con P.J. Mrazek y D. Mrazek (1987) existen 12 habilidades que distinguen a una persona resiliente y son las siguientes:

- 1.- Respuesta rápida al peligro: es la habilidad para reconocer las situaciones que ponen al sujeto en riesgo.
- 2.- Madurez precoz: desarrollo de la capacidad de hacerse cargo de sí mismo.
- 3.- Desvinculación afectiva: se refiere a separar los sentimientos intensos sobre uno mismo.
- 4.- Búsqueda de información: se refiere a la preocupación por aprender todo lo relacionado con el entorno.
- 5.- Obtención y utilización de relaciones que ayuden a subsistir: es la capacidad para crear relaciones que beneficien a la persona en momentos críticos.
- 6.- Anticipación proyectiva positiva: se refiere a la capacidad de imaginar un futuro mejor al presente.
- 7.- Decisión de tomar riesgos: es la habilidad de asumir la responsabilidad propia cuando se toman decisiones incluso si la decisión tiene algún tipo de riesgo.
- 8.- La convicción de ser amado: creer que se puede ser amado por los demás.

- 9.- Idealización del rival: la persona se identifica con alguna característica de su oponente.
- 10.- Reconstrucción cognitiva del dolor: es la habilidad para identificar los eventos negativos de la forma que sea más aceptable.
- 11.- Altruismo: se refiere al placer de ayudar a otros.
- 12.- Optimismo y esperanza: es la disposición de tomar positivamente las cosas que podrían ocurrir en el futuro.⁵

En la actualidad, la deducción más importante que se desprende de las investigaciones sobre resiliencia es la formación de personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfacer sus necesidades básicas de afecto, relación, respeto, metas, poder y significado, constituyéndose en personas productivas, felices y saludables⁷.

Hoy, a medida que COVID-19 continúa propagándose, no hay duda de que todos estamos siendo afectados, algunos más severamente que otros. Sin embargo, junto a esta trágica pandemia también existe una oportunidad de crecimiento y transformación positiva tanto a nivel personal como social. Con COVID-19, los elementos del crecimiento postraumático pueden incluir los siguientes⁸:

- Nuevas oportunidades o posibilidades en la vida.
- Mayor sentido de fuerza personal.
- Cambios en las relaciones con los demás.
- Mayor aprecio por la vida en general.
- Profundización de la vida espiritual⁸.

En medio y después del trauma, las oportunidades de crecimiento son posibles cuanto más nos hacemos conscientes de él. Las posibilidades de crecimiento postraumático aumentan cuando contamos con un sistema de apoyo. Nos necesitamos el uno al otro; debemos permitirnos pedir ayuda y permitir que los demás se apoyen en nosotros cuando tengamos capacidad⁸.

El Inventario de crecimiento postraumático (PTGI) es una escala autoadministrable de 21 ítems que mide las tres dimensiones que propone el constructo: a) cambios en la autopercepción, b) en las relaciones interpersonales, y c) en la filosofía de la vida. Se ha adaptado para trabajar con diversas poblaciones que han sufrido eventos traumáticos tanto en desastres naturales, violencia y diagnósticos de enfermedades catastróficas, siendo el PTGI actualmente el instrumento más empleado en la investigación sobre los efectos positivos de la adversidad (Joseph y Linley, 2008)⁹.

En culturas que enfatizan las relaciones de deber y pertenencia a grupos adscritos, o colectivistas, como la Kosovar o Palestina, el CPT se enmarca en mejoras percibidas de la comunidad nacional (Punamaki, 2011; Arenliu y Landsman, 2011). En culturas semi-colectivistas, como la japonesa, se ha encontrado que inclusive los traumas individuales provocan este crecimiento colectivo o de aumento de la conexión con la comunidad global y la humanidad (Taku, 2011). En el caso de Guatemala se ha encontrado que las masacres colectivas no solo tienen un impacto individual y comunitario mayor que los hechos represivos individuales, sino que también las personas enfrentadas a masacres colectivas desarrollaron más formas de movilización social y de cohesión social (Páez, Vázquez et al., 2011)¹⁰.

Se ha postulado que el apoyo social que valida y reconoce la experiencia traumática de los individuos, o que ayuda a entenderla y darle un significado, es importante para asimilar los hechos traumáticos¹⁰.

Por otro lado, hablar y comunicar voluntariamente sobre lo ocurrido, si bien no disminuye la emoción negativa y más bien la mantiene, ayuda a integrarse socialmente, a entender lo ocurrido (sobre todo si los otros le ayudan a ver las cosas de otra manera y ayudan a cambiar los pensamientos), a confirmar que las reacciones personales son comunes y compartidas y generalmente permite que la gente intercambie información y se reconforte mutuamente¹⁰.

Compartir socialmente las emociones, en general, implica manifestaciones de apoyo social, de empatía y de comportamiento prosocial, que, junto con la percepción de una mayor integración social (Rimé, 2012), sería un factor facilitador del crecimiento postraumático. Uno de los factores que permiten el proceso de crecimiento postraumático, según Calhoun, Cann y Tedeschi (2011), es la comunicación emocional¹⁰.

La realidad demuestra que, si bien algunas personas que experimentan situaciones traumáticas llegan a desarrollar trastornos, en la mayoría de los casos esto no es así, y algunas incluso son capaces de aprender y beneficiarse de tales experiencias¹¹.

Sin embargo, el porcentaje de personas expuestas a sucesos traumáticos que desarrollan patologías posteriores es mínimo. Además, no hay que olvidar que, del porcentaje de individuos que en los primeros meses pueden ser diagnosticados con alguna patología, la mayoría se va recuperando de forma natural y en un breve espacio de tiempo recupera el nivel normal de funcionalidad¹¹.

Los datos apuntan a que alrededor de un 85% de las personas afectadas por una experiencia traumática sigue este proceso de recuperación natural y no desarrolla ningún tipo de trastorno (Bonanno, 2004)¹¹.

La resiliencia es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno y Kaltman, 2001). Ante un suceso traumático, las personas resilientes consiguen mantener un equilibrio estable sin que afecte a su rendimiento y a su vida cotidiana. A diferencia de aquellos que se recuperan de forma natural tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Este fenómeno se considera inverosímil o propio de personas excepcionales (Bonanno, 2004) y sin embargo, numerosos datos muestran que la resiliencia es un fenómeno común entre personas que se enfrentan a experiencias adversas y que surge de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano (Masten, 2001)¹¹.

El testimonio de muchas personas revela que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose con eficacia en su entorno. En definitiva, lo que se deduce de las investigaciones actuales sobre trauma y adversidad es que las personas son mucho más fuertes de lo que la Psicología ha venido considerando¹¹.

Sin embargo, recientemente, la investigación ha puesto de manifiesto que las emociones positivas coexisten con las negativas durante circunstancias estresantes y adversas (Folkman y Moskowitz, 2000; Calhoun y Tedeschi, 1999; Shuchter y Zisook, 1993) y que pueden ayudar a reducir los niveles de angustia y aflicción que siguen a la experimentación de dichas circunstancias (Fredrickson, 1998)¹¹.

El concepto que manejan los autores franceses relaciona la resiliencia con el concepto de crecimiento postraumático, al entender la resiliencia simultáneamente como la capacidad de salir indemne de una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar¹¹.

Mientras que el concepto de resiliencia manejado por los norteamericanos, más restringido, hace referencia al proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, diferenciándolo del concepto de crecimiento postraumático¹¹.

Desde la corriente norteamericana se sugiere que el término resiliencia sea reservado para denotar el retorno homeostático del sujeto a su condición anterior, mientras que se utilicen términos como florecimiento (thriving) o crecimiento postraumático para hacer referencia a la obtención de beneficios o al cambio a mejor tras la experiencia traumática (Carver, 1998, O'Leary, 1998)¹¹.

La resiliencia nunca es absoluta, total, lograda para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico (Manciaux et al., 2001)¹¹.

Las personas que experimentan crecimiento postraumático también suelen experimentar emociones negativas y estrés (Park, 1998). En muchos casos, sin la presencia de las emociones negativas el crecimiento postraumático no se produce (Calhoun y Tedeschi, 1999). La experiencia de crecimiento no elimina el dolor ni el sufrimiento, de hecho suelen coexistir (Park, 1998, Calhoun y Tedeschi, 2000). En este sentido, es importante resaltar que el crecimiento postraumático debe ser entendido siempre como un constructo multidimensional, es decir, el individuo puede experimentar cambios positivos en determinados dominios de su vida y no experimentarlos o experimentar cambios negativos en otros dominios (Calhoun, Cann, Tedeschi y McMillan, 1998), se ha propuesto que el crecimiento postraumático tiene lugar desde la cognición, más que desde la emoción (Calhoun y Tedeschi, 1999). En esta línea, la búsqueda de significado y las estrategias de afrontamiento cognitivo parecen ser aspectos críticos en el crecimiento postraumático (Park, 1998)¹¹.

La posibilidad de incrementar los niveles de resiliencia y de crecimiento, tras pasar por situaciones ciertamente adversas, es aún una gran incógnita para la Psicología (Bartone, 2000). De hecho, si somos capaces de entender cómo y por qué algunas personas resisten y se benefician de experiencias extremadamente adversas y somos capaces de enseñar esta habilidad, los beneficios para el sistema sanitario mundial serían inconmensurables (Carver, 1998)¹¹.

Vivir una experiencia traumática es sin duda una situación que modifica la vida de una persona y, sin quitar gravedad y horror de estas vivencias, no se puede olvidar que en situaciones extremas el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo y su sistema de valores. Por esta razón, se deben construir modelos conceptuales capaces de incorporar la dialéctica de la experiencia postraumática y aceptar que lo aparentemente opuesto puede coexistir de forma simultánea¹¹.

Ante una situación traumática, dependiendo de las características del evento, no toda respuesta adaptativa o desadaptativa puede aparecer como tal, ya que dependerá de la persona y del contexto en que ocurra¹³.

El desarrollo de CPT no es universal, ya que no todas las personas que presenten una experiencia traumática encontrarán cambios personales favorables (Calhoun y Tedeschi, 1999). El CPT ocurre como consecuencia de un evento muy estresante y no como resultado de una tensión menor o de un fenómeno natural del proceso de desarrollo (Zoellner y Maercker, 2006). Para que surja es necesario la coexistencia en el individuo de emociones

positivas y negativas (Calhoun y Tedeschi, 1999) pues, en muchos casos, sin la presencia de emociones negativas no se desarrollará CPT (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009)¹³.

La pandemia también exige nuevas intervenciones, tanto basadas en la teoría como en la investigación. Las intervenciones basadas en la evidencia que tienen como objetivo proteger a los profesionales de la salud de los efectos negativos de la pandemia, mientras que al mismo tiempo -y principalmente- fortalecen sus activos y recursos personales, son de suma importancia tanto para la seguridad de todas las partes involucradas (es decir, profesionales y pacientes) y la calidad de la atención al paciente en sí¹².

Se necesitan intervenciones personalizadas que aborden las necesidades específicas de diversos grupos de profesionales de la salud. El empoderamiento psicológico de esos profesionales garantizará una población activa física y mentalmente sana y dedicada a la prestación de cuidados de alta calidad¹².

Calhoun y Tedeschi (1998) afirman que entre un 40 y un 70% de las personas que se enfrentan a eventos muy estresantes experimentan crecimiento postraumático¹⁴.

La resiliencia es un fenómeno ampliamente observado al que tradicionalmente se ha prestado poca atención, y que incluye dos aspectos relevantes: resistir el suceso y rehacerse del mismo (Bonanno, Wortman et al, 2002; Bonanno y Kaltman, 2001). Si bien una menor edad se asocia a más síntomas psicológicos de malestar (ansiedad y depresión) los resultados muestran un patrón mucho más homogéneo de sensación de crecimiento (cercano al 50% en todos los grupos de edad)¹⁴.

El bienestar vital, durante el confinamiento, es más habitual entre personas de mayor edad que entre personas más jóvenes. Seguramente esto tenga que ver con la ruptura de los objetivos vitales que esta pandemia supone para los más jóvenes¹⁴.

El bienestar vital durante el confinamiento es más frecuente en aquellas personas con mayores ingresos económicos¹⁴.

En general parece que las personas con mayores niveles de malestar previo, como los jóvenes y las mujeres, con mayor exposición y ansiedad ante la pandemia presentan un mayor crecimiento postraumático, quizás porque sienten que esta pandemia les a puesto a prueba y hayan tenido que hacer uso de herramientas o recursos personales para superar estas dificultades¹⁴.

Es relevante indicar que el mayor crecimiento post-traumático se observa en algunos grupos:

- Las mujeres (54%) vs. hombres (40,5%).
- El rango de personas más jóvenes: 5 de cada 10 jóvenes de entre 18-24 experimentan crecimiento postraumático, a pesar de tener niveles más bajos de bienestar y haber presentado mayores niveles de malestar.
- Las personas que viven con niños tienen más probabilidad de experimentar crecimiento postraumático frente a las que no conviven con menores¹⁴.

Aunque la mayoría de las personas demuestran ser resistentes después de estar expuestas a un evento traumático (Bonanno et al., 2007), varios factores de riesgo pueden comprometer la efectividad de la adaptación, incluidos antecedentes psiquiátricos previos, sexo femenino, falta de apoyo social (Brewin et al., 1999; Ozer et al., 2003; Carmassi et al., 2020a, 2020b), tener hijos pequeños (Yehuda et al., 2015; Bryant 2019); experimentar sentimientos de falta de ayuda durante el trauma o la intensidad de las emociones cuando se exponen (es decir, ira, angustia peritraumática) (Vance et al., 2018; Carmassi et al., 2017). Por otro lado, la resiliencia, definida como la capacidad de reaccionar al estrés de manera

saludable mediante la cual se logran metas con un costo psicológico y físico mínimo (Epstein y Krasner, 2013), juega un papel clave en la mitigación del impacto de los eventos traumáticos¹⁵.

Esta interacción de factores de riesgo y resiliencia se vuelve aún más compleja y desafiante cuando se aplica en el contexto de una epidemia infecciosa. Esta afirmación está respaldada en primer lugar por el hecho de que, como se señaló en estudios anteriores, durante las epidemias un alto porcentaje de trabajadores sanitarios (hasta 1 de cada 6 de los que brindan atención a los pacientes afectados) desarrolla síntomas de estrés significativos (Lu et al., 2006; McAlonan et al., 2007). Vale la pena considerar que en contextos epidémicos los trabajadores de la salud son los primeros en enfrentar los desafíos clínicos intrínsecamente ligados al curso de la enfermedad mientras se encuentran bajo la constante amenaza personal de estar infectados o representar una fuente de infección¹⁵.

Curiosamente, sin embargo, algunos autores encontraron que la exposición de primera línea tiene un efecto protector. Styra y col. (2008) informaron que los trabajadores sanitarios que trabajan en unidades de alto riesgo de SARS, como se esperaba, experimentaron más angustia que los trabajadores sanitarios desplazados en otros departamentos como el psiquiátrico, pero contrariamente a las expectativas, los trabajadores sanitarios que atienden a muchos pacientes con SARS mientras trabajaban en unidades de alto riesgo surgieron como estar menos angustiados. Este hallazgo sugiere que la experiencia en el tratamiento de pacientes con SRAS puede ser un factor mediador que podría ser susceptible de intervención en brotes futuros¹⁵.

Se ha demostrado que el apoyo de familiares y amigos, así como el de supervisores y colegas, representa un factor de resiliencia importante¹⁵.

El apoyo social y la capacidad de compartir experiencias y sentimientos traumáticos con familiares y amigos íntimos tienen un efecto positivo en el CPT. La interacción social puede promover el desarrollo de nuevos esquemas, así como proporcionar una narrativa modificada y significativa sobre la experiencia traumática. Además, las emociones positivas están estrechamente asociadas con el CPT. En un estado emocional positivo, es más probable que los individuos amplíen su atención y su capacidad cognitiva, competencia que a su vez facilita el CPT¹⁶.

Si bien el CPT se ha estudiado ampliamente en personas que han sobrevivido a desastres, como terremotos y tsunamis, relativamente pocos estudios lo han investigado en trabajadores de la salud. Los trabajadores de la salud están en contacto constante con personas tristes, enojadas, enfermas y moribundas, lo que las hace más vulnerables al estrés y al trauma que las personas de otras profesiones. Los factores estresantes adicionales incluyen la mala calidad del sueño, un desequilibrio en la recompensa del esfuerzo, el trabajo en turnos de noche, los accidentes laborales, la violencia en el lugar de trabajo, las relaciones estresantes médico-paciente y los horarios de trabajo prolongados¹⁶.

El CPT puede percibirse como un factor protector que reduce el estrés y el dolor. Un estudio anterior encontró que la satisfacción con la vida se ve más afectada por el CPT que por la violencia en el lugar de trabajo. El desarrollo de programas de intervención destinados a aumentar el CPT beneficiará la calidad de vida, disminuirá el desgaste laboral y aumentará la calidad de la atención en el personal hospitalario¹⁶.

Frente a esta situación crítica, los trabajadores de la salud de primera línea que participan directamente en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los pacientes con COVID-19 corren el riesgo de desarrollar angustia psicológica y otros síntomas de salud mental¹⁷.

Estudios anteriores han informado reacciones psicológicas adversas al brote de SARS de 2003 entre los trabajadores de la salud¹⁷.

Los estudios mostraron que esos trabajadores de la salud temían el contagio y la infección de sus familiares, amigos y colegas, sentían incertidumbre y estigmatización, informaron que se mostraban reacios a trabajar o contemplar la resignación, y reportaron experimentar altos niveles de estrés, ansiedad y síntomas de depresión, que podrían haber implicaciones psicológicas a largo plazo¹⁷.

Ahora están surgiendo preocupaciones similares sobre la salud mental, el ajuste psicológico y la recuperación de los trabajadores de la salud que tratan y cuidan a pacientes con COVID-19¹⁷.

Esta encuesta transversal reclutó a 1257 encuestados y reveló una alta prevalencia de síntomas de salud mental entre los trabajadores de la salud que tratan a pacientes con COVID-19 en China. En general, el 50.4%, 44.6%, 34% y 71.5% de todos los participantes informaron síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y angustia, respectivamente¹⁷.

La pandemia de COVID-19 representa uno de los eventos más estresantes de los últimos tiempos en todo el mundo. Esta pandemia plantea un gran desafío para los recursos sociales, económicos y, sobre todo, psicológicos de la población¹⁸.

Durante la pandemia, los trabajadores de la salud sufrieron mayores tasas de ansiedad, depresión e insomnio. Al priorizar el bienestar de los trabajadores de primera línea, podemos servir mejor a los pacientes¹⁹.

Sin duda, los trabajadores de la salud son la categoría más expuesta. Su carga psicológica probablemente se deba a la reorganización del personal, la intensidad del trabajo y la ansiedad de estar expuestos al virus en el hospital y, a su vez, de llevar la infección a casa.

Durante los eventos extraordinarios asociados con la pandemia de COVID-19, es fundamental atender las necesidades de los trabajadores de la salud, brindando apoyo oportuno en salud psicosocial y mental, particularmente para aquellos grupos identificados en riesgo¹⁸.

Por todas estas razones, proporcionar una respuesta oportuna a la presión psicológica sobre los trabajadores sanitarios para prevenir resultados negativos de salud mental requiere el desarrollo de estrategias de intervención específicas (Carmassi et al., 2020). Dichas estrategias no pueden sino basarse en una encuesta cuidadosa de los factores de riesgo y resiliencia que pueden estar desempeñando un papel en esta población trabajadora especial y deben tener en cuenta lo que informaron los estudios realizados después de los brotes anteriores¹⁵.

7. Planteamiento del problema.

Se han visto dos variantes cuando las personas experimentan la resiliencia: una positiva, que resulta de una mayor capacidad de adaptación; y otra negativa que nos lleva al crecimiento postraumático.

Bajo estas condiciones no se sabe si los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez pueden o no presentar una resiliencia y si les condiciona un crecimiento postraumático o a qué nivel que les ayude a maximizar o seguir desempeñando su trabajo de acuerdo a su especialidad y subespecialidad y mucho menos en esta época de pandemia por COVID-19.

8. Pregunta de investigación.

¿Existe resiliencia y crecimiento postraumático en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19?

9. Justificación.

Actualmente la pandemia por COVID-19 representa uno de los eventos más estresantes de los últimos tiempos, ya que es algo que nunca nos imaginamos vivir como sociedad y que no estábamos preparados para afrontar.

Los niveles de resiliencia y del crecimiento postraumático en el ámbito médico y en un concepto de pandemia se han estudiado muy poco, es por eso que con este estudio se pretende determinar la presencia de ambos en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez, con el fin de identificar situaciones estresantes a tiempo y obtener información relevante que permita diseñar para la Institución alguna estrategia de intervención, beneficiando a los residentes al brindarles herramientas que permitan reforzar y/o mejorar sus características resilientes y obtener un crecimiento postraumático a corto plazo, mejorar su desempeño laboral y de manera directa la atención brindada a los pacientes.

10. Hipótesis.

Se esperan diferentes grados de resiliencia y crecimiento postraumático al momento de afrontar esta pandemia durante nuestro ejercicio profesional y varían de acuerdo a las áreas de trabajo en las que cada individuo se desarrolla.

11. Objetivos.

Principal:

- Identificar la presencia de resiliencia y crecimiento postraumático en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19.

Específicos:

- Identificar las características resilientes que con mayor frecuencia se presentan en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19 por especialidad.
- Identificar el nivel de crecimiento postraumático que con mayor frecuencia se presenta en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19 por especialidad.
- Identificar los mayores niveles de resiliencia y crecimiento postraumático tanto en hombres como en mujeres residentes de la Institución.

12. Métodos.

- **Diseño:**

Transversal, descriptivo y prospectivo.

- **Población del estudio.**

- Criterios de inclusión:
 - Todo aquel que haya aceptado entrar al protocolo de investigación.
 - Residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
- Criterios de exclusión:
 - Todo aquel que no sea residente del Hospital Infantil de México Federico Gómez.
 - Encuesta que no este contestada en su totalidad.
- Criterios de eliminación:
 - Aquellos que no hayan aceptado entrar al protocolo de investigación.

- **Tamaño muestral.**

Universo de trabajo (215 residentes).

- **Procedimientos:**

Se buscó información sobre el tema a tratar, tanto antecedentes como marco teórico, posteriormente se diseñó la herramienta de recolección de información en donde previa autorización para utilizar la información obtenida por medio de un consentimiento informado se recaba información al contestar un cuestionario electrónico en la plataforma Google Forms, preguntando datos generales, y en donde se encuentran escalas certificadas acerca de Burnout (22 ítems), Crecimiento Postraumático (21 ítems), Resiliencia (25 ítems), Soporte Social (12 ítems) y un Test de compasión y satisfacción (30 ítems), al tener esta herramienta metodológicamente sigue un pilotaje para rediseñar y mejorar el

instrumento para recolección de información y, para así mismo, aplicar en mi muestra (Residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez); como paso a seguir, nos enfocaremos a la captura de datos a un formato Excel, revisión de base de datos, corrida de base de datos (que consiste en el análisis estadístico) y obtener las medias y derivaciones estándar y poder responder mi pregunta de investigación “¿Existe resiliencia y crecimiento postraumático en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez durante la pandemia de COVID-19?” y cumplir con los objetivos establecidos en este Protocolo de Investigación.

13. Plan de análisis estadístico.

La información se codificará en una base de datos para la que se usó el software Excel que incluyó las variables sociodemográficas y la distribución de datos, posteriormente se realizará su análisis estadístico en statical package for social sciences (SPSS) para Mac, de la cual se realizará un frecuencial simple y frecuencial bivariado.

La información obtenida se procesará de la siguiente manera:

- a) Las variables de tipo cuantitativo se medirán con el uso de la media.
- b) Se efectuarán análisis descriptivos y comparación de medias de nuestra muestra.

14. Descripción de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO
Resiliencia	Combinación de factores que permiten a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida.	Escala de Wagnild y Young.	Se da una puntuación entre 25 y 175 puntos, los cuales puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es en desacuerdo, y un máximo de acuerdo es 7, correspondiendo los valores altos a una elevada resiliencia.	Cuantitativa. Discreta.
Crecimiento Postraumático	Se centra en la idea de crecimiento como una consecuencia potencial de lidiar con el trauma.	Inventario de Crecimiento Postraumático.	Se calcula el promedio de la suma de todos los puntos entre el número de ítems (21) y se califica de la siguiente manera: Moderado-alto >3 puntos; Moderado 2-3; Bajo <2.	Cuantitativa. Continua.
Edad	Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Años cumplidos.	Cuantitativa. Continua.
Sexo	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Femenino / Masculino.	Cualitativa. Nominal. Dicotómica.
Estado civil	Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Casado, Soltero, Unión libre, Divorciado, Viudo.	Cualitativa. Nominal.
Número de hijos	Cantidad de hijos biológicos que tiene una persona.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Número entero.	Cuantitativa. Discreta.

Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Primaria, Secundaria, Bachillerato, Licenciatura, Posgrado.	Cualitativa. Ordinal.
Posgrado	Se entiende como especialidad o subespecialidad.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Ninguno, Licenciatura en Medicina, Pediatría, Genética, Subespecialidad.	Cualitativa. Ordinal.
Años de antigüedad laboral	Tiempo que alguien ha permanecido en un cargo o empleo.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Número entero.	Cuantitativa. Discreta.
Departamento laboral	Área en el que desarrolla su trabajo.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Genética, Pediatría, Alergia e inmunología, Anestesiología, Cardiología, Cirugía cardiotorácica, Cirugía general pediátrica, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología y Nutrición, Genética, Hematología, Infectología, Medicina Crítica, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Oncología, Otorrinolaringología, Reumatología, Urgencias.	Cualitativa. Nominal.
Salario mensual	Es una contraprestación que recibe el trabajador a cambio del trabajo realizado para un empleador.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Número entero.	Cuantitativa. Discreta.
Plaza	Año que cursa de residencia.	Se obtendrá por medio de un cuestionario.	Residente de 1er año, 2do año, 3er año, 4to año, 5to año, 6to año, 7mo año, 8vo año.	Cualitativa. Ordinal.

15. Resultados

De un total de 215 personas, observamos que la mayoría fueron mujeres, y que de ambos sexos la media de edad fueron 29.5 años, la mayoría eran solteros y se encontraban cursando una subespecialidad (**Tabla 1**).

	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
	#	#	#	%	%	%
SEXO	63	152	215	29	71	100
MEDIA DE EDAD	29.6	29.5	-	-	-	-
ESCOLARIDAD (SUBESP)	45	107	152	21	48	71
EDO. CIVIL (SOLTERO)	47	125	172	22	58	80
NO. HIJOS (0)	61	148	209	28	69	97
ANTIGÜEDAD (0)	13	47	60	6	22	28
SALARIO MENSUAL (0)	13	41	54	6	19	25
HA EXPERIMENTADO (>1)	14	48	62	7	22	29

Tabla 1. Datos socio-demográficos.

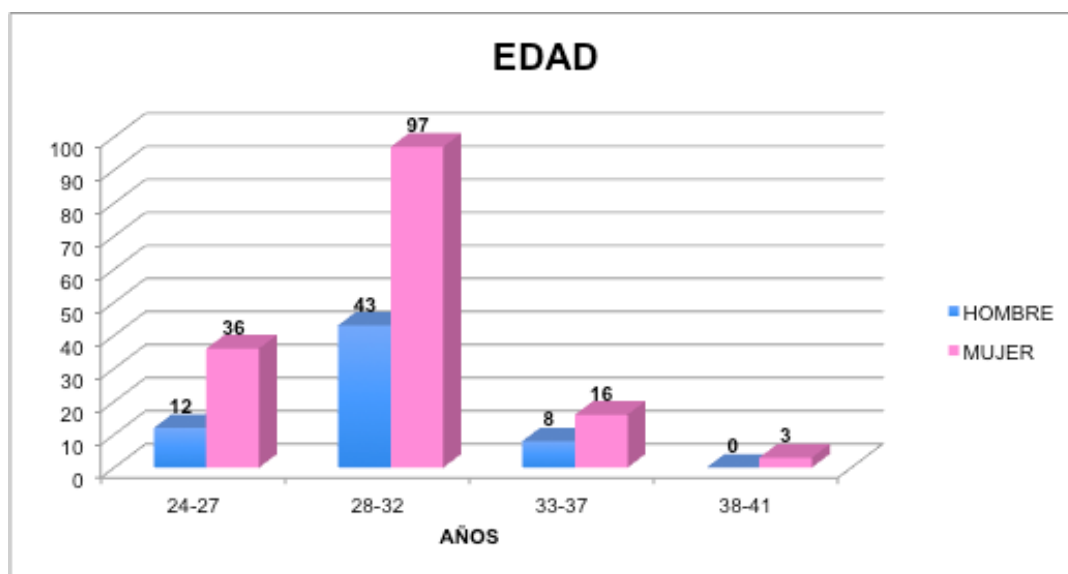


Gráfico 1. Frecuencia de grupos de edades por sexo.

La subespecialidad que tuvo más participantes en este estudio de investigación fueron los de Cirugía y la minoría correspondió a los de Neumología, Ortopedia y Rehabilitación (**Gráfico 2**).

Al momento de la aplicación de los instrumentos de Resiliencia y Crecimiento postraumático la mayoría de los Especialistas del primer año al tercer año, se encontraban rotando en el servicio de Pediatría Mixta (**Gráfico 3**) y del grupo de los Subespecialistas la mayoría se encontraban en el servicio de Cirugía seguido de Dermatología (**Gráfico 4**).

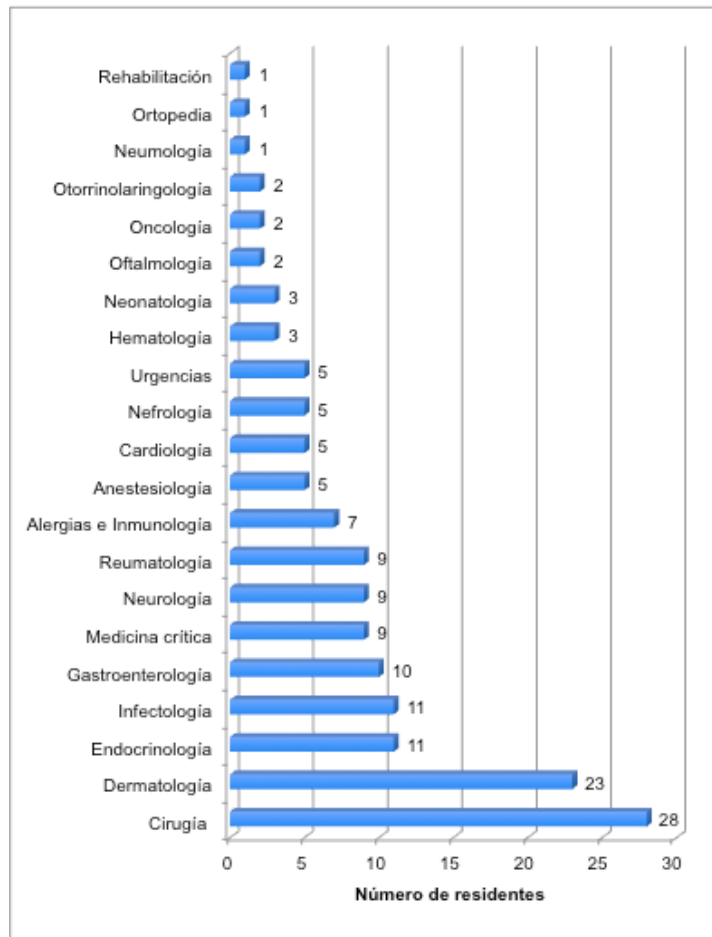


Gráfico 2. Frecuencia de residentes por subespecialidad.

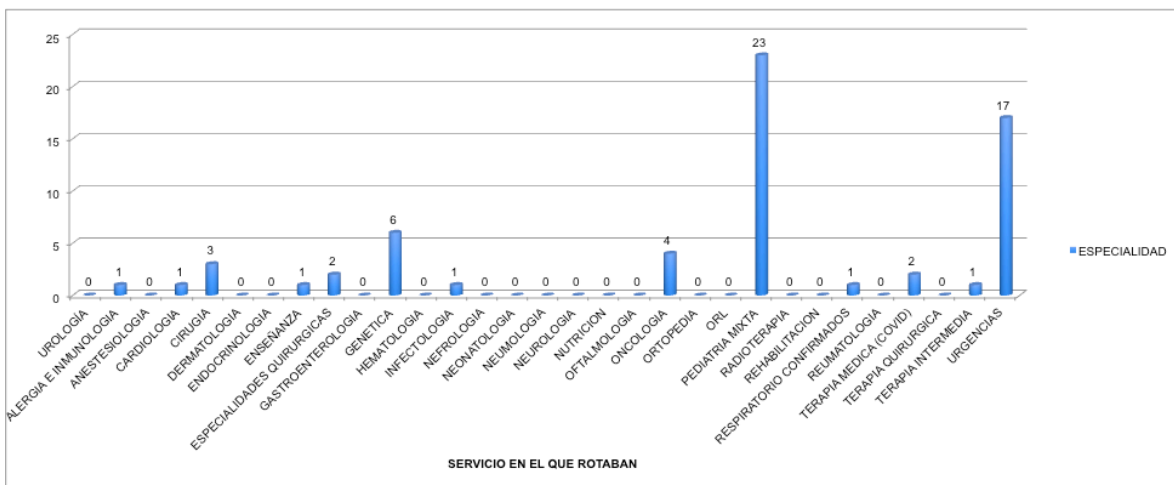


Gráfico 3. Servicio en el que estaban rotando los Especialistas al momento de aplicar las encuestas.

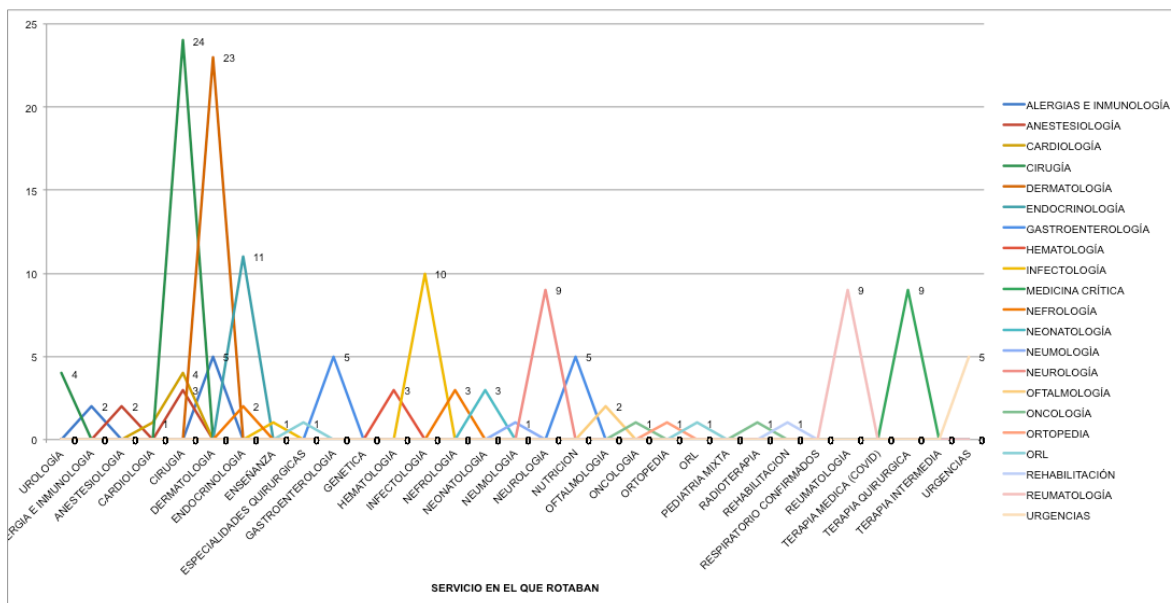


Gráfico 4. Servicio en el que estaban rotando los Subespecialistas al momento de aplicar las encuestas.

En lo referente a la Resiliencia antes tenemos que partir de comprender el concepto, pues tiene que quedar claro que la resiliencia es la capacidad para recuperarse, sobreponerse y adaptarse con éxito a la adversidad, desarrollando una competencia social, a pesar de estar expuestos a situaciones graves e inherentes al mundo de hoy.

De acuerdo a la escala de Wagnild y Young, utilizada para medir la resiliencia, las preguntas aplicadas, tenemos que se estructura por 5 grupos de factores (**Tabla 2**), los cuales se describen como:

- Satisfacción personal: Está referida al comprender que la vida tiene un significado y evaluar las propias contribuciones.
- Ecuanimidad: Considerada como la perspectiva balanceada de su propia vida y experiencias; se moderan las respuestas extremas ante la adversidad.
- Sentirse bien solo: Referida a la comprensión de que la senda de vida de cada persona es única, nos da un sentido de libertad y un significado de ser únicos.
- Confianza en sí mismo: Es la habilidad de depender de uno mismo y reconocer sus propias fuerzas y limitaciones.
- Perseverancia: Está referida al acto de persistencia a pesar de la adversidad o desaliento.

Factor	Ítems
Satisfacción personal	16, 21, 22, 25
Ecuanimidad	7, 8, 11, 12
Sentirse bien solo	5, 3, 19
Confianza en sí mismo	6, 9, 10, 13, 17, 18, 24
Perseverancia	1, 2, 4, 14, 15, 20, 23

Tabla 2. Preguntas incluidas en cada característica resiliente.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos constatar que efectivamente los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez presenta un nivel *Muy alto* de resiliencia en casi un 100% de los participantes; las mujeres son las que encabezan estos niveles por sobre los hombres (**Gráfico 5**).

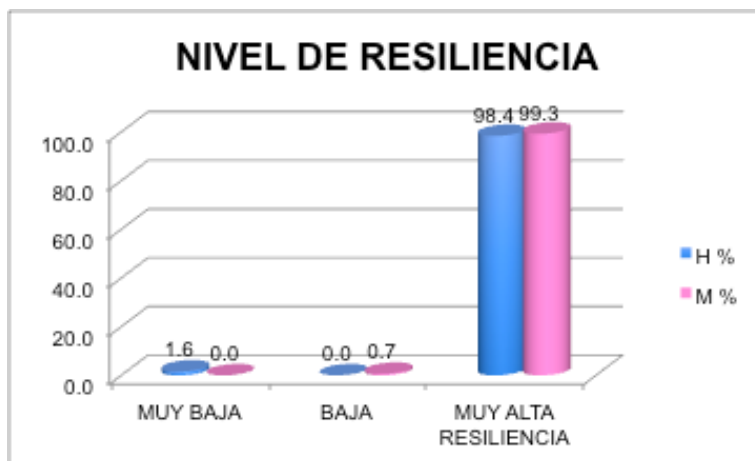


Gráfico 5. Nivel de resiliencia por sexo en la población general.

Al dividir nuestra población en dos grandes grupos (Especialistas y Subespecialistas), se pudo observar que ambos persistían con un nivel *Muy Alto* de resiliencia, sin embargo cabe señalar que un participante del grupo de los Subespecialistas se encontraba con un nivel *Muy Bajo* de resiliencia (**Gráfico 6**).

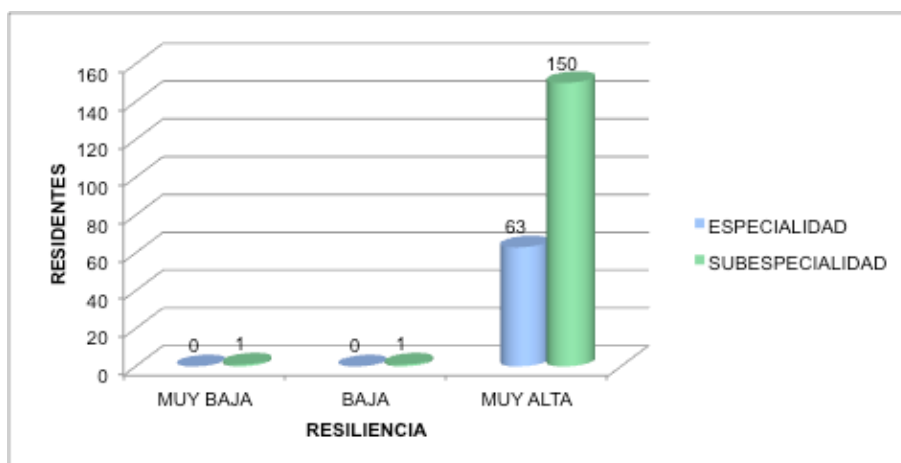


Gráfico 6. Nivel de resiliencia por Especialidad y Subespecialidad.

Con respecto a las características resilientes antes descritas, observamos que los hombres obtuvieron un nivel *Muy Alto* en todas las áreas mencionadas, destacando en “Sentirse bien solo” seguido de “Confianza en sí mismo” (**Tabla 3**); mientras que en las mujeres vislumbramos que las áreas de “Satisfacción personal” y “Ecuanimidad” se presentaron en un nivel menor al de los hombres (**Tabla 4**); es decir, que a pesar de estar padeciendo de las mismas adversidades, cada persona comprende sus propósitos de vida, se consideran únicos y tienen la habilidad de resolución de estas mismas ya que así como conocen sus limitaciones, también conocen sus fortalezas.

	H	MUY BAJA	BAJA	NORMAL	ALTA RESILIENCIA	MUY ALTA RESILIENCIA	Total
SATISFACCIÓN PERSONAL	#	1	0	2	22	38	63
	%	1.6	0.0	3.2	34.9	60.3	100
ECUANIMIDAD	#	1	2	8	25	27	63
	%	1.6	3.2	12.7	39.7	42.9	100
SENTIRSE BIEN SOLO	#	1	0	3	8	51	63
	%	1.6	0.0	4.8	12.7	81.0	100
CONFIANZA EN SI MISMO	#	1	0	1	15	46	63
	%	1.6	0.0	1.6	23.8	73.0	100
PERSEVERANCIA	#	1	0	3	20	39	63
	%	1.6	0.0	4.8	31.7	61.9	100

Tabla 3. Características resilientes en hombres.

	M	MUY BAJA	BAJA	NORMAL	ALTA RESILIENCIA	MUY ALTA RESILIENCIA	Total
SATISFACCIÓN PERSONAL	#	0	3	8	78	63	152
	%	0.0	2.0	5.3	51.3	41.4	100
ECUANIMIDAD	#	1	1	24	82	44	152
	%	0.7	0.7	15.8	53.9	28.9	100
SENTIRSE BIEN SOLO	#	1	1	2	35	113	152
	%	0.7	0.7	1.3	23.0	74.3	100
CONFIANZA EN SI MISMO	#	1	2	8	33	108	152
	%	0.7	1.3	5.3	21.7	71.1	100
PERSEVERANCIA	#	1	0	8	63	80	152
	%	0.7	0.0	5.3	41.4	52.6	100

Tabla 4. Características resilientes en mujeres.

Ahora bien, hablando de las características resilientes por especialidad, podemos decir que en los residentes de Especialidad, la que resultó con un nivel *Muy Alto* fue “Satisfacción personal” (Gráfico 7), hablando de la capacidad que tiene cada individuo para comprender la vida y así mismo poder aportar cosas positivas a su entorno. En los médicos residentes de todas las Subespecialidades el nivel *Muy Alto* fue observado con más frecuencia en “Ecuanimidad” lo que se refiere a la perspectiva que tienen de la vida de acuerdo a las experiencias pasadas (Gráfico 8).

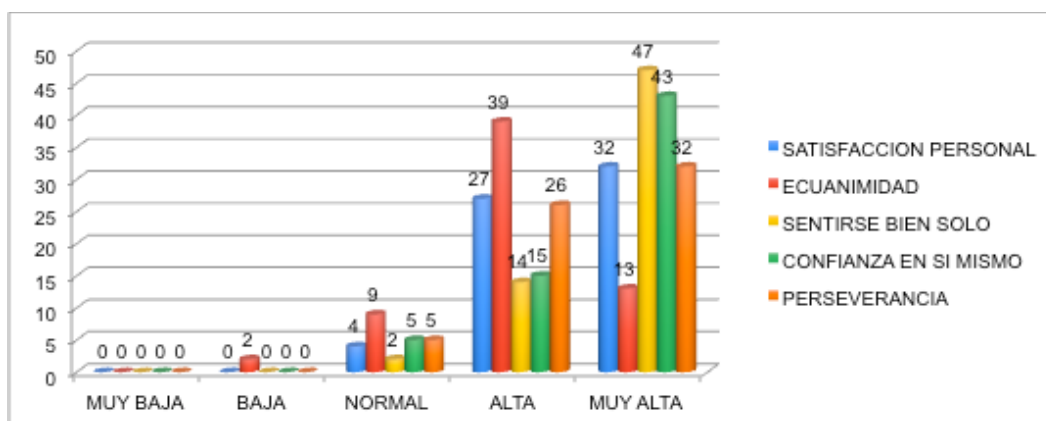


Gráfico 7. Nivel de características resilientes en Especialistas.

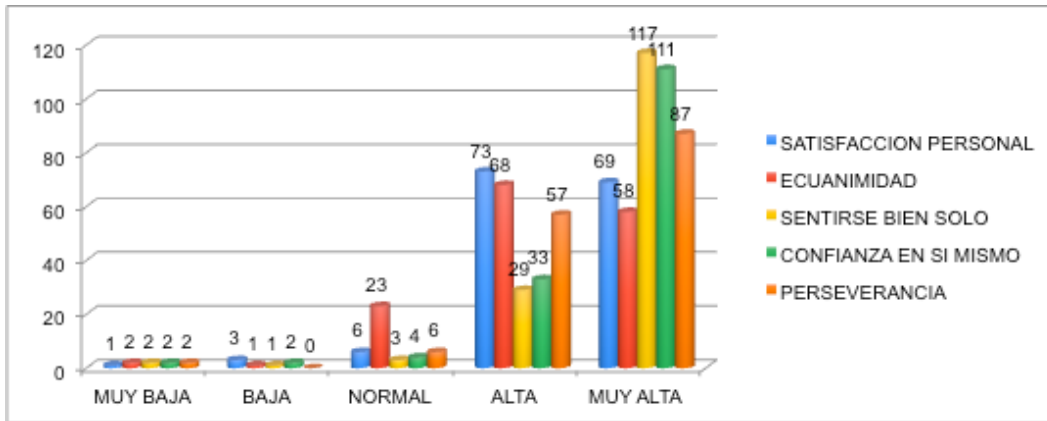


Gráfico 8. Nivel de características resilientes en Subespecialistas.

De acuerdo al Inventario de Crecimiento Postraumático, instrumento avalado que mide los efectos positivos ante la adversidad, se engloban tres factores o dimensiones conceptuales (**Tabla 5**), las cuales son:

- Cambios en la relación con otros: que incluyen mayor cercanía con la familia y amistades y mayor apertura para recibir ayuda,
- Cambios en la autopercepción: que incluyen sentirse más fuerte, seguro y capaz de afrontar dificultades en el futuro; y
- Cambios en la filosofía de vida: que se define como una mayor valoración de la propia existencia e implica tomar la vida con más calma y disfrutar el momento.

Factor	Ítemes
Relación con otros	6, 8, 9, 15, 16, 20, 21
Autopercepción	1, 2, 3, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 19
Filosofía de la vida	5, 18

Tabla 5. Factores o dimensiones conceptuales del Crecimiento Postraumático y preguntas incluidas en cada uno.

El crecimiento postraumático se presentó en los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez en un nivel *Alto*, y que de este, las mujeres son las que sobresalen (**Gráfico 9**).

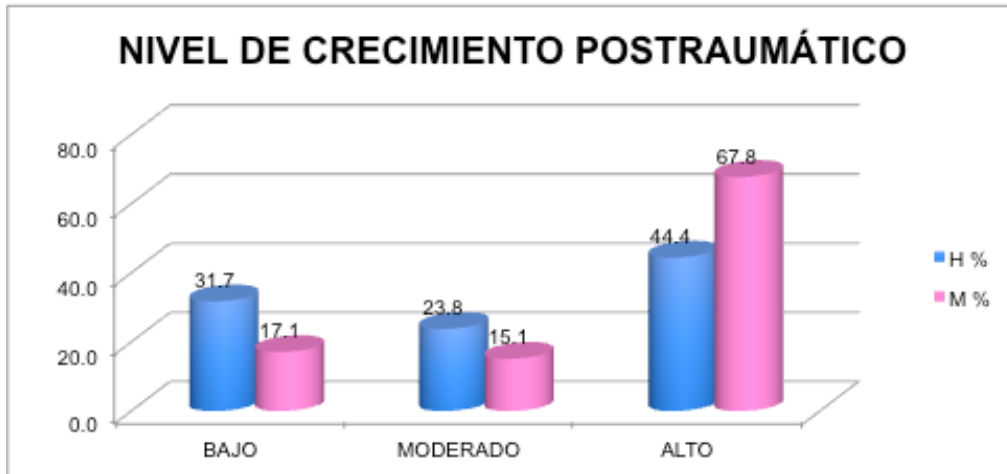


Gráfico 9. Nivel de Crecimiento Postraumático por sexo en la población general.

Continuando con la división de la población en dos grandes grupos (Especialistas y Subespecialistas), se observó que ambos obtuvieron un nivel *Alto* de crecimiento postraumático, y que los Subespecialistas encabezaron estos niveles por sobre los Especialistas (**Gráfico 10**).

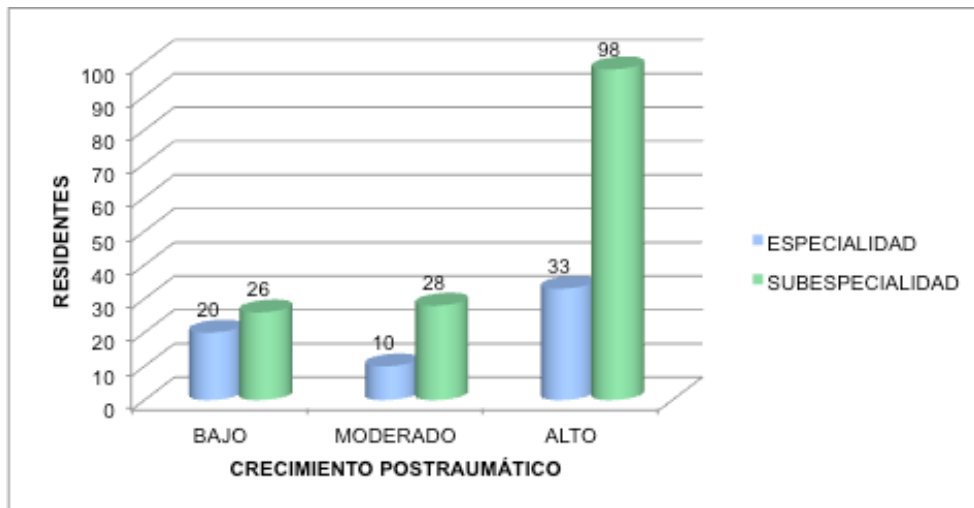


Gráfico 10. Nivel de Crecimiento Postraumático por Especialidad y Subespecialidad.

En nuestra población la dimensión conceptual que tuvo un nivel *Alto* fue “Autopercepción”, siendo las mujeres las que obtuvieron un mayor nivel (**Tabla 6**), lo que nos asegura un crecimiento postraumático ya que las personas se perciben más capaces al momento de afrontar alguna dificultad.

		BAJO	MODERADO	ALTO	Total
RELACIÓN CON OTROS	H	21	14	28	63
	%	33	22	44	100
	M	38	19	95	152
	%	25	13	63	100
	T	59	33	123	215
	%	27	15	57	100
AUTOPERCEPCIÓN	H	17	14	32	63
	%	27	22	51	100
	M	19	25	108	152
	%	13	16	71	100
	T	36	39	140	215
	%	17	18	65	100
FILOSOFÍA DE LA VIDA	H	27	14	22	63
	%	43	22	35	100
	M	46	28	78	152
	%	30	18	51	100
	T	73	42	100	215
	%	34	20	47	100

Tabla 6. Dimensiones conceptuales del crecimiento postraumático en la población general.

En cuanto a los resultados del Crecimiento postraumático, obtuvimos que los Especialistas presentaron en las tres dimensiones conceptuales un nivel *Bajo* (**Gráfico 11**). Mientras que en los residentes de las Subespecialidades se observaron niveles *Altos* en “Filosofía de la vida”, seguido de su “Autopercepción” (**Gráfico 12**), manteniendo un mejor nivel en su percepción de propósito de vida, el valor que le dan a su existencia y del qué tan seguros y capaces se creen de afrontar las adversidades.

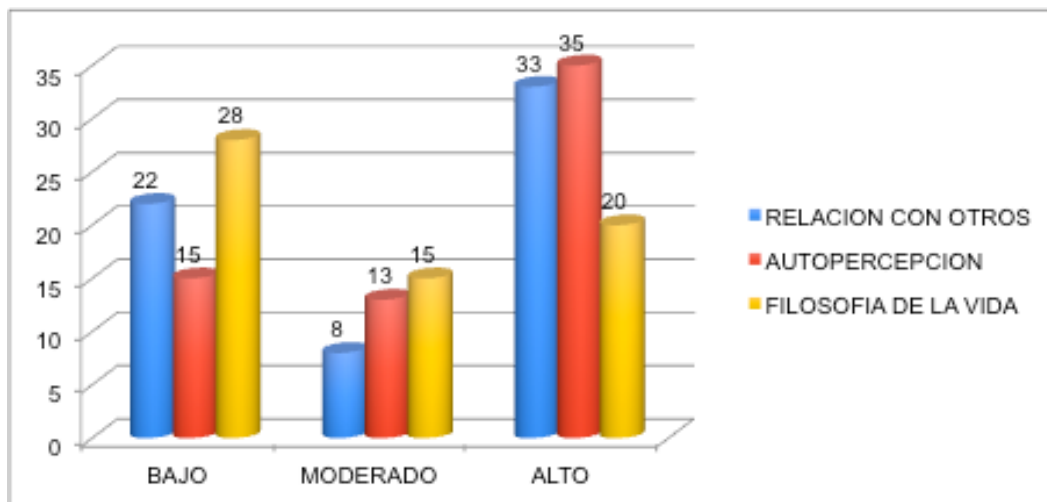


Gráfico 11. Dimensiones conceptuales del crecimiento postraumático en Especialistas

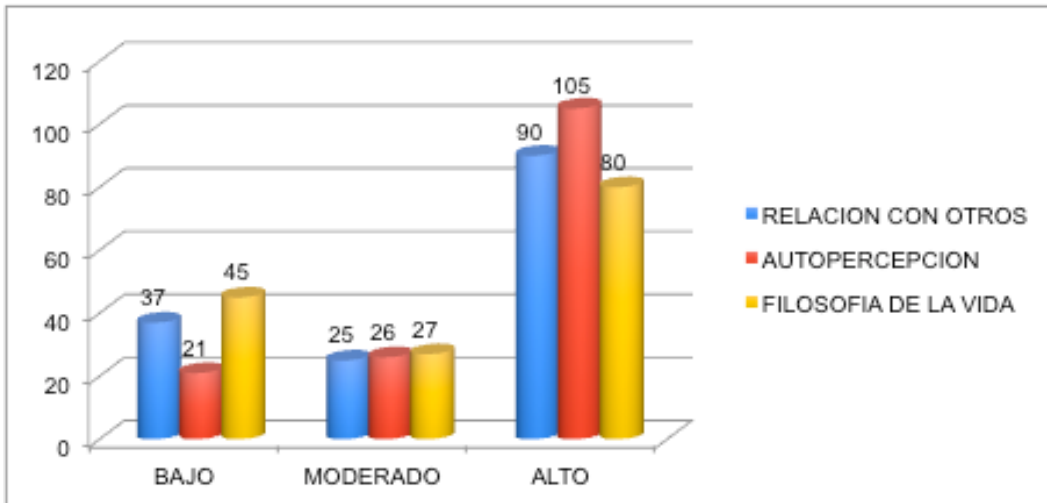


Gráfico 12. Dimensiones conceptuales del crecimiento postraumático en Subespecialistas

De los sujetos que obtuvieron un nivel *Muy Alto* de Resiliencia se observó que la mayoría de ellos se encontraba de igual manera con un nivel *Alto* de Crecimiento Postraumático (**Gráfico 13**), y que las mujeres fueron quienes encabezaron estos niveles (**Gráfico 14**).

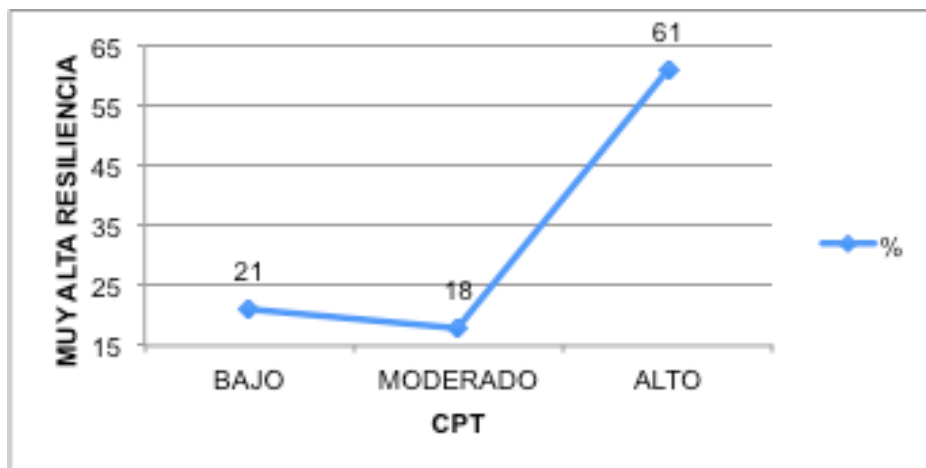


Gráfico 13. Nivel de Crecimiento Postraumático en relación con una Muy Alta Resiliencia.

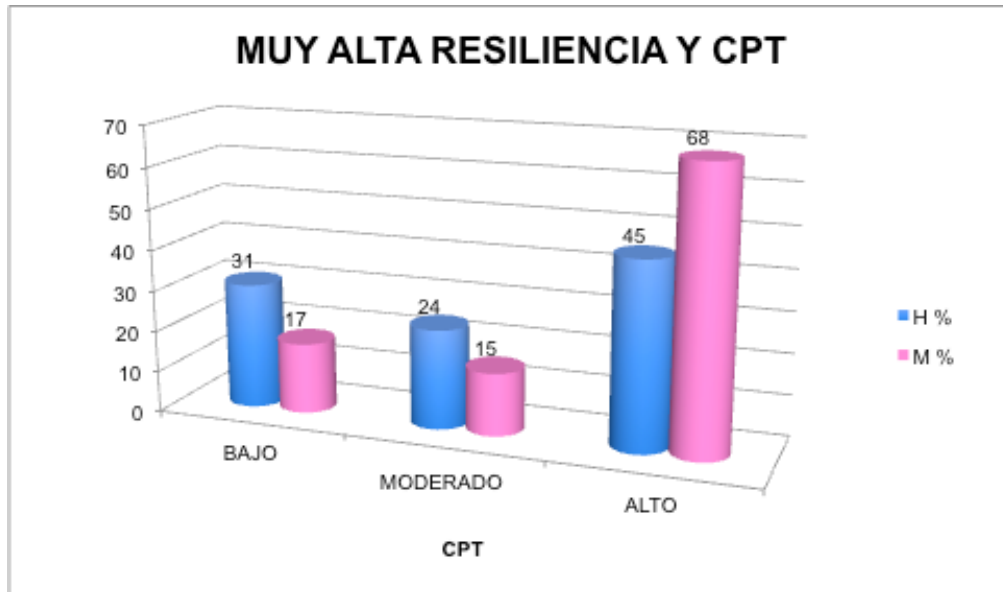


Gráfico 14. Nivel de Crecimiento Postraumático por sexo en relación con una Muy Alta Resiliencia.

En cuanto al nivel de Crecimiento Postraumático y Resiliencia por Especialistas y Subespecialistas, se observó que no existe diferencia con respecto al nivel de CPT *Alto* o *Bajo* cuando existe una Resiliencia *Muy Alta* (Gráfico 15 y16).

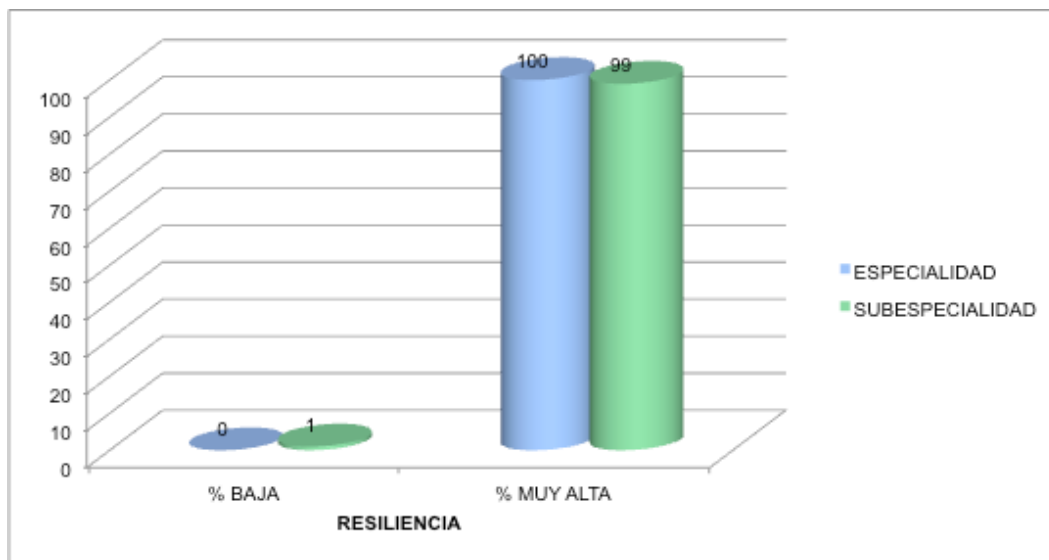


Gráfico 15. Crecimiento Postraumático Alto en relación con Resiliencia por Especialidad y Subespecialidad.

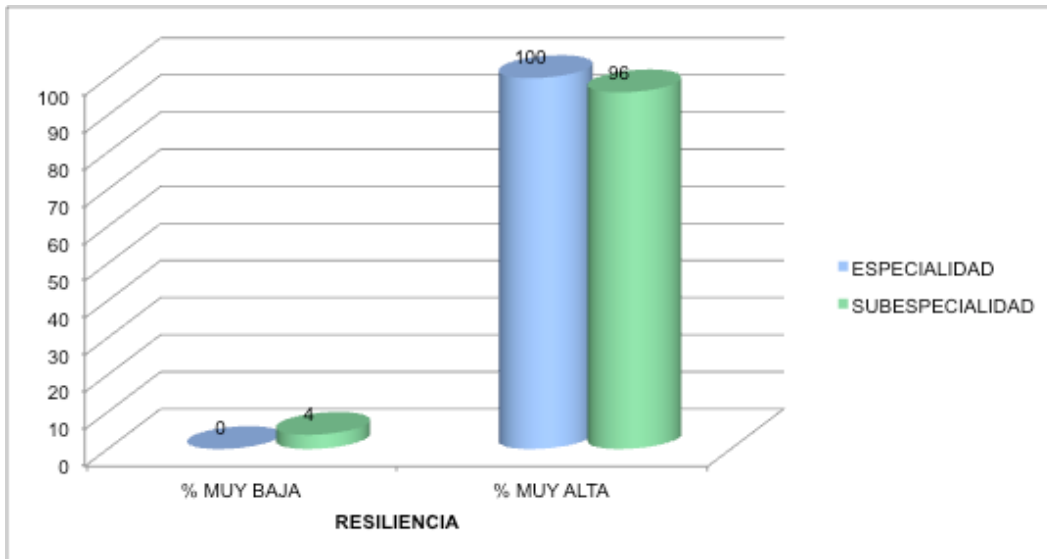


Gráfico 16. Crecimiento Postraumático Bajo en relación con Resiliencia por Especialidad y Subespecialidad.

16. Discusión.

Los resultados obtenidos en esta investigación nos muestran que fueron las mujeres quienes encabezaron los resultados de Resiliencia con un nivel *Muy alto*, lo que difiere de los resultados de Nolasco y Santiago en 2014 donde los hombres muestran mayor resiliencia. Sin embargo, es importante mencionar que coincidimos en resultados en donde los hombres muestran rasgos a ser más independientes, ya que en nuestro estudio ellos tuvieron niveles más elevados en “Sentirse bien solo” y “Confianza en sí mismo”.

Al clasificar nuestra gran población en Especialistas y Subespecialistas, en el rubro de Resiliencia se obtuvo que los Subespecialistas obtuvieron un nivel *Muy Alto* en cuatro de las cinco diferentes características resilientes, pero que los Especialistas tampoco se quedaron atrás, ya que los resultados arrojaron que se encuentran en un nivel *Alto*, lo que significa que a pesar de las adversidades y los grandes retos que nos trajo este periodo de pandemia nuestra población se recuperó y se adaptó con éxito, desarrollando y/o fortaleciendo las capacidades necesarias para lograr un buen desempeño.

En cuanto al Crecimiento Postraumático (CPT) se observó que en nuestra población las mujeres obtuvieron un mayor nivel como en los reportes del estudio realizado por Valiente y colaboradores en 2020 en donde el 54% de las mujeres se encontraban por sobre los hombres.

De igual manera, la medición del CPT en el contexto de este protocolo se ha estudiado muy poco a nivel mundial, y es la primera vez que se mide en los residentes de nuestro Instituto, al dividir su medición por Especialidad y Subespecialidades encontramos una gran diferencia, ya que en las Subespecialidades se obtuvieron niveles *Altos* en las dimensiones conceptuales propuestas por Tedeschi y Clahoun en su Inventario de Crecimiento Postraumático (1996), lo contrario obtenido en el grupo de Especialidad en donde en todas las dimensiones conceptuales se obtuvieron niveles *Bajos*, sin embargo como ellos mismos lo mencionan años más tarde (Calhoun y Tedeschi en 1999), se espera que el CPT no sea universal.

Por otro lado, es muy probable que los sujetos en el grupo de Subespecialidades presenten niveles *Altos* por que ya han estado sometidos a más transformaciones positivas debido a múltiples eventos traumáticos a lo largo de su carrera, cosa que los hace acreedores de niveles más elevados de CPT como lo dijeron Tennen y Affleck en 2005: al paso del tiempo aumentaba la fuerza de asociación entre crecimiento postraumático y bienestar; lo que se confirmó en el meta-análisis de Helgelson y colaboradores en 2006 donde se encontró que los efectos positivos del CPT eran mayores cuanto más tiempo había transcurrido desde el suceso traumático. Los Subespecialistas en su mayoría obtuvieron niveles *Altos* de CPT, a diferencia de la población incluida en Especialidades que obtuvieron niveles *Bajos* en las tres dimensiones conceptuales de la escala certificada para medir este rubro, que como ya se discutió previamente es muy probable y/o equivalente a los años que llevan enfrentando eventos adversos, ya sean personales o en conjunto. Sin embargo, al relacionar los resultados de ambas escalas, se observó en nuestra población de estudio que los niveles más elevados son directamente proporcionales y que las mujeres son las que destacan en ellos, lo que coincide con los resultados obtenidos por Nolasco y Santiago en 2014 en donde el hecho de ser mujer es considerado como una variable protectora, mientras que el ser hombre representa una mayor vulnerabilidad al riesgo.

17. Conclusión.

Este es uno de los pocos estudios que existen sobre Resiliencia y Crecimiento Postraumático en los Residentes en la actual Pandemia por COVID-19; con los resultados obtenidos podemos concluir que, en la gran mayoría de los residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez que participaron en este protocolo de investigación, sí tuvimos la presencia de Resiliencia y Crecimiento Postraumático en el período de Pandemia por COVID-19 y que en ambos las mujeres fueron quienes encabezaron los mayores niveles de acuerdo a los resultados obtenidos en ambas escalas para medir dichos parámetros.

Este estudio es el primero de su categoría que se realiza en nuestro Instituto en el cual podemos correlacionar los resultados de dos grandes escalas y con el cual obtuvimos que cualquier residente, ya sea de Especialidad o Subespecialidad que tuvo un nivel *Muy Alto* de Resiliencia, puede obtener tanto un nivel *Bajo* como uno *Alto* en Crecimiento Postraumático, lo que nos hace pensar que a pesar de tener un buen nivel de Resiliencia, el CPT aún es muy variable, probablemente a que efectivamente fue evaluado en una situación nunca antes vista como lo es por sí misma la pandemia por Covid 19, sin embargo faltaría aplicar nuevamente estas encuestas en otros periodos de la pandemia para valorar si con el transcurso del tiempo el crecimiento postraumático logra hacerse directamente proporcional al nivel de Resiliencia.

La importancia de este estudio radica en identificar los niveles en los que se encuentra la población de nuestro Instituto para así poder brindarles las herramientas que permitan reforzar y/o mejorar sus características resilientes y que les ayuden a obtener un crecimiento postraumático a corto plazo, mejorar su desempeño laboral y de manera directa la atención brindada a los pacientes, ya que se ha demostrado que el apoyo social y el compartir experiencias con otros tienen un efecto positivo en el CPT, sin embargo, aún faltan estudios de este tipo basados en personales de la salud, lo cual nos deja la puerta abierta a una gran oportunidad para desarrollar programas de intervención que nos ayuden a aumentar los niveles de crecimiento postraumático, beneficiando así la calidad de vida, disminuir el burnout y aumentar la calidad de atención en el personal hospitalario.

18. Cronograma de actividades.

ACTIVIDAD	2020										2021										2022						
	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	
Elaboración de protocolo	X	X																									
Registro de protocolo ante el Comité de Investigación			X	X																							
Prueba piloto					X	X	X	X	X																		
Colección de información									X	X	X	X	X	X													
Captura de datos														X	X	X	X	X									
Análisis de datos																		X	X	X	X						
Interpretación de resultados																					X	X	X	X			
Formulación de reporte																							X	X			
Redacción de tesis																										X	

19. Referencias bibliográficas.

1. Badilla, H. Para comprender el concepto de Resiliencia, de Universidad de Costa Rica. Sitio web: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000179.pdf>
2. Nolasco, Lilián & Santiago-Jiménez, María Evelinda. (2014). Los procesos de resiliencia en las comunidades campesinas de México. 10.13140/2.1.2524.8321.
3. González Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, & Valdez Medina, José Luis, & Zavala Borja, Yazmín Carolina (2008). Resiliencia en adolescentes mexicanos. Enseñanza e Investigación en Psicología, 13(1),41-52. ISSN: 0185-1594. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=292/29213104>.
4. Capuzano, M., Jiménez, Y. (Enero – Junio 2019). Resiliencia en estudiantes como herramienta para asegurar la calidad educativa. CEMYS: Revista Electrónica sobre Educación Media y Superior, Vol. 6, Num. 11.
5. PALOMAR LEVER, JOAQUINA, y GÓMEZ VALDEZ, NORMA E., y "DESARROLLO DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA CON MEXICANOS (RESI-M)." Interdisciplinaria, vol. 27, no. 1, 2010, pp.7-22. Redalyc, <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18014748002>
6. Sánchez-Teruel, David, & Robles-Bello, María Auxiliadora (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica, 2(40),103-113.[fecha de Consulta 17 de Octubre de 2020]. ISSN: 1135-3848. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4596/459645432011>
7. Salgado Lévano, Ana Cecilia. (2005). Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11(11), 41-48. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100006
8. Shine E., Bank T., Babayan T., Guevara J. (2020). A New Perspective: Posttraumatic Growth (PTG) from COVID-19. 2020, de The UCLA/VA VFWC. Sitio web: <https://vfwc.ucla.edu/node/415>
9. Arias, P. Y García F. (2019). Crecimiento Postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile; de Instituto de Investigación Conductual NeuroCorp, Quito, Ecuador y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Santo Tomás, Concepción, Chile. Sitio web: http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v17n2/v17n2_a05.pdf
10. Páez, D., Vázquez, C. y Echeburúa, E. (2012). Trauma Social, Afrontamiento Comunitario y Crecimiento Postraumático Colectivo. En M.J. Carrasco y B. Charro (Eds.) *Crisis, vulnerabilidad y superación*. Madrid: Eds. Universidad de Comillas.
11. Vera, B., Carbelo, B., Vecina, ML. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, 2006. Vol. 27(1), pp. 40-49.
12. Kalaitzaki, A., Tamiolaki, A. (2020). The healthcare professionals amidst COVID-19 pandemic: A perspective of resilience and posttraumatic growth. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102172>.
13. Villagrán, L., Reyes, C., Wlodarczy, A, Páez, D. (2014). Afrontamiento comunal, crecimiento postraumático colectivo y bienestar social en el contexto del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Terapia psicológica* 2014, Vol. 32, N° 3, 243-254.
14. Valiente, C., Vázquez, C., Peinado, V., Contreras, A. (2020). Salud mental positiva: Síntomas de bienestar y crecimiento postraumático ante el COVID-19.
15. Carmassi, C., Foghi, C., Dell'Oste, V., Cordone, A., Bertelloni, C., Bui, E. y Dell'Osso,

- L. (2020). PTSD symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113312>.
16. Xin Xu, Mu-li Hu, Yu Song, Zhang-xiu Lu, You-qiao Chen, Da-xing Wu & Tao Xiao (2016). Effect of Positive Psychological Intervention on Posttraumatic Growth among Primary Healthcare Workers in China: A Preliminary Prospective Study. Scientific Reports. DOI: 10.1038/srep39189.
17. Jianbo Lai, MSc; et al. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
18. Marialaura Di Tella PhD | Annunziata Romeo PhD | Agata Benfante MS | Lorys Castelli PhD (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. DOI: 10.1111/jep.13444.
19. Jessica J. Lie, MD, Caroline Huynh, MD, Tracy M. Scott, MD, MHPE, FRCSC, and Ahmer A. Karimuddin, MD, MAEd, FRCSC. (2020). Optimizing Resident Wellness During a Pandemic: University of British Columbia's General Surgery Program's COVID-19 Experience. Journal of Surgical Education. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2020.07.017>.

20. Limitación del estudio.

- No se puede comparar el nivel de crecimiento postraumático en periodo inter-pandemia y post-pandemia de Covid-19.
- No podemos diferenciar si el nivel de resiliencia o crecimiento postraumático obtenido está influenciado por algún acontecimiento traumático previo.

21. Anexos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y CONFIDENCIALIDAD

La pandemia de COVID-19 es una enfermedad nueva que enfrentan los profesionales de la salud como un riesgo de contagio laboral lo cual ha generado altos niveles de estrés, ansiedad y miedo. Se han propuesto diversas intervenciones institucionales e individuales para manejar y promover el bienestar del personal de salud en situaciones de desastre y eventos traumáticos. El presente estudio tiene como objetivo conocer aspectos relacionados con la resiliencia, burnout y determinantes del bienestar de los médicos residentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez para generar estrategias para prevenir, mitigar y tratar el impacto psicosocial de la pandemia en el personal encuestado. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, toda la información recabada será manejada de manera confidencial y analizada en conjunto. Contestar este cuestionario le llevará de 10 a 15 minutos. Este proyecto, esta coordinado por la Maestra Antonia López López y las Doctoras Fabiola Arévalo e Irma Rojas. Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas a través del siguiente correo electrónico mnavafrias@gmail.com. Instrucciones: Considere cada una de las siguientes preguntas de acuerdo con su situación actual. Escoja en cada frase, siendo lo mas sincer@ posible, el valor que refleje su experiencia profesional más frecuente para usted en los últimos 30 días.

ACEPTO
 NO ACEPTO

CUESTIONARIO DE DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS

1. Edad: _____
2. Género :
 Masculino Femenino
3. Estado civil:
 Casado Divorciado
 Soltero Viudo
 Unión libre Otro
4. Número de hijos: _____
5. Escolaridad:
 Primaria Licenciatura
 Secundaria Posgrado (Especifique):
 Bachillerato Ninguna
6. Especifique Posgrado: _____
7. Años de antigüedad laboral: _____
8. Departamento en el que presta su servicio: _____
9. Salario mensual: _____
10. Plaza:
 Residente Enfermería
 Adscrito Administrativo
 Jefe de servicio Intendencia
 Jefe de departamento Otro
11. Dependiendo de su respuesta anterior favor de especificar su plaza (Ejemplo: Residente de primer año de pediatría): _____
12. Durante las últimas semanas usted ha experimentado:
 Cargas excesivas de trabajo
 Falta de equipo de protección personal
 Fallas en el sistema de control de infecciones
 Agresiones directas por parte de pacientes
 Agresiones directas por familiares
 Agresiones por otras personas
13. Especifique: _____

ESCALA DE RESILIENCIA

Ítems	En desacuerdo					De acuerdo	
1. Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3. Dependo más de mí que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6. Me siento orgullosa de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8. Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10. Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11. Rara vez pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12. Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7

13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15. Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24. Tengo la energía para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7

ESCALA O INVENTARIO DE CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO

De acuerdo a la escala mostrada a continuación, indique cuánto cambio tuvo en su vida a raíz de la crisis/desastre vivida. Use la siguiente escala:

- 0: No he experimentado ningún cambio en mi vida a raíz de la crisis/desastre
- 1: Ha habido un cambio minúsculo en mi vida a raíz de la crisis/desastre
- 2: Ha habido un pequeño cambio en mi vida a raíz de la crisis/desastre
- 3: Ha habido un cambio moderado en mi vida a raíz de la crisis/desastre
- 4: Ha habido un gran cambio en mi vida a raíz de la crisis/desastre
- 5: Ha habido un cambio enorme en mi vida a raíz de la crisis/desastre

	0	1	2	3	4	5
1 Posibles áreas de crecimiento y cambio						
1 Han cambiado mis prioridades acerca de lo que es importante en mi vida.						
2 Tengo una mejor apreciación acerca del valor de mi propia vida.						
3 Desarrollé nuevos intereses.						
4 Tengo un mejor sentido de autosuficiencia.						
5 Soy una persona más espiritual, he crecido espiritualmente.						
6 Puedo apreciar más claramente que puedo contar con los demás en tiempos difíciles.						
7 He construido un nuevo rumbo o caminos de vida.						
8 Siento un mayor sentido de proximidad con las personas o mayor cercanía hacia los demás.						
9 Estoy más dispuesto a expresar mis emociones.						
10 Siento que puedo arreglármelas mejor en los momentos difíciles.						
11 Puedo hacer mejores cosas con mi vida.						
12 Estoy más dispuesto a aceptar la forma en que las cosas se dan.						
13 Puedo apreciar mejor cada día.						
14 Hay nuevas oportunidades que antes no estaban disponibles.						
15 Siento más compasión por los demás.						
16 Pongo más esfuerzo en mis relaciones.						
17 Estoy más dispuesto a intentar cambiar las cosas que necesitan ser cambiadas.						
18 Tengo o he desarrollado una mayor fortaleza religiosa.						
19 He descubierto que era o soy más fuerte de lo que pensaba.						
20 He aprendido lo maravillosas que son las personas o lo extraordinarias que pueden ser.						
21 Acepto de mejor manera el necesitar a los demás.						