



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA
FUENTE MUÑIZ

RESILIENCIA Y APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SU RELACIÓN CON
SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PERSONAL DE MEDICINA Y
ENFERMERÍA ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN MÉXICO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
TÍTULO DE ESPECIALISTA

EN:
PSIQUIATRÍA

PRESENTA:
CLAUDIA MARTÍNEZ VALDOVINOS

TUTORAS DE TESIS:
SOL DURAND ARIAS
MARCELA VALDÉS TOVAR

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Introducción	3
Marco teórico	5
La salud mental durante emergencias sanitarias	6
La salud mental de los trabajadores de la salud ante emergencias sanitarias	7
La salud mental durante la pandemia por COVID-19	8
La salud mental del personal de medicina y enfermería ante la pandemia por COVID-19	11
La salud mental de los trabajadores de la salud ante la pandemia por COVID-19 en México	16
Resiliencia	17
Apoyo social percibido	26
Metodología	29
Procedimiento	37
Análisis estadístico	37
Resultados	38
Discusión	49
Conclusiones	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	58

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo del 2020, el Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Gebreyesus, declaró que estábamos viviendo una pandemia relacionada con la enfermedad COVID-19, causada por el virus SARSCoV-2. Para entender la dimensión de esto, es importante tener algunos conceptos claros; por epidemia se entiende el aumento, a menudo repentino, del número de casos de una enfermedad por encima de lo que normalmente se espera en una población en una zona. Por su parte, el término "brote" conlleva la misma definición de epidemia, pero a menudo se utiliza para una zona geográfica más limitada. Por pandemia se entiende una epidemia que se ha extendido por varios países o continentes y que suele afectar a un gran número de personas (CDC, 2012).

Por lo general, las pandemias desencadenan una intensa respuesta sanitaria internacional, con miles de trabajadores de la salud que se encuentran en la primera línea de atención para intentar sofocar la crisis. De acuerdo con la OMS, las enfermedades infecciosas causadas por virus representan una grave amenaza para la salud pública, ya que constantemente aparecen nuevos patógenos o nuevas cepas de virus ya existentes. En los últimos 20 años se han producido varias epidemias virales, como el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) en 2003, el síndrome respiratorio del Oriente Medio (MERS) en 2012 y la enfermedad por el virus del Ébola en 2014. En diciembre del 2019, un nuevo virus perteneciente a la familia de los coronavirus (CoV), el SARSCoV-2, surgió en Wuhan, la mayor zona metropolitana de la provincia china de Hubei. A la enfermedad provocada por dicho virus se le nombró COVID-19 y fue declarada Emergencia de Salud Pública de Interés Internacional por la OMS el 31 de enero del 2020, por afectar además de China, a otros 18 países a distintos niveles (Ashour et al., 2020; Harapan et al., 2020).

Cada una de las emergencias sanitarias pasadas planteó problemas similares a la del COVID-19, tanto para los servicios de salud en general como para

el personal sanitario en particular, en cuanto a las repercusiones psicológicas relacionadas al aumento en la carga de trabajo, la necesidad de protección personal y los temores de una posible infección de ellos mismos y sus familias (Kisely et al., 2020). De acuerdo con la Organización de la Naciones Unidas (ONU), la pandemia por COVID-19 influye sobre la salud mental de las personas al afectar la capacidad para hacer frente a las adversidades, siendo menos capaces de hacerlo debido a los múltiples factores de estrés generados por la pandemia, como: miedo a contagiarse o contagiar a seres queridos o perderlos, desempleo, dificultades económicas o disminución de las interacciones sociales por los períodos de cuarentena. Así, aquellas personas que anteriormente tenían síntomas leves de ansiedad pueden experimentar un aumento en el número e intensidad de éstos y algunos desarrollar una condición de salud mental; por su parte aquellas que anteriormente tenían algún trastorno mental, pueden experimentar un empeoramiento de su condición y una reducción de su funcionamiento (UN, 2020).

Se ha observado que existen grupos específicos de la población afectados por COVID-19 de diferentes maneras, entre ellos destaca el personal de primeros auxilios y los trabajadores de la salud (TS) de primera línea, en particular el personal del área médica y de enfermería, quienes desempeñan un papel crucial en la lucha contra la enfermedad. Esta población está sometida a una tensión excepcional, pues debe hacer frente a una carga de trabajo extrema, a decisiones difíciles, al riesgo de infectarse y de contagiar a sus familias y sus comunidades, a la muerte de pacientes, además de la estigmatización, que se ha visto de forma común en numerosas comunidades (Holmes et al., 2020).

El interés de este estudio se deriva de reconocer que las emergencias sanitarias, como la actual, producen nuevos desafíos para la salud mental de los trabajadores de la salud, en particular para el personal del área de medicina y de enfermería quienes se encuentran en contacto directo o estrecho con pacientes.

MARCO TEÓRICO

Durante los últimos años a nivel mundial, nos hemos enfrentado a diversas crisis incluyendo catástrofes naturales, crisis provocadas por acciones humanas como terrorismo o actos de violencia y crisis sanitarias por diversos patógenos como el virus de la influenza y actualmente por el virus SARS-CoV-2. Cuando las crisis afectan la vida de las personas y las comunidades, se esperan altos niveles de estrés. Está bien establecido que la adversidad es un factor de riesgo para problemas de salud mental a corto y largo plazo, incluyendo la aparición de síntomas depresivos, ansiosos y el inicio o aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias de abuso (Dohrenwend, 2000).

Pero ¿a qué nos referimos cuando hablamos de salud mental? La OMS la define como "un estado de bienestar en el que la persona se da cuenta de sus propias capacidades y así puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y fructífera y puede hacer una contribución a su comunidad" (WHO, 2004). Según la ONU, una buena salud mental apoya la capacidad de los individuos para mostrar un comportamiento saludable que los mantenga a ellos mismos y a otros, seguros y saludables durante una pandemia, facilita que las personas desempeñen funciones clave en el seno de las familias, las comunidades y las sociedades, ya sea cuidando de los niños y los adultos mayores o contribuyendo a la recuperación económica de su comunidad. Por lo tanto, la salud mental es fundamental para la respuesta de cada país ante una pandemia (UN, 2020).

Es así como se considera de gran relevancia abordar el tema de la salud mental ante situaciones de emergencia como lo es la pandemia por COVID-19. A continuación se describen algunos antecedentes acerca de la salud mental de la población en general y de los trabajadores de la salud durante crisis sanitarias previas y algunos datos sobre la pandemia actual.

La salud mental durante emergencias sanitarias

Existen diversos estudios que se diseñaron para evaluar la salud mental de la población general durante y posterior a emergencias como catástrofes naturales y epidemias previas. Por ejemplo, en un estudio realizado en el 2004 en Toronto, Canadá, se examinaron los efectos psicológicos de la cuarentena causada por los brotes de SARS en esta región. Se incluyó a un total de 129 personas, quienes respondieron una encuesta electrónica que evaluaba el impacto psicológico a través de los siguientes instrumentos: Escala Revisada de Impacto de Eventos (*IES-R*, por sus siglas en inglés) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*CES-D*, por sus siglas en inglés). Como resultados, se observaron síntomas de Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en el 31.2% y 28.9% de los encuestados respectivamente. Un mayor tiempo en cuarentena se asoció con una mayor prevalencia de los síntomas del TEPT, mientras que el conocimiento o la exposición directa a alguien con un diagnóstico de SARS también se asoció con TEPT y síntomas depresivos (Hawryluck et al., 2004)

Otro estudio realizado en 2017 en Conakry, República de Guinea, tuvo como objetivo informar sobre la experiencia psicosocial asociada a la infección por el virus del Ébola. El estudio incluyó a un total de 68 personas que fueron atendidas en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Nacional de Donka para apoyo psicológico; entre ellos, había 37 sujetos infectados con el virus del Ébola que se reportaron como recuperados, 17 sujetos que tuvieron contacto con una persona portadora del virus y 14 sujetos sin contacto con algún portador pero que presentaban estrés psicológico. Se llevaron a cabo entrevistas psiquiátricas y se reportó que siete de los pacientes (10.9%) presentaron TDM moderado sin síntomas psicóticos y tres (4.41%) presentaron TEPT. Estos diagnósticos estuvieron basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada (*DSM IV-TR* por sus siglas en inglés). En la esfera social, 37 de estos pacientes (54%) experimentaron rechazo y estigmatización por parte de su comunidad y/o ambiente profesional. El estudio concluyó que los principales

problemas psicológicos que presentaron estos individuos fueron: miedo a enfermarse y morir, ansiedad, insomnio, evasión, retraimiento y anhedonia (Keita et al., 2017).

La salud mental de los trabajadores de la salud ante emergencias sanitarias

Al respecto de los trabajadores de la salud, investigaciones sobre epidemias anteriores han puesto de relieve los efectos negativos en la salud mental de esta población. Por ejemplo, un estudio realizado en Hong Kong en 2003 tuvo como objetivo valorar el impacto psicológico en los empleados que laboraron en la primera línea de atención del brote por SARS. Se envió el cuestionario realizado ad-hoc a 652 empleados de tres hospitales diferentes, con la finalidad de identificar la angustia psicológica. Este instrumento contenía preguntas de datos sociodemográficos, de estrés relacionado con el trabajo, de mecanismos de afrontamiento, la versión china del Cuestionario General de Salud de 12 ítems (*GHQ-12* por sus siglas en inglés), la adecuación de los elementos de apoyo (apoyo psicológico, seguro médico, guías clínicas adecuadas, trabajo en equipo, apoyo de la familia) y acerca de perspectivas negativas y positivas del brote. El 79% del personal que respondió la encuesta fueron mujeres, con una media de edad de 34 años. El 62% eran personal de enfermería, el 24% asistentes sanitarios, el 11% otros trabajadores de la salud (como terapeutas recreacionales) y el 3% profesionales médicos. Un total de 288 encuestados (44%) habían trabajado en la unidad de cuidados intensivos o en unidades médicas que atendían a pacientes de SARS durante el brote. El 68% (444 participantes) reportó niveles severos de estrés relacionado con el trabajo durante el brote, mientras que el 32% restante (205 participantes) reportaron su nivel de estrés como moderado. En el grupo con niveles altos de estrés, la mayoría (79%) informó que la emergencia sanitaria aumentó sus niveles de estrés ya que previo a éste, ellos percibían niveles leves de estrés relacionado con el trabajo. Dentro de las conclusiones del estudio se determinó que la morbilidad psicológica de los trabajadores de la salud se entendía mejor mediante la percepción de la vulnerabilidad personal, el estrés y el apoyo en el lugar de trabajo (Tam et al., 2004).

Otro estudio realizado en Japón durante la pandemia por influenza H1N1 en 2009, tuvo como objetivo investigar el impacto psicológico en los trabajadores de los hospitales y la forma en que la salud mental se vio afectada por las características del hospital, el género, la edad, el trabajo y el entorno laboral. Poco después de que terminara la pandemia en la ciudad de Kobe, se distribuyó un cuestionario con 19 preguntas relacionadas con el estrés (IES-R) a los 3,635 empleados de los tres principales hospitales generales de la ciudad. Se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio del cuestionario, lo que produjo cuatro factores: 1) ansiedad por el contagio, 2) agotamiento, 3) carga de trabajo y 4) sensación de estar protegido. Dentro de los resultados solo se encontró diferencias significativas entre hombres y mujeres en el factor “carga de trabajo”. La ansiedad por el contagio fue más fuerte en los trabajadores jóvenes (20 años vs. 40 - 60 años), esto se atribuyó a que se sabía que las personas más jóvenes tenían más probabilidades de infectarse por el virus. También, la sensación de estar protegido parecía ser más fuerte en los trabajadores de mediana edad (entre 40 y 50 años) que en los trabajadores jóvenes. Se identificó que los empleados de enfermería estaban significativamente más ansiosos por el contagio, en comparación con el personal médico. Interesantemente, se identificó que los trabajadores que laboraban en hospitales con servicio de psiquiatría tuvieron menos impacto psicológico ya que se sentían más apoyados, en comparación con los trabajadores de hospitales que no contaban con servicios de psiquiatría y que refirieron sentirse “desprotegidos” (Matsuishi et al., 2012).

La salud mental durante la pandemia por COVID-19

Debido a los antecedentes ya mencionados, no es sorprendente que durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en varios países se hayan registrado síntomas de depresión y ansiedad en niveles superiores a los habituales. Sin embargo, esta pandemia ha tenido características que la hacen diferente a otras crisis de salud. Una de ellas es el número de fallecimientos que se registraron en los primeros dos meses, ya que en febrero del 2020 la OMS informó que la tasa de

letalidad por COVID-19 era del 2% aproximadamente, una cifra mucho menor en comparación con el brote de SARS en 2003 que tuvo una tasa de letalidad de alrededor del 10% (8,098 casos y 774 muertes) y con el brote de MERS que tuvo una tasa de aproximadamente de 34% entre 2012 y 2019 (2,494 casos y 858 muertes). A pesar de una menor tasa de letalidad, la enfermedad por SARSCoV-2 ya había provocado más muertes (1,871) que el SARS y MERS juntos para febrero del 2020 en China (Mahase, 2020). Esto llevó a que muchos de los países afectados establecieran cuarentenas prolongadas. En el caso de México, la Secretaría de Salud declaró desde el 24 de marzo del 2020 que el país se encontraba en Fase 2 Epidemiológica o de Transmisión Comunitaria, indicando la aplicación estricta de las medidas básicas de higiene, la práctica de la sana distancia, así como la suspensión de clases, eventos y reuniones donde participaran más de 100 personas y de actividades laborales que involucraran la movilización de personas en todos los sectores de la sociedad. El 21 de abril del 2020, se declaró la Fase 3 Epidemiológica, es decir, que en este punto el virus ya habría infectado en forma general a más del 1% de toda la población del país, por lo que se indicó seguir con las medidas de higiene y protección que ya se tenían, así como la suspensión de actividades en los sectores no primarios o establecimientos relacionados a ellos. Se instauraron semáforos epidemiológicos en todos los estados de la república y en la Ciudad de México, el semáforo rojo “No salir si no es estrictamente necesario” continuó hasta el mes de junio del 2020. A dos años del inicio de la pandemia, todavía se ven afectadas muchas actividades del sector comercial, de turismo, entre otros. Otra de las diferencias de esta pandemia respecto a las anteriores, es el acceso masivo a medios informativos y redes sociales, los cuales han tenido una relevante participación en la difusión de la información sobre la enfermedad, pero también de noticias falsas o información no validada por fuentes científicas, lo que puede influir en la presencia de niveles mucho más altos de angustia en la población. Un estudio realizado en China pone en evidencia lo anteriormente mencionado, ya que tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de los problemas de salud mental y examinar su asociación con la exposición a los medios y redes sociales. La investigación se llevó a cabo entre el 31 de enero y el 2 de febrero de

2020 y se utilizó una encuesta en línea para hacer una evaluación rápida del tema. En el estudio participaron 4,872 personas de 31 provincias y regiones autónomas. Además de la exposición a los medios de comunicación social, la depresión fue evaluada por la versión china del Índice de Bienestar de la OMS (OMS-5) y la ansiedad fue evaluada por la versión china de la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7, por sus siglas en inglés). Se utilizaron regresiones logísticas multivariadas para identificar las asociaciones entre la exposición a los medios de comunicación social y los problemas de salud mental. Más del 80% de los participantes informaron estar frecuentemente expuestos a los medios de comunicación social y se encontró una prevalencia de depresión, ansiedad y combinación de depresión con ansiedad en el 48.3%, 22.6% y 19.4% respectivamente. Según los resultados la exposición a estos medios se asoció positivamente con altas probabilidades de ansiedad ($p < 0.001$ OR = 1.72, IC del 95%: 1.31-2.26) y de depresión ($p < 0.001$ OR = 1.91, IC del 95%: 1.52-2.41) en comparación con una menor exposición (Id et al., 2020).

Otro estudio realizado en China tuvo como objetivo evaluar la carga de salud mental en su población ante la pandemia y explorar los posibles factores asociados. Mediante una encuesta electrónica se recogieron datos de 7,236 voluntarios; se utilizaron las versiones chinas de la GAD-7 para evaluar los síntomas de ansiedad del sujeto, la escala CES-D para identificar si los participantes tenían síntomas de depresión y la escala *Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI)*, por sus siglas en inglés) para evaluar la calidad del sueño de los sujetos durante las dos semanas previas a la encuesta. La prevalencia general de los síntomas ansiosos, depresivos y la mala calidad del sueño de la población general fue del 35.1%, 20.1% y 18.2%, respectivamente. Es importante mencionar que las personas más jóvenes presentaron una prevalencia significativamente mayor de síntomas ansiosos y depresivos. En comparación con otros grupos profesionales como maestros, estudiantes y empleados de empresas, los trabajadores de la salud (personal de medicina, enfermería y administrativos) presentaron la tasa más alta (23.6%) de mala calidad del sueño (Y. Huang & Zhao, 2020).

Con relación a la pandemia, en una carta al editor de la revista *Asian Journal of Psychiatry*, se reportó sobre dos casos de intento suicida asociados a la pandemia en India. Una de las personas desarrolló síntomas de ansiedad y depresiónseveras después de saber que una persona con la que entró en contacto resultó ser positivo para COVID-19, mientras que la segunda persona desarrolló síntomas de ansiedad y depresión debido a la aprehensión de una posible infección, después de entrar en contacto con personas con historial de viajes. Mientras que el primer caso tuvo un contacto directo con un caso positivo de COVID-19, el segundo sujeto sólo había conocido a una pareja extranjera. En ambos casos, la depresión y la ansiedad fueron alimentadas por la sobrecarga de información en los medios de comunicación respecto a los contagios, fallecimientos, etc. (Sahoo et al., 2020).

La salud mental del personal de medicina y enfermería durante la pandemia por COVID-19

Como ya se mencionó, una de las poblaciones que parece ser más afectada en cuestión de salud mental durante una crisis sanitaria, es la del personal del área de medicina y de enfermería, por lo no es de extrañarse que se tuviera gran interés por estudiar a esta población durante la pandemia actual. Por ejemplo, en las estadísticas reportadas en China, los trabajadores de la salud informaron altos índices de depresión (50%), ansiedad (45%) e insomnio (34%) (UN, 2020).

En este país, se realizaron los primeros estudios transversales que evaluaron el impacto de la pandemia en la salud mental del personal de salud que laboró atendiendo pacientes COVID-19 positivos. Un estudio evaluó la magnitud de los cambios en la salud mental y los factores asociados entre los trabajadores de la salud que trataron a pacientes con la enfermedad. Se realizó a través de un cuestionario en línea en el que se recogieron datos demográficos y mediciones de la salud mental de un total de 1,257 trabajadores de la salud de 34 hospitales del 29 de enero hasta el 3 de febrero de 2020. El grado de los síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés se evaluó a través de las versiones chinas del Cuestionario de Salud del Paciente de 9 ítems para evaluar depresión (*PHQ-9*, por

sus siglas en inglés), la *GAD-7* para ansiedad, el Índice de Gravedad del Insomnio de 7 ítems (*ISI*, por sus siglas en inglés) y la *IES-R* para estrés. Un total de 1,257 de 1,830 personas contactadas completaron la encuesta, con una tasa de participación del 68.7%. Del total, 964 participantes (76.7%) eran mujeres, 764 (60.8%) era personal del área de enfermería y 493 (39.2%) era personal del área médica; 760 (60.5%) trabajaban en hospitales de Wuhan y 522 (41.5%) era personal sanitario de primera línea. Una proporción considerable de los participantes informó síntomas de estrés (899 [71.5%]) depresión (634 [50.4%]), ansiedad (560 [44.6%]) e insomnio (427 [34.0%]). El análisis de regresión logística multivariado mostró que los trabajadores de la salud de primera línea que participaban en el diagnóstico, tratamiento y cuidado directo de pacientes con COVID-19 presentaron un mayor riesgo de síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y distrés. Los autores concluyeron que el personal de enfermería, las mujeres, los trabajadores de atención médica de primera línea y los que trabajaban en Wuhan, se encontraban en alto riesgo de presentar cambios no favorables a nivel de salud mental, en comparación de otros trabajadores de la salud (Lai et al., 2020).

El otro estudio tuvo como objetivo evaluar la salud mental del personal del área médica y de enfermería en Wuhan, así como la eficacia de conectar las necesidades psicológicas con la búsqueda de atención psicológica. Esto se llevó a cabo a través de un cuestionario anónimo que se distribuyó a todas las estaciones de trabajo a través de internet desde el 29 de enero hasta el 4 de febrero de 2020. Se utilizaron cuatro escalas para evaluar el estado de salud mental del personal: el *PHQ-9*, la *GAD-7*, el *ISI* y la *IES-R*, para valorar síntomas de depresión, ansiedad, insomnio y estrés respectivamente. En los resultados se destacó que de 994 miembros del personal médico y de enfermería que trabajaban en Wuhan, el 36.9% presentaba trastornos de salud mental por debajo del umbral (media *PHQ-9*: 2.4), el 34.4% presentaba trastornos leves (media *PHQ-9*: 5.4), el 22.4% presentaba trastornos moderados (media *PHQ-9*: 9.0) y el 6.2% presentaba trastornos graves (media *PHQ-9*: 15.1) y esta carga recaía especialmente en las mujeres jóvenes. De todos los participantes, el 36.3% había accedido a materiales psicológicos (libros sobre salud mental), el 50.4% había accedido a recursos psicológicos disponibles a través

de los medios de comunicación (mensajes sobre métodos de autoayuda para la salud mental), y el 17.5% había participado en algún tipo de psicoterapia. Dentro de las conclusiones se mencionó que, aunque el personal tenía acceso a servicios limitados de atención en salud mental, estos consideraron que eran recursos importantes para aliviar los síntomas agudos psiquiátricos y mejorar sus percepciones acerca de su salud física, lo que pone de relieve la importancia de estar preparados para apoyar a los trabajadores de primera línea mediante intervenciones de salud mental en momentos de crisis generalizadas (Kang et al., 2020).

Por otra parte, en un estudio realizado en Italia se evaluaron las repercusiones a la salud mental de médicos en primera y segunda línea de atención durante la pandemia. Los datos sobre salud mental se recogieron entre el 27 y el 31 de marzo de 2020 mediante un cuestionario en línea difundido en las redes sociales. Todos los trabajadores de la salud que se presentaron a trabajar en Italia fueron elegibles y en el cuestionario se investigaron variables demográficas clave como características del lugar de trabajo, ser un trabajador de primera o segunda línea, e información relativa al impacto directo del COVID-19, incluyendo el hecho de tener colegas infectados o fallecidos. Los resultados más relevantes de salud mental fueron síntomas de TEPT, depresión severa, ansiedad, insomnio, estrés percibido y se evaluaron mediante la versión italiana del *Global Psychotrauma Screen* (GPS, por sus siglas en inglés), el *PHQ-9*, la *GAD-7*, *ISI* y la Escala de Estrés Percibido (*PSS*, por sus siglas en inglés) tomando en cuenta 6 de 10 ítems. Los participantes se clasificaron como positivos para la condición psiquiátrica de acuerdo con los siguientes valores en los puntajes de cada instrumento aplicado: sospecha de TEPT ≥ 3 en la subescala GPS-TEPT, depresión grave si $PHQ \geq 15$, ansiedad grave si $TAG \geq 15$, insomnio grave si $ISI \geq 22$. Un total de 1,379 trabajadores de la salud completaron el cuestionario, los síntomas del trastorno de estrés postraumático, depresión grave, ansiedad, insomnio y el alto estrés percibido fueron respaldados respectivamente por 681 (49.38%), 341 (24.73%), 273 (19.80%), 114 (8.27%) y 302 (21.90%) encuestados. El análisis de regresión mostró que la edad más joven y el sexo femenino se asociaron con todos los resultados investigados, excepto el

insomnio. Además, ser un trabajador de primera línea se asoció específicamente con los síntomas de TEPT y el personal de enfermería, así como de asistencia sanitaria (personal de paramédicos y bomberos) tenían más probabilidades de tener insomnio grave. El hecho de que un colega falleciera, requiriera hospitalización o estuviera en cuarentena se asoció con síntomas de TEPT, depresión, insomnio y estrés percibido (Rossi, 2020).

Con relación al personal de enfermería, un estudio realizado en China tuvo como finalidad investigar las respuestas emocionales y los estilos de afrontamiento de este personal que laboraba en hospitales y compararlos con los de los estudiantes universitarios de enfermería. Este estudio se llevó a cabo a través de la encuesta en línea “Cuestionario Estrella” del 1 al 20 de febrero de 2020 en la provincia de Anhui. Para evaluar las respuestas emocionales se utilizó una versión corta de la Escala de Afectos Positivos y Negativos (*PANAS*, por sus siglas en inglés) y para la evaluación de los estilos de afrontamiento se utilizó el cuestionario *Brief COPE*. Se enviaron un total de 850 cuestionarios y se recuperaron 802 cuestionarios válidos y completos, con una tasa de respuesta del 94.35%. Las edades de los participantes oscilaron entre los 18 y los 84 años, 602 (74.9%) participantes fueron mujeres, 202 (25.1%) fueron hombres; 298 (37.1%) estaban en zonas rurales y 506 (62.9%) en zonas urbanas; 374 participantes (46.5%) eran profesionales y 430 (53.5%) eran estudiantes de enfermería; 61 participantes (7.6%) trabajaban en comunidades con pacientes confirmados, 168 (20.9%) trabajaban en comunidades con personas aisladas y 575 (71.5%) vivían en comunidades no afectadas por la pandemia. Se encontró que las mujeres presentaron mayores niveles de angustia y miedo que los hombres; los participantes de las ciudades también tenían mayores niveles de estas afecciones, a comparación de los participantes de zonas rurales, sin embargo, los participantes de las zonas rurales experimentaron más tristeza que los participantes urbanos. Así mismo, se reportó que mientras más cercano estuviera el personal de una zona COVID-19 había relación con mayores niveles de angustia y enojo. El estudio concluyó que el personal profesional de enfermería presentó mayores niveles de angustia, miedo, tristeza y enojo debido a su entorno de trabajo, que los estudiantes de enfermería,

aunque estos últimos presentaron mayores niveles de duda e impotencia (L. Huang et al., 2020).

El objetivo de otro estudio realizado en Brasil fue comparar los indicadores de salud mental de los trabajadores de la salud (psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, logopedas, terapeutas ocupacionales, dentistas, farmacéuticos y trabajadores sociales) que atendieron a personas con COVID-19, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y ocupacionales y la percepción de riesgo de contaminación por el virus. Se evaluó una muestra de 916 trabajadores de la salud, utilizando instrumentos estandarizados para evaluar ansiedad, depresión, estrés postraumático e insomnio: *GAD-7*, *PHQ-9*, Checklist de TEPT del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ª edición (*DSM-5*, por sus siglas en inglés) e *ISI* y un cuestionario para evaluar los factores de riesgo y protección. Los resultados revelaron que todos los grupos presentaban indicadores de problemas de salud mental significativos (>36%), especialmente el grupo de enfermería. Un factor de protección para todos los grupos fue tener perspectivas profesionales positivas. Los factores de protección para el grupo de médicos incluían el apoyo proporcionado por los compañeros de trabajo, ser mayor y ser hombre, mientras que estar satisfecho con las medidas de protección física aplicadas por la institución empleadora fue un factor de protección para los grupos compuestos por trabajadores de enfermería y otros profesionales (Osório et al., 2021).

Otro estudio llevado a cabo recientemente en Alemania tuvo como principal objetivo identificar los factores de riesgo y de protección ante la depresión y la ansiedad generalizada en el personal sanitario (tomando en cuenta apoyo social y optimismo). Como parte del estudio *VOICE* (n = 7,765), un estudio de encuesta longitudinal basado en la web entre de los trabajadores sanitarios en Alemania, se evaluaron los síntomas de depresión (*PHQ-2*) y la ansiedad generalizada (*GAD-2*), el apoyo social (Inventario de Apoyo Social, *ENRICHD*, por sus siglas en inglés) y el optimismo generalizado. Los análisis revelaron una asociación entre los niveles más altos de apoyo social y optimismo con los niveles más bajos de depresión y

ansiedad generalizada. Además, factores de riesgo demográficos o laborales, como el sexo femenino y el contacto directo con individuos infectados mostraron una mayor asociación con la depresión y la ansiedad generalizada (Schug et al., 2021).

La salud mental de los trabajadores de la salud durante la pandemia por COVID-19 en México

La mayoría de los estudios anteriores fueron realizados en países considerados de altos ingresos, sin embargo, sabemos que el contexto social y cultural puede influir en las características de la salud mental de una población. Además, es de importancia mencionar que la mayor parte de la población mundial vive en países de ingresos bajos y medianos y que - históricamente - han recibido sólo una pequeña fracción de los recursos mundiales para la salud mental (Kola et al., 2021)

En este sentido, un estudio transversal basado en una encuesta en línea realizado en México tuvo como objetivo evaluar los problemas de salud mental de los trabajadores sanitarios durante el escenario común de exposición al COVID-19, comparando a los de primera línea con otros trabajadores sanitarios según el género y la profesión, para determinar los principales factores de riesgo de los problemas de salud mental más frecuentes. Se llevó a cabo con una muestra de 5,938 trabajadores sanitarios mexicanos y los problemas de salud mental identificados fueron insomnio, depresión y TEPT, todos ellos más frecuentes en los trabajadores sanitarios de primera línea y en las mujeres. La falta de tiempo de descanso fue el principal factor de riesgo para el insomnio. El duelo por la muerte de amigos o seres queridos debido a la COVID-19 fue el principal factor de riesgo para la depresión (OR = 2.2, IC 95% 1.8-2.7), y el estado personal de la COVID-19 fue el principal factor de riesgo para el TEPT (OR = 2.2, IC 95% 1.7-2.9) (Robles, Rodríguez, et al., 2020).

Un estudio cualitativo descriptivo exploratorio realizado en nuestro país, tuvo la finalidad de valorar herramientas de intervención psicológica para los

trabajadores de salud en primera línea de atención, a través de la observación de la utilidad y claridad de videos psicoeducativos basados en evidencia para prevenir el desgaste profesional y la fatiga por compasión, así como el manejo de pacientes y familiares no cooperativos, hostiles o ansiosos. Los videos se distribuyeron al personal, solicitando su opinión con base en preguntas específicas. La totalidad (24 participantes) consideró los videos muy benéficos, relevantes y aplicables en el trabajo y su vida diaria personal y familiar, y reportó disposición a compartirlos y a recibir más material de este tipo (Robles, Palacios, et al., 2020). Lo anterior nos hace pensar en el impacto de los medios digitales de comunicación, que bien pueden influir negativamente en la población, a través del exceso de noticias, pero también pueden utilizarse con una finalidad positiva.

Al considerar los ejemplos anteriores de estudios que hablan sobre la salud mental en la población en general y también de poblaciones específicas como la de los trabajadores de la salud, se puede notar que los eventos catastróficos como las epidemias o pandemias pueden generar cambios en la salud mental. Sin embargo, también se ha visto que hay algunas personas que no desarrollan estos síntomas y que pueden enfrentar las adversidades de la misma manera que afrontan otros problemas de la vida diaria, o que posterior al evento de estrés se pueden recuperar e incluso aprender sobre lo acontecido. Pero ¿qué hace diferentes a estas personas?, esta pregunta nos hace pensar en las posibles características personales y/o del entorno que puede tener un individuo para poder continuar con una adecuada salud mental a pesar de vivir eventos estresantes. Dentro de esas características se encuentran la resiliencia y el apoyo social percibido como factores que pueden influir en el mantenimiento de la salud mental ante este tipo de adversidades.

Resiliencia

A lo largo de la vida, el ser humano enfrenta eventos o experiencias estresantes que resultan negativas y que pueden contribuir al desarrollo de síntomas o trastornos mentales, sin embargo, el humano también tiene la capacidad

de adaptarse a estas experiencias, a lo cual se le llama resiliencia (Masten, 2001). El término resiliencia es una castellanización de la palabra inglesa *resilience*, derivada del latín *resilio*, que significa rebotar, volver atrás, volver de un salto. Originalmente se utilizó en la física para referirse, según la Real Academia de la Lengua Española, a la “capacidad de un material, mecanismo o sistema para recuperar su estado inicial cuando ha cesado la perturbación a la que había estado sometido” o dentro del campo de las ciencias biológicas a la “capacidad de adaptación de un ser vivo frente a un agente perturbador o un estado o situación adversos”. En las investigaciones psicosociales, el término resiliencia se utiliza para describir la resistencia relativa a las experiencias psicosociales de riesgo y también como un proceso de afrontamiento ante la adversidad, cambio u oportunidad que resulta en la identificación, fortificación y enriquecimiento de las cualidades consideradas como resilientes o de los factores protectores (Rutter, 2013).

Los primeros estudios sobre la resiliencia se centraron en la etiología y desarrollo de la psicopatología en niños y adolescentes, ya que se consideraba una población vulnerable, debido a trastornos mentales de los padres, problemas perinatales, conflictos interpersonales, pobreza o una combinación de estos factores. El entendimiento y estudio actual de la resiliencia toma en cuenta que ésta puede ser vista como un proceso en el que es necesario que el individuo se encuentre expuesto a una importante carga de estrés y adversidad, y sus esfuerzos por contender con ellos terminen orientándose hacia una adaptación positiva a pesar de sufrir agresiones a lo largo del proceso de desarrollo (Cortés & Cruz, 2011). En la actualidad, también se considera que la resiliencia desempeña un papel importante en la experiencia de acontecimientos adversos o traumáticos, como lo es el proceso de una enfermedad. Algunos autores consideran que la resiliencia propone una hipótesis explicativa del comportamiento saludable en condiciones adversas o de alto riesgo, considerándola como un rasgo personal, constituido sobre la base del vínculo temprano y cultivado a lo largo de la historia de los sujetos, que les permite apropiarse de los acontecimientos de la vida (Villalta & Delgado, 2016).

Modelos de resiliencia

La forma de entender, definir y medir la resiliencia varía considerablemente, tanto en los estudios sobre animales como en los humanos. A partir de la evolución de la investigación, el concepto de resiliencia ha cambiado significativamente, pasando de estar orientado a los rasgos personales a ser un resultado dinámico, que se basa en conceptos de la epidemiología del curso de la vida, la psiquiatría transdiagnóstica, la psicología del desarrollo, la investigación de las emociones y la neurociencia cognitiva (Rössler et al., 2021).

A lo largo del tiempo se han elaborado diversos modelos de resiliencia. Dentro de los primeros modelos se definió a la resiliencia como una habilidad o capacidad individual de enfrentarse, sobreponerse y fortalecerse ante la adversidad. Las investigaciones se focalizaban en la infancia, partiendo de un escenario de riesgos, por lo tanto, los elementos que actuaban en la resiliencia se denominaban factores de riesgo y factores de protección. Las conclusiones de estos primeros estudios fueron que la resiliencia está basada en un conjunto de características personales (empatía, afectividad, autonomía, humor, competencia, etc.), aunque ya desde entonces se empezó a recalcar la importancia de los factores externos como la familia o el apoyo de un adulto significativo (Werner & Smith, 1982).

En modelos posteriores no se hizo tanto hincapié en las características específicas sino en entender el propio proceso que lleva a las personas a salir de la adversidad, por tanto, la resiliencia es vista como un conjunto de procesos intrapsíquicos, sociales y relacionales. El entorno tiene mucha más importancia y se empiezan a crear modelos ecológicos de resiliencia, además de que se expande el ámbito de aplicación a adolescentes y familias. Dentro de las conclusiones de estos modelos se argumentó que el uso de “factores de riesgo” y “factores de protección” como base del análisis de la resiliencia puede resultar arbitrario ya que estos factores no afectan por igual a todas las personas, lo que lleva a poner de manifiesto la importancia de tener en cuenta la diversidad tanto de los participantes como de los contextos a la hora de diseñar o aplicar programas de resiliencia (Rutter, 1987). Dentro de esta misma discusión, otros autores propusieron el término “factores de

resiliencia” en lugar de considerarlos factores protectores, debido a que este último término corresponde a un modelo médico destinado a la prevención. Lo anterior resulta incoherente con la idea de resiliencia ya que si los factores de protección realmente protegieran del riesgo no se manifestaría la resiliencia, entendida como “la capacidad humana de hacer frente, superar, salir fortalecido e incluso ser transformado por las experiencias de adversidad” (E. Grotberg, 1995). De acuerdo con Grotberg, los factores de resiliencia se dividen en fortalezas internas desarrolladas (yo soy / yo estoy), apoyo externo recibido (yo tengo) y habilidades sociales y de resolución de conflictos adquiridas (yo puedo). Además, amplía el estudio de la resiliencia a personas, grupos y comunidades tomando conciencia de la importancia de traspasar el marco de estudio tradicional y creando un modelo para la promoción de resiliencia que puede aplicarse a múltiples entornos (E. Grotberg, 1999; Mellido et al., 2008).

Evaluación de la resiliencia

A pesar de que la resiliencia es un término abstracto y dinámico, existen varios instrumentos que se han desarrollado con la finalidad de medirla y que toman en cuenta diferentes características de este término. En una revisión de los instrumentos que se diseñaron para medir la resiliencia realizada en el 2006, se encontraron seis principales constructos medidos que incluían “factores protectores que apoyan la resiliencia”, “capacidad de afrontar el estrés con éxito”, “recursos protectores centrales de ajuste a la salud”, “comportamiento de afrontamiento resiliente” y “la resiliencia como una característica positiva de la personalidad que mejora la adaptación individual” (Ahern et al., 2006). Algunos de esos instrumentos son la *Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC*, por sus siglas en inglés) que toma en cuenta a la resiliencia como una medida de la capacidad de afrontamiento al estrés. Los autores de la escala concluyeron que la capacidad de resiliencia era cuantificable y estaba influida por el estado de salud mental (es decir, las personas con enfermedades mentales tienen niveles de capacidad de resiliencia inferiores a los de la población general); que la capacidad de resiliencia era

modificable y podía mejorar con el tratamiento y finalmente, que una mejoría de la capacidad de resiliencia correspondía a niveles más altos de mejoría global. La escala consta de 25 ítems (hay una versión corta de 10 ítems) con afirmaciones como: sé adaptarme a los cambios, puedo manejar cualquier situación, veo el lado positivo de las cosas, consigo alcanzar mis metas a pesar de las dificultades, me defino como una persona fuerte, etc. El rango de la escala va de 0 a 100 y mayores puntuaciones indican mayor nivel de resiliencia (Connor & Davidson, 2003). La *Escala de Resiliencia (SV-RES)*, desarrollada en Chile como alternativa de medición de la resiliencia en América Latina y diseñada para responder a dos preguntas: ¿Qué recursos personales utiliza el sujeto para enfrentar la adversidad de manera consciente e intencional? y ¿Cómo se constituye el comportamiento resiliente desde la perspectiva del sujeto? Es una escala auto aplicable con 60 ítems divididos en tres recursos “Yo soy”, “Yo tengo” y “Yo puedo”, que a su vez forman 12 factores de resiliencia específicos: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad. El puntaje más alto refleja mayores habilidades o características de resiliencia (Villalta & Delgado, 2016). Existe una validación de esta escala en México, para su uso en población oncológica (Durand-Arias et al., 2020). La *Escala Breve de Resiliencia (BRS)*, por sus siglas en inglés), que es una herramienta creada con la finalidad de evaluar el significado original y más básico de la palabra resiliencia “rebotar” o “saltar de nuevo”, reconociendo que - a pesar de que las palabras evolucionan en su significado con el tiempo - la capacidad de recuperarse o de reponerse del estrés podía ser importante para evaluar y estudiar por sí misma, y también que podía ser una capacidad particularmente importante para las personas que ya están enfermas o que se enfrentan a constantes tensiones relacionadas con la salud. En el presente estudio utilizaremos esta escala, debido a que evalúa específicamente la resiliencia como la capacidad de reponerse, resistir a la enfermedad, adaptarse al estrés o prosperar frente a la adversidad, a diferencia de otros instrumentos que evalúan los factores o recursos de protección que implican características personales y mecanismos de afrontamiento. Según sus autores (Smith et al., 2008), la escala se elaboró con la finalidad de usar tan pocos elementos como fuera necesario para

desarrollar un instrumento fiable para un constructo unitario. Los ítems de la escala se elaboraron con base en el análisis de escalas de resiliencia ya existentes y se seleccionaron los elementos finales de una lista de elementos potenciales, basados en la retroalimentación de los miembros del equipo de investigación y en pruebas piloto con estudiantes universitarios. Posteriormente, la escala BRS fue probada en cuatro muestras: la muestra 1 se conformó por 128 estudiantes universitarios, la muestra 2 consistió en 64 estudiantes universitarios, la muestra 3 incluyó a 112 pacientes de rehabilitación cardíaca, la muestra 4 consistió en 50 mujeres que tenían fibromialgia ($n = 20$) y controles sanos ($n = 30$); los autores mencionan que incluyeron a pacientes con dolor crónico y que se encontraban en rehabilitación cardíaca porque consideraron que la resiliencia podía ser particularmente relevante en esta población. La BRS se aplicó en forma de cuestionarios a las cuatro muestras y también se incluyeron otros instrumentos de medición para la comparación y evaluación de la validez convergente. Los otros instrumentos se eligieron con base en cinco grandes rubros: la resiliencia en sí, otras características personales, estilos de afrontamiento, relaciones sociales y resultados relacionados con la salud. Se encontró que la escala BRS es un instrumento con adecuados niveles de validez y confiabilidad; la consistencia interna fue buena, con un alfa de Cronbach (α) que osciló entre 0.80 y 0.91 en las diferentes poblaciones a las que se les aplicó la escala (Muestras 1 a 4=0.84, 0.87, 0.80 y 0.91 respectivamente). La confiabilidad test-retest fue de 0.69 al aplicarla durante un mes en 48 participantes de la muestra y de 0.62 al aplicarla durante tres meses en 61 participantes de la muestra (Smith et al., 2008).

En un estudio realizado para evaluar la validez y confiabilidad de la escala en su versión en español, se concluyó que las puntuaciones del BRS mostraron una confiabilidad y validez adecuadas; la consistencia interna fue adecuada con un alfa de Cronbach de 0.83, el test-retest se realizó en un grupo de padres de niños en estado crítico y al evaluar las correlaciones de Pearson, todas fueron significativas ($p < 0.001$). El coeficiente de correlación intraclass se calculó para los 143 sujetos que completaron las tres evaluaciones y tuvo un valor de 0.69 (IC 95% 0.62-0.76). La correlación fue positiva y significativa ($p < 0.001$) con otras medidas de resiliencia,

emociones positivas, afrontamiento centrado en el problema, sentido de dominio, sentido de relación y reactividad emocional negativa con el estrés, las emociones negativas y el afrontamiento centrado en la emoción, por lo que se pudo concluir que el cuestionario tiene adecuada validez convergente y concurrente. Las correlaciones entre la puntuación del BRS y las puntuaciones en escalas de ansiedad, depresión y TEPT evaluadas a los 3 y 6 meses del seguimiento, fueron significativas ($p < 0.001$) y negativas, por lo que se pudo concluir que las puntuaciones del BRS tienen una adecuada validez predictiva, ya que predicen la recuperación de un importante estresor vital. Se concluyó que la versión en español del BRS es un medio fiable y válido para evaluar la resiliencia como la capacidad de recuperarse, a comparación de otras que miden los factores protectores para la resiliencia. También se consideró como una herramienta confiable para fines clínicos, de investigación y en una variedad de muestras diferentes. Así pues, los autores consideraron que no sólo la calidad de la traducción, sino también la calidad de las propiedades psicométricas de sus puntuaciones basadas en una muestra amplia y heterogénea, hacen que esta versión sea preferible a otras escalas de resiliencia disponibles actualmente en español (Rodríguez-Rey et al., 2016).

En una revisión realizada en 2011 se examinaron 19 medidas de resiliencia, que incluyeron la Escala de Resiliencia para Adultos de 37 y 33 ítems (*RSA* por sus siglas en inglés), Escala de Resiliencia de Connor-Davidson de 25 y 10 ítems (*CD-RISC* por sus siglas en inglés), la Escala de Resiliencia Breve (*BRS*), Escala *Psychological Resilience*, Escala de Resiliencia (*RS*, por sus siglas en inglés), Escala de Resiliencia del Ego “*ER 89*”, Escala de Resiliencia para Adolescentes (*READ*, por sus siglas en inglés), *Ego Resilience* de Bromley, *Ego Resiliency*, *Dispositional Resilience Scale 1,2 y 3*, *Resilience Scale of the Student Survey*, *Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths (YRADS)*. En general, la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson, la Escala de Resiliencia para Adultos y la Escala de Resiliencia Breve obtuvieron las mejores calificaciones psicométricas (Windle et al., 2011).

Resiliencia durante la pandemia por COVID-19

Durante la pandemia se han realizado estudios para la evaluación de la resiliencia en el personal de salud. Uno de ellos se llevó a cabo en Filipinas en junio del 2020 para examinar la influencia relativa de la resiliencia personal, el apoyo social y el apoyo organizacional en la reducción de la ansiedad por COVID-19 en las enfermeras que laboraron en la primera línea de atención. En este estudio transversal participaron 325 enfermeras y se utilizaron los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad COVID-19, la BRS, el Cuestionario de Apoyo Social Percibido y el Cuestionario de Apoyo Organizacional Percibido en sus versiones en inglés. Los resultados de esta investigación reportaron que, de las 325 enfermeras, el 37.8% (123) tenían niveles disfuncionales de ansiedad. Utilizando un análisis de regresión lineal múltiple, el apoyo social ($p=0.011$), la resiliencia personal ($p=0.008$) y el apoyo organizacional ($p=0.023$) predijeron la ansiedad asociada a COVID-19, concluyendo que las enfermeras resilientes y las que perciben un mayor apoyo organizacional y social informan una menor ansiedad relacionada con COVID-19 (Labrague & de los Santos, 2020).

Otro estudio realizado en Estados Unidos en abril del 2020 tuvo como objetivo estimar el estrés, la resiliencia y estrategias de afrontamiento de los trabajadores sanitarios durante la pandemia por COVID-19, y determinar las diferencias entre los profesionales. Mediante un cuestionario anónimo en la web, se incluyó al personal de la división de Medicina Interna de un hospital, incluyendo médicas (os), enfermeras (os) registradas, enfermeras (os) profesionales, asistentes médicas (os) y asistentes administrativas (os). Se reclutó a un total de 302 personas y se dividió al personal en cuatro grupos, de acuerdo con la descripción de sus actividades: el primero incluyó al personal médico, de asistencia médica y de enfermería profesional (quienes pueden prescribir medicamentos), el segundo incluyó únicamente al personal de enfermería registrado, el tercero al personal no médico en contacto con pacientes y el último al personal no médico sin contacto con pacientes. Se utilizaron escalas validadas para medir resiliencia como la BRS, la Escala Breve de Afrontamiento Resiliente (*BRCS*, por sus siglas en inglés) y Escala

de Estrés Percibido (*PSS*, por sus siglas en inglés). Como resultados se reportó que, en general, todos los trabajadores de la salud informaron puntuaciones de estrés auto percibido moderadas-graves (*PSS* media = 17.1), rango medio para la resiliencia (*BRS* media = 3.6) y rango medio para las estrategias de afrontamiento (*BRSC* media = 14.9). Se encontraron diferencias según las profesiones, ya que el nivel de estrés entre el personal de enfermería registrado (segundo grupo) fue significativamente mayor a comparación del primer grupo (personal médico, de asistencia médica y de enfermería profesional) y también informaron de niveles más bajos de resiliencia y estrategias inadecuadas para afrontar el estrés a comparación con el primer grupo. La edad se correlacionó significativamente con la puntuación global de la *BRS*, y la mayor edad se asoció con una mayor resiliencia (0.11 por cada década; $p=0.002$) (Croghan et al., 2021).

Un estudio observacional y transversal realizado en Italia en febrero del 2021, valoró las diferencias en síntomas depresivos y ansiosos, resiliencia y estilos de afrontamiento en trabajadores de la salud durante la pandemia. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalario (*HADS*, por sus siglas en inglés), la Escala de Resiliencia de 14 ítems, el inventario Breve de Afrontamiento (*Brief-COPE*, por sus siglas en inglés) y la Escala Miedo al COVID-19 (*FCV-19s*, por sus siglas en inglés). Se obtuvo un total de 334 encuestas y se incluyó a trabajadores de la salud (personal de medicina, de enfermería y fisioterapeutas) y a personal del área de investigación y administrativo. No se encontraron diferencias significativas entre las categorías de profesionales en cuanto al nivel de depresión y ansiedad. Sin embargo, con respecto a la edad, se encontró que los trabajadores más jóvenes reportaron niveles más altos de ansiedad ($p<0.001$), depresión ($p<0.001$) y miedo al COVID-19 ($p=0.03$), así como niveles más bajos de resiliencia. El personal de enfermería reportó el mayor nivel de resiliencia, mientras que el personal de medicina obtuvo el más bajo. Los fisioterapeutas parecían tener más miedo al COVID-19 en comparación con el personal de enfermería ($p=0.02$) (Marcolongo et al., 2021).

Además de la resiliencia se han estudiado otros factores que influyen en la salud mental, ya que existen algunas circunstancias que influyen en el bienestar de un individuo y que tienen que ver con el entorno en el que se desenvuelve. Tal es el caso de la presencia de redes de apoyo familiar, de amigos, de compañeros de trabajo, ya que la percepción de dicho entorno se relaciona con mayor motivación, estabilidad emocional, sentido de protección, etc.

Apoyo Social Percibido

El apoyo social percibido, definido como la valoración cognoscitiva de estar conectado de manera fiable con otros, es otro factor que se considera importante para la prevención de síntomas depresivos o ansiosos. El apoyo social puede ser conceptualizado a partir de dos perspectivas, una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional. La primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo del apoyo que recibe (Vivaldi & Barra, 2012).

Hay estudios que han establecido los efectos negativos del poco apoyo social percibido en la salud mental. Por ejemplo, una revisión sistemática tuvo como finalidad examinar si el sentimiento de “soledad” y los conceptos estrechamente relacionados como poco apoyo social percibido se asociaban con resultados deficientes en los adultos con trastornos mentales. Las escalas mayormente utilizadas para medir el apoyo social percibido fueron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (*MSPSS*, por sus siglas en inglés) y la Subescala de Apoyo Subjetivo del Índice de Apoyo Social de Duke. Éstas consistían en elementos como “¿Con qué frecuencia te sientes solo?”, “¿Puedes hablar de tus problemas más profundos?”, “Tengo amigos con los que puedo compartir alegrías y penas”. La revisión concluyó que en los estudios que valoraban depresión, la percepción de un menor apoyo social se asoció con resultados más deficientes en cuanto a los síntomas, la recuperación y el funcionamiento. Asimismo, en los estudios que

evaluaban a pacientes con esquizofrenia, se identificó una relación entre un mayor apoyo social percibido y una mejor calidad de vida y funcionamiento de los pacientes (Wang et al., 2018).

Un estudio elaborado en China tuvo como objetivo utilizar el “Modelado de ecuaciones estructurales” (un método de análisis multivariado para determinar la relación estructural entre las variables medidas) para determinar los efectos del apoyo social en la calidad y función del sueño del personal médico que trató a los pacientes con COVID-19 en enero y febrero de 2020 en Wuhan, China. Se trató de un estudio observacional transversal de un mes que incluyó a 180 médicos y para medir los niveles de ansiedad, autoeficacia, estrés, calidad del sueño y apoyo social se utilizaron las siguientes escalas: Escala de Ansiedad Autoevaluada (*SAS*, por sus siglas en inglés), Escala de Autoeficacia General (*GSES*, por sus siglas en inglés), el cuestionario de Reacción al Estrés Agudo de Stanford (*SASR*, por sus siglas en inglés), el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh y la Escala de Apoyo Social (*SSRS*, por sus siglas en inglés), respectivamente. Los resultados reportados indican que los niveles de apoyo social al personal médico se asociaron significativamente con la autoeficacia y la calidad del sueño y se asociaron negativamente con el grado de ansiedad y estrés; por lo que se concluyó que el personal médico de China que estaba tratando a pacientes con infección por COVID-19 durante enero y febrero de 2020 tenía niveles de ansiedad, estrés y autoeficacia que dependían de la calidad del sueño y del apoyo social (Xiao et al., 2020).

De los estudios encontrados para el análisis de esta variable en relación con el personal de salud está un estudio realizado en el 2013 en Guadalajara, Jalisco, que tuvo como finalidad analizar los riesgos psicosociales laborales negativos y el apoyo social y su relación con el síndrome de *burnout* en los médicos familiares que laboraban en tres instituciones públicas. El estudio fue descriptivo, analítico y comparativo y se emplearon tres instrumentos de evaluación: la Guía de Identificación de Factores Psicosociales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Inventario de Recursos Sociales de Díaz Veiga modificado y la escala de valoración

de Maslach Burnout Inventory (*MBI*, por sus siglas en inglés). Dentro de las conclusiones se documentó que a pesar de que las características sociodemográficas y laborales fueron similares para las tres instituciones, la presencia de factores psicosociales negativos y el desarrollo del síndrome de *burnout*, no tuvieron el mismo comportamiento, pero el apoyo social fue reportado como adecuado, con cifras de prevalencia similares. Independientemente de la institución pública de salud, los datos obtenidos en el estudio mostraron la presencia de factores psicosociales negativos en el lugar de trabajo. Los factores de riesgo cuya presencia se reportó en más del 50% fueron: simultaneidad de actividades, no posibilidad de hacer pausas, tareas rutinarias, complejas, exhaustivas y peligrosas, rapidez en la ejecución de las tareas, verbalizaciones constantes, servicio al público, población fluctuante y desconocida, automatización, sobrecarga de trabajo, responsabilidad por la seguridad personal e integridad física de otros, etc. (Aranda Beltrán et al., 2013).

Debido a que la pandemia por COVID-19 ha impuesto nuevos retos tanto para la población general como para los trabajadores de la salud, se considera de gran relevancia hacer énfasis en dos elementos: nivel de resiliencia y apoyo social. Aunque el constructo de apoyo social percibido es subjetivo, en este proyecto se utilizaron preguntas directas con relación a la pandemia por COVID-19, por ejemplo: “Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo”, con la finalidad de evaluar si es un factor que pudiera relacionarse con los síntomas depresivos. Estos dos factores pueden estar asociados a la prevención de síntomas depresivos en el personal que se encuentra en la primera línea de atención de pacientes afectados. Si existe una relación, trabajar sobre la implementación o mejoría de dichos factores pudiera hacer una diferencia a nivel de atención de salud, evitando una disminución en la calidad de la atención, días de incapacidad del personal de salud, etc.

METODOLOGÍA

La presente investigación consiste en un análisis secundario del proyecto internacional “*The COVID-19 Health caRe wOrkErs Study*” (HEROES, por sus siglas en inglés) en el que han colaborado más de 15 países, principalmente de América Latina.

El estudio consistió en una encuesta electrónica para conocer el estado de salud mental de los trabajadores de la salud ante la pandemia por COVID-19, incluyendo a profesionales sanitarios, técnicos y administrativos, en diferentes centros de atención a la salud (Mascayano et al., 2021).

Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal a través de un análisis secundario del proyecto HEROES.

Planteamiento del problema

Si bien se sabe que el personal de salud que labora durante las emergencias sanitarias (pandemias), en específico del área de medicina y enfermería, está expuesto a un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos, no todo el personal los presenta. Se han estudiado factores tanto individuales como sociales, que pueden ayudar a prevenir dichos síntomas, por ejemplo, la resiliencia y el apoyo social percibido.

Justificación

Ante una emergencia sanitaria como la pandemia por COVID-19, los trabajadores de la salud, en particular el personal del área médica y de enfermería, son una población de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos asociados a las

características de su trabajo y los retos que impone una crisis sanitaria. Durante esta pandemia en México, se ha hecho énfasis en la afección a nivel de salud mental que conlleva esta emergencia para dicho personal, debido al aumento en la carga laboral, toma de decisiones difíciles, incertidumbre, etc., lo cual se puede traducir en resultados no favorables para la atención de los pacientes, ya que se puede disminuir la calidad en la atención de éstos, puede haber mucho mayor dificultad para tomar decisiones importantes, el personal se puede incapacitar debido a los síntomas y requerir de servicios para la atención en salud mental. Sin embargo, se ha visto que un porcentaje de estas poblaciones no desarrolla dicha sintomatología por lo que resulta importante investigar cuáles son los factores que podrían proteger a este sector de la población para evitar o disminuir en ellos los síntomas depresivos.

Se considera que la resiliencia y el apoyo social percibido son constructos de interés pronóstico en esta población en específico, en una situación específica. De la pandemia y sus diferencias con otras crisis sanitarias previas se sabe aún poco, todos los días se agrega nueva información acerca del virus SARSCoV-2, de la enfermedad COVID-19 y de las repercusiones a nivel de salud mental, social, económicas, etc., por lo que resulta de gran importancia sumarse al estudio de este tema, en específico de los factores que pueden influir en que el personal de salud pueda mantenerse en la mejor capacidad posible para continuar con sus labores.

Objetivos

General

Analizar la relación entre resiliencia y apoyo social percibido y la presencia de síntomas depresivos en personal de medicina y de enfermería en la primera etapa de la pandemia por COVID-19 en México.

Específicos

En el personal del área médica y de enfermería determinar:

1. La prevalencia de síntomas depresivos.
2. El nivel de resiliencia.
3. El apoyo social percibido.

Determinar si existe una asociación entre los niveles de resiliencia y apoyo social percibido con la presencia de síntomas de depresión ante la pandemia por COVID-19 en México.

Hipótesis

Ho: La resiliencia y el apoyo social percibido no tienen una relación con respecto a la presencia de síntomas depresivos en el personal de medicina y de enfermería ante la pandemia por COVID-19 en México.

H1: La resiliencia y el apoyo social percibido tienen una relación inversa con respecto a la presencia de síntomas depresivos en el personal de medicina y de enfermería ante la pandemia por COVID-19 en México.

Población de estudio

Personas que participaron en el proyecto HEROES durante la primera etapa de la pandemia por COVID-19 en México.

Sujetos de estudio

Personal del área médica y de enfermería, hombres y mujeres, mayores de 18 años, que laboraron durante la primera etapa de la pandemia por COVID-19 en centros de salud, hospitales o dispositivos/unidades de salud y que hayan respondido la encuesta del proyecto HEROES en México.

Criterios de Selección

Criterios de Inclusión

- Personal del área de medicina y de enfermería, hombres y mujeres.
- Edad \geq 18 años.
- Trabajadores durante la primera etapa de la pandemia por COVID-19 en centros de salud, hospitales o dispositivos/unidades de salud.
- Que contestaron la encuesta en su totalidad.

Criterios de Exclusión

- Personal de salud que no perteneció al área médica o de enfermería.
- Personal que no laboró en algún centro de salud, hospital o dispositivo/unidad de salud.

Criterios de Eliminación

- Personas que no completaron la encuesta.

Tamaño de la muestra

Se trató de una muestra por conveniencia de personal de medicina y enfermería a través de la invitación realizada por representantes clave de la salud en centros de salud, clínicas y hospitales de Chiapas y Jalisco. La tasa de respuesta no pudo medirse debido a la falta de registros y bases de datos actualizados a nivel nacional y estatal sobre el número y el contacto de los trabajadores sanitarios.

El estudio HEROES se realizó con 2,587 personas que respondieron la encuesta.

Instrumentos de medición

- **Formato de datos demográficos:**
Cédula de registro para datos sociodemográficos donde se capturaron edad, sexo y profesión.

- **Versión en español del Patient Health Questionnaire (PHQ-9)**

Escala que consta de nueve ítems para evaluar síntomas depresivos (correspondientes a los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (*DSM-IV* por sus siglas en inglés) presentes en las últimas dos semanas. Se responde con una escala tipo Likert que va de 0= Ningún día, 1= Varios días, 2= Más de la mitad de los días, a 3= Casi todos los días; en consecuencia, se obtienen puntuaciones totales que pueden oscilar entre 0 y 27. Las propiedades diagnósticas del PHQ-9 según un metaanálisis realizado en 2007 en Estados Unidos, fueron relativamente buenas, aunque el punto de corte óptimo de diagnóstico estuvo en discusión debido a la publicación de valores de sensibilidad/especificidad en un subconjunto de estudios en los que el óptimo no siempre fue ≥ 10 . Por tanto, los autores concluyeron que los clínicos y los investigadores podían variar en su elección del punto de corte en función de la población clínica. Existe información sobre la validación en español de este instrumento y la aplicación en población mexicana. Por ejemplo, en estudios realizados por algunos autores, se menciona que la versión española del PHQ-9 ha demostrado ser eficaz para los pacientes de atención primaria en Chile y para los pacientes hospitalizados en España (Baader M et al., 2012; Diez-Quevedo et al., 2001). En México existen dos estudios realizados en poblaciones rurales de Chiapas, el primero para validación de la escala, en donde se concluyó que la consistencia interna del PHQ-9 fue buena (alfa de Cronbach ≥ 0.8) en general y para los subgrupos definidos por el género, la alfabetización y la edad, debido a que se demostraron buenas propiedades psicométricas. Los autores sugirieron su potencial benéfico como herramientas para la detección y diagnóstico de la depresión en poblaciones de habla hispana, además de que se determinó un punto de corte de 10 o más para sospechar de depresión (Arrieta et al., 2017). En el segundo estudio se aplicó la escala validada en la misma población para la detección de síntomas depresivos en el primer nivel de atención (Elliott et al., 2019). También se encontró literatura en donde las puntuaciones se pueden dividir por gravedad: 0-4 ninguno, 5-9

leve, 10-14 moderado, 15-19 moderado a grave, 20-27 grave (Gilbody et al., 2007). Ver Anexo 1.

- **Versión en español de la *Brief Resilience Scale (BRS)***

Es un instrumento auto aplicable que se compone de seis ítems y se responde con una escala tipo Likert que va de 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= neutral, 4= de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo. La escala se califica codificando al revés los ítems 2, 4 y 6 (5 = 1, 4 = 2, 3 = 3, 2 = 4, 1 = 5) e identificando la media de los seis ítems, lo cual nos genera puntuaciones entre 1 y 5; en las que, a mayor puntuación mayor nivel de resiliencia. De la información revisada se encontraron dos estudios que aplicaron la escala, el primero en una población de 1,023 empleados de empresas y el segundo en una cohorte de 655 adultos mayores; en los dos estudios, se utilizó la forma de evaluación de la escala previamente descrita, refiriendo que a mayor puntuación se consideró mayor nivel de resiliencia, sin más especificaciones (Soer et al., 2019; Taylor et al., 2020). Smith y colaboradores, describieron en un capítulo del libro “*Resilience in Children, Adolescents and Adults*” que, en un estudio realizado con la finalidad de llevar su escala de la teoría a la práctica, la aplicaron a tres muestras con poblaciones diferentes: bomberos, estudiantes universitarios, mujeres con fibromialgia, mujeres sanas y pacientes con patologías cardíacas. Concluyeron que de esta forma habían considerado un gama amplia de personas sanas y también con enfermedades y que las muestras se encontraban en tres niveles en cuanto a la capacidad de recuperarse del estrés: los bomberos, las mujeres sanas y los pacientes cardíacos con un rango más alto de puntuaciones entre 3.6 y 3.8, las dos muestras de estudiantes universitarios con un rango medio de puntuaciones entre 3.4 y 3.6, y las mujeres con fibromialgia con una puntuación media en el rango inferior con puntuaciones entre 3.0 y 3.2. La puntuación media general de resiliencia fue de 3.70. Dado que la desviación estándar era de casi 0.70 (por ejemplo 0.68) y que es convencional que una desviación estándar sea un

marcador de puntuaciones altas y bajas en una medida, sugirieron que las puntuaciones por debajo de 3 fueran consideradas bajas y las puntuaciones por encima de 4.30 se consideraran altas en resiliencia. Por lo tanto, los autores consideraron que las puntuaciones podían dividirse en: bajo nivel de resiliencia 1-2.99 puntos; nivel de resiliencia normal 3-4.3 puntos; alto nivel de resiliencia 4.31-5 puntos (Smith et al., 2013). Sin embargo, para el análisis de este estudio, se decidió dividir el puntaje en terciles para mayor uniformidad. Ver Anexo 2.

- **Cuestionario de apoyo social**

Formato ex profeso en el que se hicieron cinco preguntas directas acerca del apoyo recibido (social y económico) durante la pandemia por COVID-19. Los primeros dos ítems se responden con una escala tipo Likert que va de 0= Muy en desacuerdo, 1= En desacuerdo, 2= De acuerdo y 3= Muy de acuerdo. Los ítems 3, 4 y 5 se responden con Sí y No. Ver Anexo 3.

Potenciales riesgos y beneficios

Beneficios:

- Directos: este proyecto permitió reconocer que la resiliencia y el apoyo social percibido son factores protectores para el desarrollo de sintomatología depresiva en personal médico y de enfermería que ha estado en la primera línea de atención ante la pandemia por COVID-19 en México.
- Indirectos: este proyecto puede servir de base para el desarrollo e implementación de herramientas para aumentar la resiliencia y el apoyo social en el personal de salud y de esta manera poder prevenir síntomas depresivos ante futuras emergencias sanitarias. Esto contribuirá a que el personal de salud se encuentre en las mejores condiciones para desarrollar su trabajo de manera óptima, lo cual constituye un beneficio para la sociedad.

Riesgos:

- Durante el abordaje de los cuestionarios para detección de síntomas depresivos, se tuvo como consideración que en los participantes se podía generar un malestar emocional. Por tal motivo, al finalizar la encuesta se brindaron los datos de instituciones y servicios de atención de salud mental.

Recursos humanos y materiales

- Los recursos humanos consistieron en una investigadora principal y dos tutoras.
- Las tutoras realizaron las asesorías necesarias para el buen desarrollo del proyecto.
- La investigadora principal se encargó de analizar la información.

Consideraciones éticas

- El estudio se adaptó a los principios éticos para la investigación en seres humanos, de acuerdo con la declaración de Helsinki (numerales 2,3,5,6,8,16,18, 20, 21 y 22).
- El proyecto HEROES contó con la aprobación de los Comités de Ética correspondientes a cada país y se les solicitó a los participantes su consentimiento para contestar la encuesta de manera voluntaria. En el caso de México, se contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- La encuesta fue anónima y se aseguró la protección de datos personales de los participantes asignándoles un número de folio y otorgando un código alfanumérico a todas las variables con la finalidad de evitar la identificación de los participantes. La información se utilizó únicamente en un período de cinco meses por la investigadora principal y se resguardó en un equipo de cómputo con contraseña perteneciente al INPRFM.

PROCEDIMIENTO

- El reclutamiento de participantes se llevó a cabo a través del contacto directo con algún representante de algún dispositivo sanitario (jefe, coordinador, administrador, líder sindical, líder informal o de otro tipo). En esta toma de contacto, se explicaron los objetivos y procedimientos del estudio y se hizo una invitación general a participar. Luego, esta persona informó a todos o a la mayor parte de los trabajadores de su centro y los invitó a participar.
- A los potenciales participantes se les hizo llegar una invitación a participar que incluyó información general sobre el estudio (relevancia, objetivos, procedimientos y duración – aproximadamente 15 minutos). Si un potencial participante estaba de acuerdo en ser parte del estudio, accedió a la plataforma digital y aceptó el consentimiento informado (mismo que recibió una copia en su correo electrónico).
- Al finalizar, el participante recibió un mensaje de agradecimiento. En el caso de que el participante contestara de manera positiva a síntomas depresivos moderado a graves y de conducta suicida, la plataforma brindó un mensaje que contiene información sobre los servicios de atención en salud mental al que podía acudir de acuerdo con su región.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de las características demográficas se realizó con frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y con medidas de tendencia central y de dispersión para las variables continuas. Los valores de p se calcularon con chi cuadrada, excepto para la variable de edad que se calculó mediante t de Student. Se realizaron correlaciones de variables, mediante R de Pearson y se realizó un análisis de regresión logística donde la variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos y las variables independientes la resiliencia, el apoyo social percibido, la edad, el sexo y la profesión.

RESULTADOS

Propiedades psicométricas de los instrumentos

Para evaluar la confiabilidad de las escalas utilizadas, se realizó un análisis de consistencia interna, calculando el alfa de Cronbach y omega de McDonald para cada uno. Se identificó buena consistencia interna para el PHQ-9 obteniendo $\alpha=0.903$ (95% IC 0.898-0.908) y $\omega=0.911$ (95% IC 0.906-0.917). Para el BRS se identificó una consistencia interna cuestionable ya que se obtuvo un $\alpha=0.688$ (95% IC 0.668-0.706) y $\omega=0.684$ (95% IC 0.666-0.703). Durante el análisis factorial de esta escala se observó que eliminar el ítem número dos: “Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes” aumenta el alfa de Cronbach del cuestionario (0.693).

Con los resultados mostrados se puede apreciar que los instrumentos utilizados son válidos y confiables para evaluar a trabajadores de la salud. A continuación, se muestran los resultados propios de esta investigación.

Características de la muestra

Se obtuvo una muestra total de 1,529 personas, de las cuales el 72% (1,094) fueron mujeres y el 28% (435) fueron hombres. El 59% (903) de la población perteneció al área de medicina y 41% (626) al área de enfermería; en el área de medicina 65% (590) fueron mujeres y 35% (313) fueron hombres, a comparación del área de enfermería en la que 81% (504) fueron mujeres y 19% (122) fueron hombres. La media de la edad para el área de medicina fue de 37 años (DE=9.19) y de 36 años (DE=9.75) para el área de enfermería. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en el sexo según la profesión. Estos resultados se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos Sociodemográficos				
n = 1529		Medicina n=903	Enfermería n=626	p
		n (%)	n (%)	
Sexo	Mujer n=1094	590 (65.3)	504 (80.5)	<0.001
	Hombre n=435	313 (34.6)	122 (19.4)	
Edad (media y desviación estándar)		37.11 (9.19)	36.33 (9.75)	0.007
El valor de p se calculó mediante chi cuadrada, excepto en edad para la cual se utilizó t Student				

Síntomas de depresión

Al respecto de los síntomas de depresión, la prevalencia en el área de medicina fue del 27% ya que un total de 240 personas obtuvieron un puntaje positivo en la escala PHQ-9, al considerar un punto de corte ≥ 10 . En el área de enfermería la prevalencia fue de 18% es decir, 111 personas con un puntaje positivo. Se encontró una diferencia significativa entre la profesión y la presencia de síntomas depresivos ($p < 0.001$; Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de Depresión (Puntaje PHQ-9 ≥ 10)			
	Medicina n=903	Enfermería n=626	p
	n (%)	n (%)	
Sin depresión	663 (73.4)	515 (82.3)	<0.001
Con depresión	240 (26.6)	111 (17.7)	
El valor de p se calculó mediante chi cuadrada			

Al analizar los datos de los síntomas depresivos según la severidad, se tomó en cuenta sintomatología leve a partir de un puntaje ≥ 5 , por lo que se encontró que en el área de medicina el 55% (297) reportaron síntomas depresivos leves, 25% (135) síntomas moderados, 13% (69) síntomas moderados-graves y 7% (36) síntomas graves. Por su parte, en el área de enfermería, el 60% (163) de la población reportó síntomas depresivos leves, 24% (67) síntomas moderados, 10%

(27) síntomas moderados-graves y 6% (17) síntomas graves. Se encontraron diferencias significativas en todos los niveles de depresión ($p < 0.001$; Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de Depresión por severidad (Puntaje PHQ-9)			
	Medicina n=563	Enfermería n=274	p
	n (%)	n (%)	
Depresión leve (5-9)	297 (52.7)	163 (59.4)	<0.001
Depresión moderada (10-14)	135 (23.9)	67 (24.4)	
Depresión moderada-grave (15-19)	69 (12.2)	27 (9.8)	
Depresión grave (20-27)	36 (6.3)	17 (6.2)	
Los valores de p se calcularon mediante el modelo log lineal.			

Resiliencia

La evaluación de la resiliencia en el personal de medicina arrojó que el 23% (208) se encontró en un nivel bajo, 62% (563) en un nivel medio y 15% (132) en nivel alto. Para el personal de enfermería, el 22% (137) se encontró en un nivel bajo, 62% (390) en nivel medio y 16% (99) en nivel alto. No se encontraron diferencias significativas entre la profesión y la resiliencia ($p = 0.7531$; Tabla 4).

Tabla 4. Nivel de Resiliencia por terciles (Puntaje BRS)			
	Medicina n=903	Enfermería n=626	p
	n (%)	n (%)	
Baja	208 (23%)	137 (21.8%)	0.7531
Media	563 (62.3%)	390 (62.3%)	
Alta	132 (14.6%)	99 (15.8%)	
El valor de p se calculó mediante chi cuadrada			

Apoyo social percibido

Para el apoyo social percibido, se separó el cuestionario en dos partes, ya que la muestra total se redujo a 303 personas en los últimos tres ítems que valoraban el haber recibido asistencia en el cuidado de niños, adultos mayores y ayudas económicas (Ver Tabla 5).

Al respecto de los primeros tres ítems, se encontró que en el área de medicina el 77% (692) reportaron contar con una red fiable de compañeros de trabajo, a diferencia del 23% (211) que reportó no contar con esta red. En el área de enfermería el 76% (474) consideró que sí y el 24% (152) que no, a esta pregunta. Al respecto de la red de apoyo de seres queridos, en la población de medicina el 94% (851) consideró que sí contaron con dicho apoyo y el 6% (52) reportó que no, comparado con la población de enfermería en donde el 91% (571) consideró que sí y el 9% (55) consideró que no. Se encontraron diferencias significativas entre las profesiones, solo en los ítems de contar con una red de seres queridos y considerarse una persona espiritual ($p < 0.001$; Tabla 5).

Para los últimos tres ítems, la población se redujo a 303 personas, 156 del área de enfermería y 147 de medicina. Del personal de enfermería únicamente el 18% respondió que sí había recibido ayuda en el cuidado de menores a su cargo, el 10% en el cuidado de adultos mayores y 5% ayuda económica. En el personal de medicina el 33%, 14% y 7% recibieron ayuda en el cuidado de menores, adultos mayores y económicas respectivamente. La única diferencia significativa encontrada al comparar las profesiones fue el haber recibido ayuda en el cuidado de menores ($p < 0.001$; Tabla 5).

Tabla 5. Apoyo social percibido				
n= 1529		Medicina n=903	Enfermería n=626	p
		n(%)	n(%)	
Contar con una red fiable de compañeros/as de trabajo.	No	211 (23%)	152 (24%)	0.7247
	Sí	692 (77%)	474 (76%)	
Tener seres queridos que apoyan cuando se necesita.	No	52 (6%)	55 (9%)	<0.001
	Sí	851 (94%)	571 (91%)	
Se considera una persona religiosa y/o espiritual	No	226 (25%)	90 (14%)	<0.001
	Sí	677 (75%)	536 (86%)	
n= 303		Medicina n=147	Enfermería n=156	p
		n(%)	n(%)	
Ha recibido asistencia en el cuidado de menores a su cargo	No	99 (67%)	128 (82%)	<0.001
	Sí	48 (33%)	28 (18%)	
Ha recibido asistencia en el cuidado de personas mayores y/o con alguna discapacidad	No	126 (86%)	141 (90%)	0.281
	Sí	21 (14%)	15 (10%)	
Ha recibido ayudas económicas estatales o regionales	No	137 (93%)	148 (95%)	0.709
	Sí	10 (7%)	8 (5%)	
El valor de p se calculó mediante chi cuadrada				

Depresión y Resiliencia

Al relacionar los síntomas de depresión con los niveles de resiliencia se encontró que, el personal de medicina con resiliencia baja y síntomas depresivos fue del 48% (115), con resiliencia normal y presencia de síntomas fue del 47% (113) y con resiliencia alta y presencia síntomas fue del 5% (12). En el personal de enfermería el 45% (50) fueron personas con resiliencia baja y síntomas depresivos, el 52% (58) con resiliencia media y presencia de síntomas y el 3% (3) con resiliencia alta y presencia de síntomas. En la Figura 1 está representada la relación (en porcentaje) entre la presencia de síntomas de depresión y el nivel de resiliencia de todo el personal. En la Figura 2 está representada la distribución del puntaje PHQ-9 y su relación con el nivel de resiliencia, haciendo comparativo entre profesiones y en la Figura 3 se muestran las mismas características, realizando un comparativo entre sexos.

Resiliencia	Baja	Media	Alta	p
Sin Depresión	180	782	216	<0.001
Con Depresión	165	171	15	

El valor de p se calculó mediante chi cuadrada

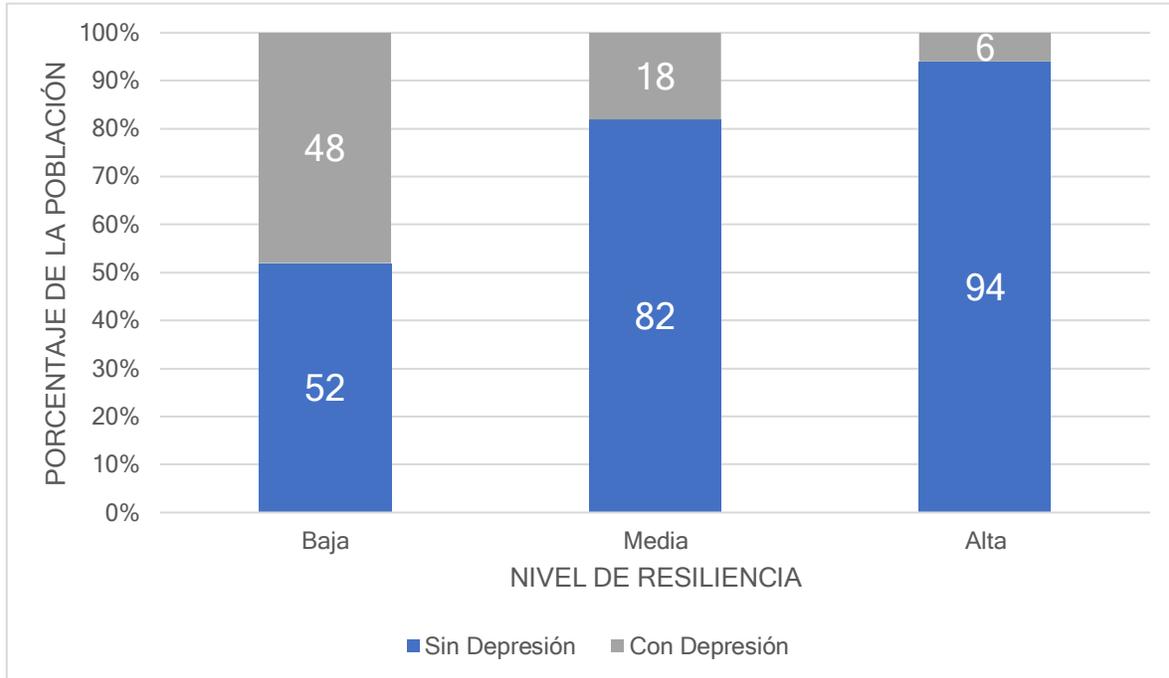


Figura 1. Distribución de la población de estudio con síntomas depresivos y su nivel de resiliencia. Se muestra el porcentaje de la población que presentó depresión (PHQ \geq 10), de acuerdo con su nivel de resiliencia (BRS, terciles).

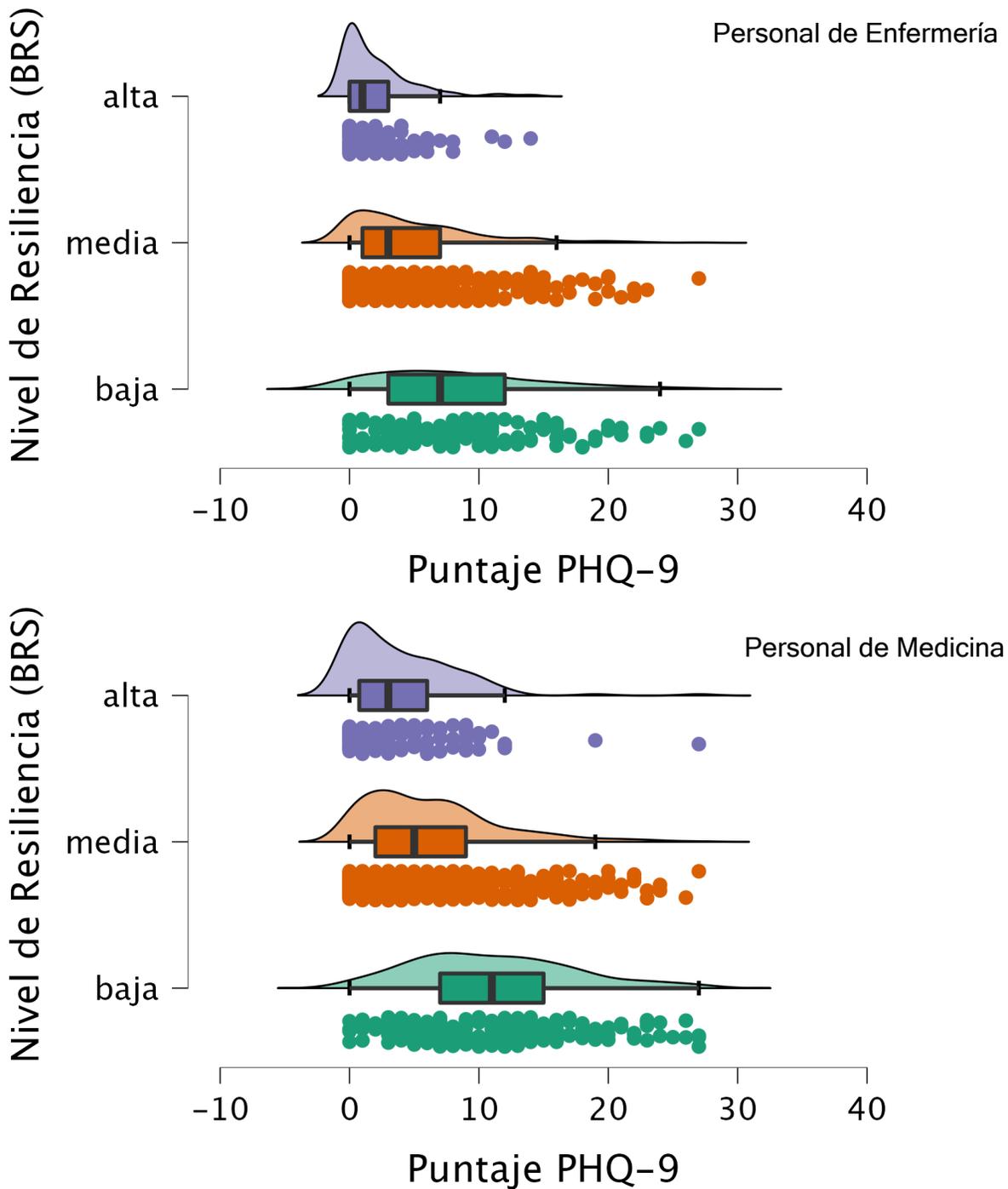


Figura 2. Distribución del personal según su puntaje en el PHQ-9 y su nivel de resiliencia (BRS, terciles), comparativo entre profesión. Tanto en el personal de enfermería como de medicina la mayoría de las personas con resiliencia alta, no rebasan un puntaje de más de 10 (depresión moderada).

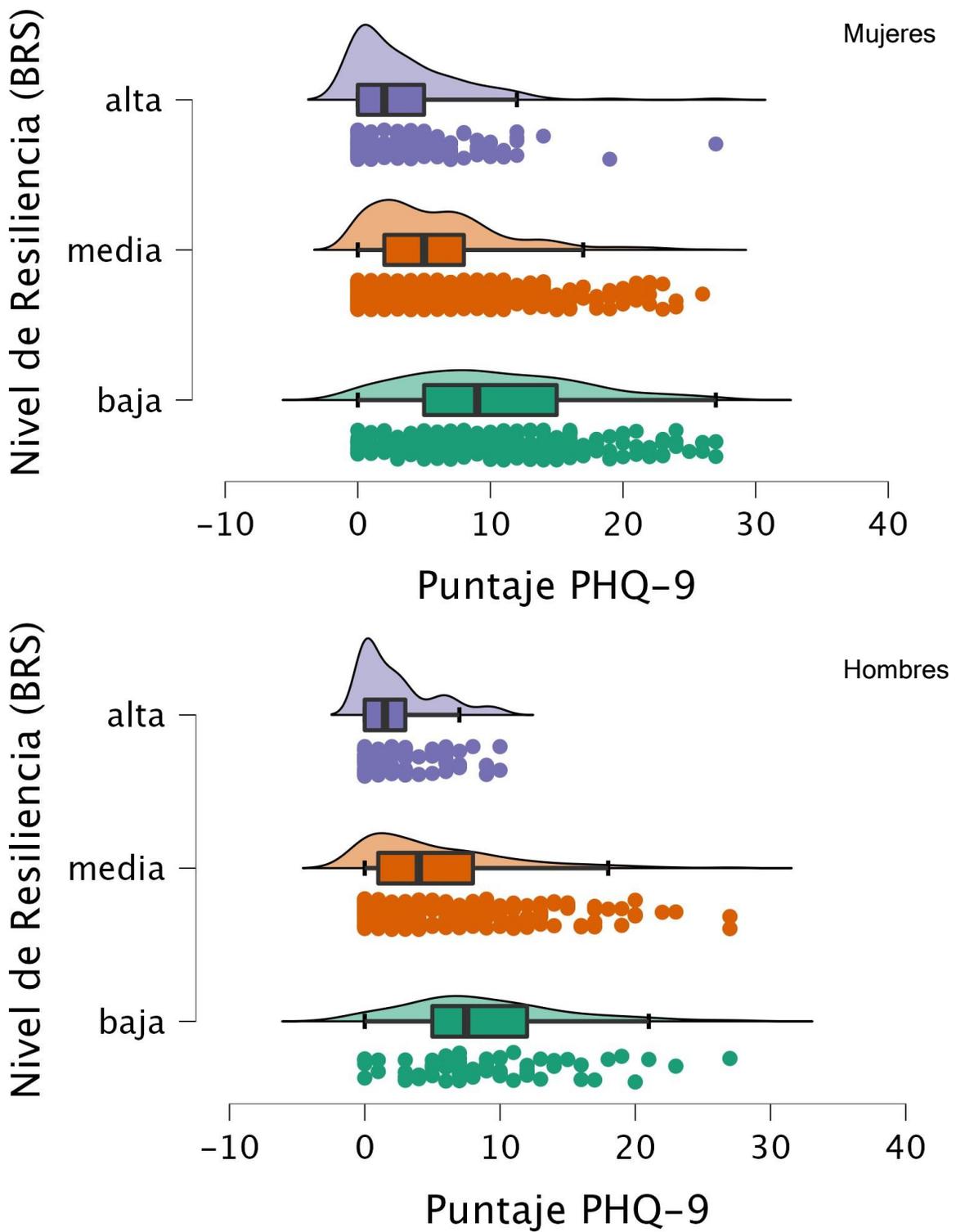


Figura 3. Distribución del personal según su puntaje en el PHQ-9 y su nivel de resiliencia (BRS, terciles), comparativo entre sexo.

Correlación de variables

Se determinaron las correlaciones entre variables mediante la R de Pearson. La correlación entre la edad en años y el puntaje total en el PHQ-9 resultó significativa, con una relación inversamente proporcional ($R -0.162$, $p < 0.001$). Se encontró también una correlación directamente proporcional entre la edad y el puntaje total del BRS ($R 0.118$, $p < 0.001$). Las variables con mayor correlación (inversamente proporcional) fueron el puntaje de BRS y el puntaje de PHQ-9 ($R -0.413$, $p < 0.001$).

Regresión logística

Para la regresión logística se utilizó como variable dependiente a la depresión (cualitativa ordinal, presencia/ausencia) y como variables independientes la edad (cuantitativa continua), el sexo (cualitativa nominal, hombre/mujer), la profesión (cualitativa nominal, medicina/enfermería), el nivel de resiliencia (cualitativa ordinal, alta/ media/ baja) y el apoyo social percibido (cualitativa ordinal, presencia/ausencia).

Se encontró una relación con las siguientes variables sociodemográficas: a mayor edad, la posibilidad de presentar síntomas depresivos fue menor (OR 0.967, 95% IC 0.953-0.982 $p < 0.001$). Las mujeres presentaron 1.3 veces más posibilidad de presentar síntomas de depresión en comparación con los hombres, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (95% IC 0.963-1.773, $p = 0.086$). Respecto a la profesión, el personal de medicina presentó 1.8 veces más posibilidad de presentar síntomas de depresión en comparación con el personal de enfermería (95% IC 1.437-2.496, $p < 0.001$).

Para la resiliencia, se observó que el tener resiliencia baja se relaciona con 10.6 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos, en comparación con tener resiliencia alta (95% IC 5.968-18.837, $p < 0.001$). El tener resiliencia media se relacionó con 2.7 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con tener resiliencia alta (95% IC 1.603-4.866, $p < 0.001$). En la Figura

4 se puede apreciar la distribución de todo el personal, en relación con la profesión, la edad, el puntaje en la escala del PHQ-9 y el puntaje de la BRS.

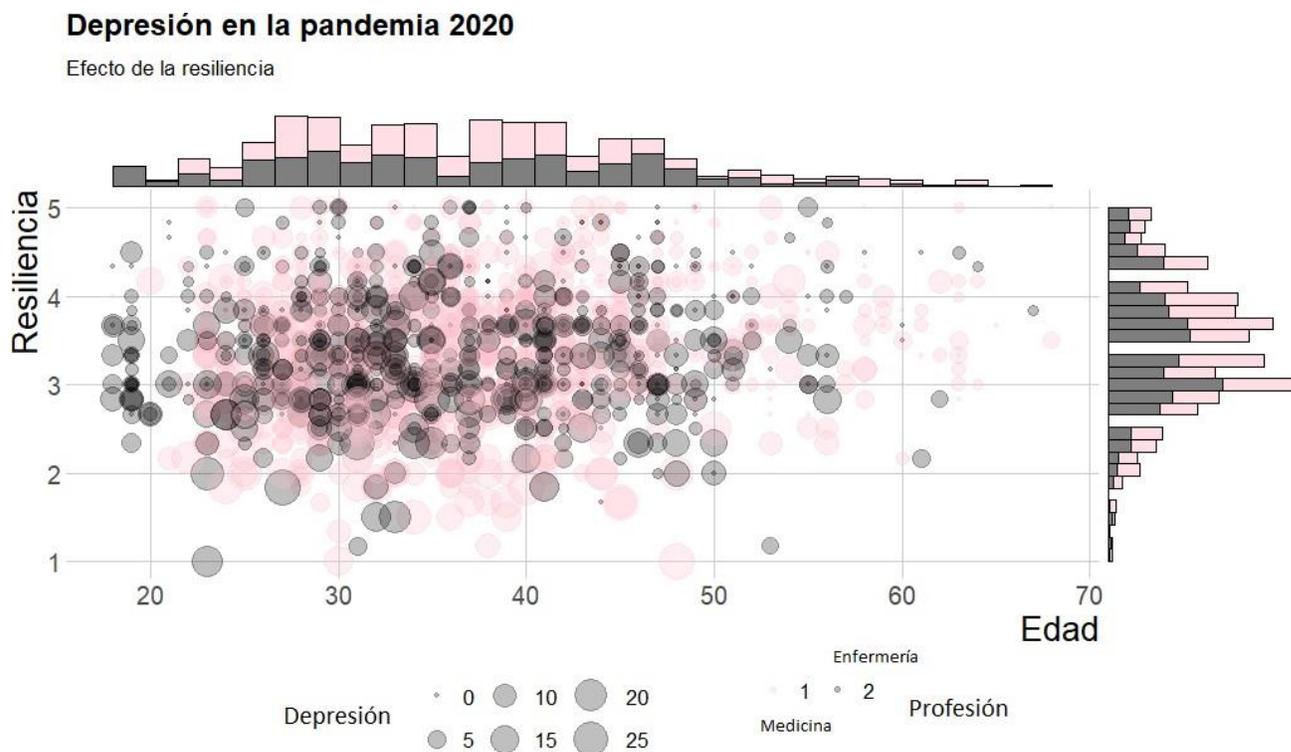


Figura 4. Distribución del personal de medicina y enfermería según su nivel de resiliencia (puntaje BRS) y sus síntomas depresivos (puntaje PHQ-9). Para las dos profesiones, la mayoría de la población se encuentra entre los 30 a 40 años, en un nivel de resiliencia medio (3.1-3.8) y con un puntaje de síntomas depresivos leve a moderado (5 a 14).

Para el apoyo social percibido, se encontró que el contar con una adecuada red de compañeros de trabajo, reduce el 40% la posibilidad de presentar síntomas depresivos (OR= 0.596 95% IC 0.444-0.801, $p < 0.001$). Con respecto a la red de apoyo de seres querido, se encontró que contar con ella reduce en 27% la posibilidad de presentar síntomas de depresión si se cuenta con ella (OR= 0.735 95% IC 0.458-1.181, $p = 0.203$). Considerarse una persona espiritual no fue estadísticamente significativo (OR 1.014, 95% IC 0.734-1.400 $p = 0.933$). En la regresión logística no se incluyeron los tres últimos ítems del cuestionario (apoyos

en el cuidado de menores, adultos mayores y económicos) ya que el número de muestra era mucho menor.

Como parte del modelo de regresión y para valorar el rendimiento de las pruebas, se realizaron curvas ROC y el área bajo la curva fue >0.74 . Esto indica que es posible predecir la presencia de síntomas depresivos a partir de los niveles de resiliencia y viceversa, con un 26% de error.

Como análisis adicional, se realizó el mismo modelo de regresión logística, tomando en cuenta un punto de corte menor para la detección de síntomas depresivos incluso a un nivel leve (puntaje PHQ-9 ≥ 5). Los resultados fueron similares a lo anterior anteriormente descrito a excepción de que, en este último modelo, sí fue estadísticamente significativa la diferencia entre el sexo y la presencia de síntomas depresivos. Se describen a continuación los resultados: para la edad se encontró que a mayor edad menor posibilidad de presentar síntomas depresivos (OR= 0.964, 95% IC 0.953-0.976, $p<0.001$). Las mujeres presentaron 1.7 veces mayor posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con los hombres (95% IC 1.38-2.28, $p<0.001$). El personal de medicina presentó 2.3 veces mayor posibilidad de presentar síntomas de depresión en comparación con el personal de enfermería (95% IC 1.86-2.94, $p<0.001$). Tener resiliencia baja, se relacionó con 8.1 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos, en comparación con tener resiliencia alta (95% IC 5.42-12.26, $p<0.001$). El tener resiliencia en nivel medio se relacionó con 2.3 veces más posibilidad de presentar síntomas depresivos en comparación con tener resiliencia alta (95% IC 1.67-3.24, $p<0.001$). Para el apoyo social percibido, se encontró que el contar con una adecuada red de compañeros de trabajo, reduce 50% la posibilidad de presentar síntomas depresivos (95% IC 0.388-0.674, $p<0.001$). Con respecto a la red de apoyo de seres queridos no se encontró relación con la presencia de síntomas de depresión ni tampoco la variable de espiritualidad.

DISCUSIÓN

En este estudio hubo una participación predominante del personal de medicina; para ambas profesiones la mayoría del personal fueron mujeres. Esto es similar a la población de enfermería en México, de acuerdo con lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), ya que el 85% son mujeres y el 15% son hombres; no es así para el personal médico en donde se reporta que el 54% son hombres y el 46% son mujeres (ENOE, 2021). Sin embargo, la población de este estudio es similar a la que se reporta en varios estudios donde se valoró la salud mental del personal de salud durante la pandemia por COVID-19 (Croghan et al., 2021; Marcolongo et al., 2021; Robles, Rodríguez, et al., 2020).

En este reporte, se encontraron diferencias en la prevalencia de síntomas depresivos al respecto del sexo, la edad y la profesión. Se describen a continuación dichos hallazgos.

Las mujeres presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos comparado con los hombres, sin embargo, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. Es de importancia mencionar que con un punto de corte menor (puntaje del PHQ \geq 5) para identificar incluso síntomas depresivos leves, la prevalencia sí es significativamente mayor en las mujeres ($p < 0.001$). Lo cual fue similar a varios estudios realizados durante la pandemia en donde las mujeres reportaron más síntomas de depresión (Croghan et al., 2021; Lai et al., 2020; Marcolongo et al., 2021; Robles, Rodríguez, et al., 2020). En general dicha vulnerabilidad en función del sexo ya se ha reportado en encuestas epidemiológicas a nivel global, ya que se menciona que la prevalencia general de síntomas depresivos y ansiosos es mayor en las mujeres a comparación de los hombres (Grigoriadis & Robinson, 2007; Seedat et al., 2009)

Al respecto de la edad, el personal más joven fue el que presentó mayor prevalencia de síntomas depresivos. Esto concuerda con un estudio realizado en México y con población específica de trabajadores de la salud durante la pandemia (Robles, Rodríguez, et al., 2020) en donde se concluyó que tener una mayor edad fue un

factor protector para la presencia de síntomas depresivos. El hallazgo también es similar a un estudio italiano en el que se concluyó que las personas más jóvenes reportaron niveles más altos de depresión (Marcolongo et al., 2021). Así mismo, los resultados concuerdan con un estudio de Estados Unidos en personal de salud durante la pandemia, en donde se concluyó que, a mayor edad, aumenta el nivel de resiliencia (Croghan et al., 2021). Otro estudio realizado en Japón también informó que el personal de mayor edad presentó menor sintomatología depresiva (Awano et al., 2020). Esta diferencia puede explicarse debido a la percepción de mayor exposición y vulnerabilidad a la infección en el personal joven, que se reportó en los estudios antes mencionados.

En cuestión de la profesión, el personal de medicina presentó mayor prevalencia de síntomas depresivos comparado con el de enfermería. Esto concuerda con algunos estudios realizados en población de trabajadores de la salud durante contingencias sanitarias, aunque en otros, el personal de enfermería ha presentado mayor prevalencia. Esto puede relacionarse con que, en algunos estudios y en una revisión rápida de la actual pandemia y de las previas, el personal de enfermería reportó mayor contacto con los pacientes o mayor miedo al contagio (Awano et al., 2020; Marcolongo et al., 2021; Preti et al., 2020; Tam et al., 2004). Por el contrario, hay una publicación en México en donde enfermería presentó menor sintomatología y se identificó que dicha profesión probablemente tenía factores de protección relacionados con el trabajo, como una cultura profesional que enfatiza el apoyo mutuo entre colegas (Robles, Rodríguez, et al., 2020). Otro estudio realizado en China reportó que no hubo diferencias entre síntomas depresivos según la profesión (medicina o enfermería) sino diferencias asociadas al nivel de exposición que tuvieron a pacientes con COVID-19 (Kang et al., 2020).

En la presente investigación se encontró que el personal tanto de medicina como de enfermería con niveles altos de resiliencia presentó menor prevalencia de síntomas depresivos y viceversa. Lo anterior concuerda con estudios realizados durante la pandemia que también concluyen que el personal con mayor resiliencia presentó menor sintomatología depresiva, así como otros problemas de salud

mental: ansiedad, insomnio, entre otros (Awano et al., 2020; Backhaus et al., 2021; Croghan et al., 2021; Marcolongo et al., 2021; Preti et al., 2020).

Al respecto del apoyo social percibido, en este estudio se valoró el apoyo por parte de compañeros de trabajo, de familiares, considerarse una persona espiritual, recibir apoyo para el cuidado de niños, adultos mayores y ayuda económica. De todos los anteriores, los únicos factores que influyeron de manera significativa en la prevalencia de síntomas depresivos fueron el apoyo de compañeros y familiares. Se encontraron pocos estudios que evaluaran este tipo de apoyo social, sin embargo, los resultados son similares a un estudio que concluyó que los factores de protección para el grupo de médicos incluían el apoyo proporcionado por los compañeros de trabajo, ser mayor y ser hombre (Osório et al., 2021) y en otro estudio en donde se reportó que el personal que utilizaba mayores herramientas de autocuidado como la meditación y apoyarse de familiares cercanos, presentó menor sintomatología depresiva (Ledda et al., 2021). Otro estudio valoró el nivel de apoyo social, aunque solo lo relacionó con niveles de estrés percibido y la calidad del sueño, sin embargo, se concluyó que las personas con mayor apoyo social presentaron menos sintomatología (Xiao, Zhang, Kong BCD, et al., 2020).

CONCLUSIONES

Uno de cada cuatro médicos presentó síntomas depresivos. Dicha prevalencia en el personal de medicina fue mayor, comparado con el personal de enfermería.

En este estudio, se encontraron como potenciales factores de riesgo la profesión y la edad y como factores protectores la resiliencia y el apoyo social percibido.

Las personas más jóvenes presentaron mayor prevalencia de síntomas depresivos y menores niveles de resiliencia, en comparación con el personal de mayor edad.

Tener un nivel de resiliencia bajo se asoció significativamente con la presencia de síntomas de depresión, comparado con las personas que reportaron un nivel de resiliencia alto.

El personal que refirió tener una red de apoyo (específicamente red de compañeros de trabajo y de familiares) fue significativamente menos propenso a presentar síntomas depresivos.

Considerando que el personal de medicina más joven y con niveles de resiliencia bajos se encuentran en una mayor vulnerabilidad para la presencia de síntomas depresivos, resulta relevante implementar estrategias para la mejoría del nivel de resiliencia y en el fortalecimiento de sus redes de apoyo en el trabajo o con familiares.

REFERENCIAS:

- Ahern, N., Kiehl, E., Lou Sole, M., & Byers, J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 29(2), 103-125. <https://doi.org/10.1080/01460860600677643>
- Aranda Beltrán, C., Baltazar Gonzalez, R., Pando Moreno, M., & Hidalgo Santacruz, G. (2013). Factores de riesgo psicosocial laborales, apoyo social y síndrome de Burnout en médicos de familia de tres instituciones públicas de salud de Guadalajara (México). *Salud Uninorte*, 29(3), 487-500.
- Arrieta, J., Aguerrebere, M., Raviola, G., Flores, H., Elliott, P., Espinosa, A., Reyes, A., Ortiz-Panozo, E., Rodriguez-Gutierrez, E. G., Mukherjee, J., Palazuelos, D., & Franke, M. F. (2017). Validity and Utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ)-2 and PHQ-9 for Screening and Diagnosis of Depression in Rural Chiapas, Mexico: A Cross-Sectional Study. *Journal of Clinical Psychology*, 73, 1076-1090. <https://doi.org/10.1002/jclp.22390>
- Ashour, H. M., Elkhatib, W. F., Rahman, M. M., & Elshabrawy, H. A. (2020). Insights into the recent 2019 novel coronavirus (Sars-coV-2) in light of past human coronavirus outbreaks. In *Pathogens* (Vol. 9, Issue 3). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/pathogens9030186>
- Awano, N., Oyama, N., Akiyama, K., Inomata, M., Kuse, N., Tone, M., Takada, K., Muto, Y., Fujimoto, K., Akagi, Y., Mawatari, M., Ueda, A., Kawakami, J., Komatsu, J., & Izumo, T. (2020). Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med*, 59, 2693-2699. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.5694-20>
- Baader M, T., Molina F, J. L., Venezian B, S., Rojas C, C., Farías S, R., Fierro-Freixenet, C., Backenstrass, M., & Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 50(1), 10-22. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272012000100002>

- Backhaus, I., Sisenop, F., Begotaraj, E., Cachia, J., Capolongo, S., Carta, M. G., Jakubauskiene, M., Jevtic, M., Nakov, V., Pirlog, M. C., Grbic, D. S., Vinko, M., Kusturica, M. P., Morganti, A., & Lindert, J. (2021). Resilience and Coping With COVID-19: The COPERS Study. *International Journal of Public Health*, 66, 1604007. <https://doi.org/10.3389/IJPH.2021.1604007>
- CDC. (2012). *Principles of Epidemiology | Lesson 1 - Section 11*. <https://www.cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new Resilience scale: The Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Cortés, B. G. M., & Cruz, L. P. (2011). Resiliencia: ¿Es posible medirla e influir en ella? *Salud Mental*, 34(3), 237-246.
- Croghan, I. T., Chesak, S. S., Adusumalli, J., Fischer, K. M., Beck, E. W., Patel, S. R., Ghosh, K., Schroeder, D. R., & Bhagra, A. (2021). Stress, Resilience, and Coping of Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12. <https://doi.org/10.1177/21501327211008448>
- Diez-Quevedo, C., Rangil, T., Sanchez-Planell, L., Kroenke, K., & Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63(4), 679-686. <https://doi.org/10.1097/00006842-200107000-00021>
- Dohrenwend, B. P. (2000). The role of adversity and stress in psychopathology: Some evidence and its implications for theory and research. *Journal of Health and Social Behavior*, 41(1), 1-19. <https://doi.org/10.2307/2676357>
- Durand-Arias, S., Roldán-Hinojosa, D., Orozco, R., & Mora-Ríos, J. (2020). Psychometric properties of the SV-RES Resilience Scale in Mexican women with breast cancer. *Salud Mental*, 43(2), 91-99. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.013>
- Elliott, M. L., Aguerrebere, M., & Elliott, P. F. (2019). Depression in rural communities and primary care clinics in Chiapas, Mexico. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(2), 103-106. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.181128.001>
- ENOE. (2021, June 16). *INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Nueva Edición) (ENOE 2021)*. OECD. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-salud-latinoamerica-y-el-caribe-2020_740f9640-es
- Gilbody, S., MRCPsych, M., Richards, D., Brealey, S., & Hewitt, C. (2007). Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A Diagnostic Meta-Analysis. *J Gen Intern Med*, 22(11), 1596-1602. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0333-y>
- Grigoriadis, S., & Robinson, G. E. (2007). Gender issues in depression. In *Annals of Clinical Psychiatry* (Vol. 19, Issue 4, pp. 247-255). <https://doi.org/10.1080/10401230701653294>
- Grotberg, E. (1995). The International Resilience Project: Promoting Resilience in Children. *Undefined*.

- Grotberg, E. Henderson. (1999). *Tapping your inner strength : how to find the resilience to deal with anything*. 192.
https://www.goodreads.com/work/best_book/2050202-tapping-your-inner-strength-how-to-find-the-resilience-to-deal-with-any
- Harapan, H., Itoh, N., Yufika, A., Winardi, W., Keam, S., Te, H., Megawati, D., Hayati, Z., Wagner, A. L., & Mudatsir, M. (2020). Review article on Coronavirus. *Journal of Infection and Public Health*, 13(5), 667-673.
<https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.03.019>
- Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206-1212.
<https://doi.org/10.3201/eid1007.030703>
- Holmes, E. A., O'Connor, R. C., Perry, V. H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L., Ballard, C., Christensen, H., Cohen Silver, R., Everall, I., Ford, T., John, A., Kabir, T., King, K., Madan, I., Michie, S., Przybylski, A. K., Shafran, R., Sweeney, A., ... Bullmore, E. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 547-560. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)
- Huang, L., Lei, W., Xu, F., Liu, H., & Yu, L. (2020). Emotional responses and coping strategies in nurses and nursing students during Covid-19 outbreak: A comparative study. *Plos One*, 15(8), e0237303.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237303>
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288(March), 112954.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
- Id, J. G., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H., & Dai, J. (2020). *Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak*. February, 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020a). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11-17.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Kang, L., Ma, S., Chen, M., Yang, J., Wang, Y., Li, R., Yao, L., Bai, H., Cai, Z., Xiang Yang, B., Hu, S., Zhang, K., Wang, G., Ma, C., & Liu, Z. (2020b). Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 11-17.
<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.03.028>
- Keita, M. M., Doukouré, M., Chantereau, I., Sako, F. B., Traoré, F. A., Soumaoro, K., Condé, S., Condé, K., Keita, S., Sylla, A. S., Camara, I., & Diallo, M. (2017). Survivors of epidemic recent disease Ebola virus in psychiatric hospital service national Donka in Guinea: Psychopathological and psychotherapeutic study. *Evolution Psychiatrique*, 82(1), 127-142.
<https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2016.07.004>

- Kisely, S., Warren, N., McMahon, L., Dalais, C., Henry, I., & Siskind, D. (2020). Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 369, m1642. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1642>
- Kola, L., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Naslund, J. A., Sikander, S., Balaji, M., Benjet, C., Cheung, E. Y. L., Eaton, J., Gonsalves, P., Hailemariam, M., Luitel, N. P., Machado, D. B., Misganaw, E., Omigbodun, O., Roberts, T., Salisbury, T. T., Shidhaye, R., Sunkel, C., ... Patel, V. (2021). COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *The Lancet. Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)
- Labrague, L. J., & de los Santos, J. A. A. (2020). COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1653-1661. <https://doi.org/10.1111/jonm.13121>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers JAMA Network Open. *JAMA Network Open*, 3(3), 203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Ledda, C., Ferri, G. M., Stufano, A., Salgado De Snyder, V. N., Villatoro, A. P., Mcdaniel, M. D., Ocegueda, A. S., Garcia, D., & Parra-Medina, D. (2021). Occupational Stress and Mental Health Among Healthcare Workers Serving Socially Vulnerable Populations During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Public Health | Www.Frontiersin.Org*, 9, 782846. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.782846>
- Mahase, E. (2020). Coronavirus covid-19 has killed more people than SARS and MERS combined, despite lower case fatality rate. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 368(February), m641. <https://doi.org/10.1136/bmj.m641>
- Marcolongo, F., Ottaviani, M., Romano, P., Bonassi, S., Garramone, A., Infarinato, F., Patrizia Russo, Tamburrano, A., Tomino, C., & Prinzi, G. (2021). The role of resilience and coping among Italian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *La Medicina Del Lavoro*, 112(6), 496-505. <https://doi.org/10.23749/MDL.V112I6.12285>
- Mascayano, F., van der Ven, E., Francesca Moro, M., Schilling, S., Alarcón, S., al Barathie, J., Alnasser, L., Asaoka, H., Ayinde, O., Balalian, A. A., Basagoitia, A., Brittain, K., Dohrenwend, B., Durand-Arias, S., Eskin, M., Fernández-Jiménez, E., Inés Freytes Frey, M., Giménez, L., Gisle, L., ... Susser, E. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare workers: study protocol for the COVID-19 HEalth caRe wOrkErS (HEROES) study on behalf of the HEROES group. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1, 3. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02211-9>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.227>

- Matsuishi, K., Kawazoe, A., Imai, H., Ito, A., Mouri, K., Kitamura, N., Miyake, K., Mino, K., Isobe, M., Takamiya, S., Hitokoto, H., & Mita, T. (2012). Psychological impact of the pandemic (H1N1) 2009 on general hospital workers in Kobe. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 353-360. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02336.x>
- Mellido, A., Suárez Ojeda, E. N., Grotberg, E. H., Alchourrón de Paladini, M., Bledak, E., Cuestas, A., Daverio, P., Díaz, A., Estamattl, M., Infante, F., Moreno, E., Munist, M., Murtagh, R., Plattini Montero, J., de Quinteros, L. W., Ravazzola, M. C., Rodríguez, D., Vergés, R., & Wegsman, S. (2008). Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. *Resiliencia: Descubriendo Las Propias Fortalezas*, 69-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=366404>
- Osório, F. L., Silveira, I. L. M., Pereira-Lima, K., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Zuardi, A. W., & Loureiro, S. R. (2021). Risk and Protective Factors for the Mental Health of Brazilian Healthcare Workers in the Frontline of COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.662742>
- Preti, E., Mattei, V. di, Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., Pierro, R. di, Madeddu, F., & Calati, R. (2020). *The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence*. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01166-z>
- Robles, R., Palacios, M., Rangel, N., Real, T., Becerra, B., Fresán, A., Vega, H., Rodríguez, E., Durand, S., & Madrigal, E. (2020). A qualitative assessment of psycho-educational videos for frontline COVID-19 healthcare workers in Mexico. *Salud Mental*, 43(6), 311-318. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.042>
- Robles, R., Rodríguez, E., Vega-Ramírez, H., Álvarez-Icaza, D., Madrigal, E., Durand, S., Morales-Chainé, S., Astudillo, C., Real-Ramírez, J., Medina-Mora, M.-E., Becerra, C., Escamilla, R., Alcocer-Castillejos, N., Ascencio, L., Díaz, D., González, H., Barrón-Velázquez, E., Fresán, A., Rodríguez-Bores, L., ... Reyes-Terán, G. (2020). Mental health problems among healthcare workers involved with the COVID-19 outbreak. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 00(00), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1346>
- Rodríguez-Rey, R., Alonso-Tapia, J., & Hernansaiz-Garrido, H. (2016). Reliability and validity of the Brief Resilience Scale (BRS) Spanish Version. *Psychological Assessment*, 28(5), e101-e110. <https://doi.org/10.1037/pas0000191>
- Rossi, R. (2020). *Mental health outcomes among front and second line health workers associated with the COVID-19 pandemic in Italy*. 1-5.
- Rössler, W., Lindert, J., & Tüscher, O. (2021). Editorial: Resilience: Life Events, Trajectories and the Brain. *Frontiers in Psychiatry | Www.Frontiersin.Org*, 12, 645687. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.645687>
- Rutter, M. (1987). PSYCHOSOCIAL RESILIENCE AND PROTECTIVE MECHANISMS. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/J.1939-0025.1987.TB03541.X>

- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience - Clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 54(4), 474-487. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02615.x>
- Sahoo, S., Rani, S., Parveen, S., Singh, A. P., Mehra, A., Chakrabarti, S., Grover, S., & Tandup, C. (2020). Letter to the Editor. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102104. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102104>
- Schug, C., Morawa, E., Geiser, F., Hiebel, N., Beschoner, P., Jerg-Bretzke, L., Albus, C., Weidner, K., Steudte-Schmiedgen, S., Borho, A., Lieb, M., & Erim, Y. (2021). Social support and optimism as protective factors for mental health among 7765 healthcare workers in germany during the COVID-19 pandemic: Results of the voice study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073827>
- Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., Demyttenaere, K., de Girolamo, G., Haro, J. M., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Ono, Y., Ormel, J., Pennell, B. E., Posada-Villa, J., Sampson, N. A., ... Kessler, R. C. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of General Psychiatry*, 66(7), 785-795. <https://doi.org/10.1001/ARCHGENPSYCHIATRY.2009.36>
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/10705500802222972>
- Smith, B. W., Epstein, E. M., Ortiz, J. A., Christopher, P. J., & Tooley, E. M. (2013). The Foundations of Resilience: What Are the Critical Resources for Bouncing Back from Stress? In *Prince-Embury, S., Saklofske, D.H., Resilience in children, adolescents, and adults: Translating research into practice*. (pp. 167-187). Springer, New York, NY. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4939-3_13
- Soer, R., Six Dijkstra, M. W. M. C., Bieleman, H. J., Stewart, R. E., Reneman, M. F., Oosterveld, F. G. J., & Schreurs, K. M. G. (2019). Measurement properties and implications of the Brief Resilience Scale in healthy workers. *Journal of Occupational Health*, 61(3), 242-250. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12041>
- Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C. W., & Chiu, H. F. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hongkong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197-1204. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002247>
- Taylor, A. M., Ritchie, S. J., Madden, C., & Deary, I. J. (2020). Supplemental Material for Associations Between Brief Resilience Scale Scores and Ageing-Related Domains in the Lothian Birth Cohort 1936. *Psychology and Aging*, 35(3), 329-344. <https://doi.org/10.1037/pag0000419.supp>
- UN. (2020). Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health EXECUTIVE SUMMARY: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. In *World Health Organization, Geneva, switzerland*.

- Villalta, M., & Delgado, A. (2016). Propuesta de escala de resiliencia para adolescentes Chilenos: SV-RES abreviada. *La Construcción Social de La Resiliencia, March*, 21-29.
- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. *Terapia Psicológica*, 30(2), 23-29. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000200002>
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable, but invincible : a longitudinal study of resilient children and youth*. McGraw-Hill.
- WHO. (2004). *World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization; 2004.*
- Windle, G., Bennett, K. M., & Noyes, J. (2011). A methodological review of resilience measurement scales. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-9-8>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong BCD, D., Li ABCG, S., & Yang, N. (2020). *The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus in China*. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019(COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical Science Monitor*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.12659/MSM.923549>

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de salud del paciente – 9 (PHQ-9)

Por favor marque la respuesta que a su juicio es la que mejor se puede aplicar a usted: Ningún día, Varios días, Más de la mitad de los días, Casi todos los días.

En las últimas dos semanas:

1. ¿Ha sentido poco interés o placer por hacer las cosas?
2. ¿Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas?
3. ¿Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido/a, o ha dormido demasiado?
4. ¿Se ha sentido cansado/a o con poca energía?

5. ¿Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso?
6. ¿Se ha sentido mal con usted mismo/a, o que es un fracaso, o que ha quedado mal con usted mismo/a o con su familia?
7. ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión?
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? (O, al contrario, ¿ha estado muy inquieto/a o agitado/a, o moviéndose mucho más de lo normal?)
9. ¿Ha pensado que estaría mejor muerto/a o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera?

Anexo 2. Escala Breve de Resiliencia (BRS)

Indique por favor el grado en que está de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones usando la escala que se señala en cada ítem: totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, neutral, de acuerdo, totalmente de acuerdo.

1. No tardo mucho en recuperarme después de una situación estresante.
2. Lo paso mal cuando tengo que enfrentarme a situaciones estresantes.
3. Tiendo a recuperarme rápidamente después de haberlo pasado mal.
4. Es difícil para mí recuperarme cuando me ocurre algo malo.
5. Aunque pase por situaciones difíciles, normalmente no lo paso demasiado mal.
6. Suelo tardar mucho tiempo en recuperarme de los contratiempos que me ocurren en mi vida.

Anexo 3. Cuestionario sobre apoyo social percibido.

Ahora le vamos a preguntar por apoyos específicos relacionado con la pandemia.

1. Cuento con una red fiable de compañeros/as de trabajo.
Muy en desacuerdo/ En desacuerdo/ De acuerdo/ Muy de acuerdo.
2. Tengo seres queridos que me apoyan cuando lo necesito.

Muy en desacuerdo/ En desacuerdo/ De acuerdo/ Muy de acuerdo

3. ¿Ha recibido asistencia en el cuidado de menores a su cargo? Si/No
4. ¿Ha recibido asistencia en el cuidado de personas mayores y/o con alguna discapacidad? Si/No
5. ¿Ha recibido ayudas económicas estatales o regionales? Si/No