

DRA. PÉREZ MENDOZA STEPHANIE
ALEJANDRA

RESILIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR QUERÉTARO
ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

2022



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**RESILIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD EN UNIDADES DE
MEDICINA FAMILIAR QUERÉTARO ANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19**

Tesis

Que como parte de los requisitos
para obtener el Diploma de la:

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Med. Gral. Pérez Mendoza Stephanie Alejandra

Dirigido por:

Med. Esp. Laura Alicia Cu Flores

Querétaro, Qro. a febrero 2023



Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales
de Información



RESILIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD EN
UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR QUERETARO
ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

por

STEPHANIE ALEJANDRA PEREZ MENDOZA

se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0
Internacional](#).

Clave RI: MEESC-293429



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina

RESILIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD EN UNIDADES DE MEDICINA
FAMILIAR QUERÉTARO ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Grado de

Médico especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Med. Gral. Pérez Mendoza Stephanie Alejandra

Dirigido por:

Med. Esp. Dra. Laura Alicia Cu Flores

SINODALES

Mtra. Laura Alicia Cu Flores
Presidente

Dra. Verónica Campos Hernández
Secretario

M.C.E Patricia Flores Bautista
Vocal

M.I.M.S.P Prishila Danae Reyes Chávez
Suplente

Med. Esp. Rubén del Valle Cortés
Suplente:

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Fecha de aprobación por el Consejo Universitario, febrero 2023.
México.

Resumen

Introducción: Resiliencia se define como la adaptabilidad de un individuo o un grupo ante situaciones amenazantes o desafíos y la capacidad para superar o afrontar la situación, es un concepto positivo en el que se reconocen los mecanismos que el sujeto emplea para salir victorioso de las adversidades que pudieran causar resultados negativos. Durante la pandemia por COVID-19, el personal sanitario de primer nivel de atención atendió pacientes infectados por dicho virus, quienes no estuvieron exentos del contagio y se encontraban expuestos constantemente a situaciones estresantes, así como, cambios en su estilo de vida, aislamiento de sus familiares y eventos traumáticos, condiciones que afectaron el estado emocional. **Objetivo:** Determinar el nivel de resiliencia del personal de salud de Unidades de Medicina Familiar ante la pandemia por COVID-19. **Material y métodos:** Estudio observacional, transversal descriptivo en personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social Unidades de Medicina Familiar, delegación Querétaro en diferentes categorías en quienes posterior a la firma del consentimiento informado se aplicó la escala CD-RISC. Se utilizó estadística descriptiva para el reporte de los datos obtenidos haciendo Media, mediana, desviación standar e intervalos de confianza **Resultados:** Se encontró que en general el personal de salud presentó un nivel de resiliencia medio en un 55.33 (IC 95% 47.29 – 63.38), en el personal de enfermería se obtuvo en promedio un puntaje de 66.14 (IC 95% 62.93 – 69.50), mientras que en el personal médico el nivel de resiliencia fue en promedio un 60.47 (IC 95% 49.92 – 71.01). **Conclusiones:** El personal de enfermería presentó un nivel de resiliencia bajo, mientras que el personal médico presentó un nivel de resiliencia medio.

Palabras clave: resiliencia, COVID-19, Personal, Salud.

Summary

Introduction: Resilience is defined as the adaptability of an individual or a group in the face of threatening situations or challenges and the ability to overcome or face the situation, it is a positive concept in which the mechanisms that the subject uses to emerge victorious from the adversities that could arise are recognized. cause negative results. During the COVID-19 pandemic, first-level health care personnel cared for patients infected with said virus, who were not exempt from contagion, in addition to being in constant contact with stressful work, changes in their lifestyle, isolation from their family and traumatic events, conditions that affected the emotional state. **Objective:** The resilience of health personnel in family medicine units in the face of the COVID 19 pandemic was determined. **Material and methods:** Observational, cross-sectional, descriptive study in health personnel from the Mexican Institute of Social Security of family medicine units, Querétaro delegation in different categories in whom, after signing the informed consent, the CD-RISC scale was applied. Descriptive statistics were used to report the data obtained. **Results:** It was found that in general the health personnel presented an average level of resilience of 55.33 (95% CI 47.29 - 63.38), in the nursing personnel an average score of 66.14 was obtained (95% CI 62.93 - 69.50), while that in medical personnel the level of resilience was on average 60.47 (95% CI 49.92 - 71.01). **Conclusion:** The nursing staff presented a low level of resilience, while the medical staff presented a medium level of resilience.

Keywords: Resilience, COVID-19, Personal, Health.

Dedicatorias

Con amor para mi.

Agradecimientos

Gracias a mi asesora de tesis por compartir sus conocimientos, por llevarme de la mano en este camino, por su infinita paciencia y por compartir su visión de la vida, su ánimo, alegría y entusiasmo me hace admirarla cada día más

A mi profesora titular por no quitar el dedo del renglón conmigo, por la paciencia y dedicación en su gran papel de la enseñanza.

A mis padres: Sandra Mendoza Rivera y Camilo Pérez Rodríguez, ... la vida no me alcanza para agradecerles su infinito, inagotable y maravilloso amor, apoyo, comprensión que me han brindado. No olvido sus palabras “tengo hijas inteligentes, no...” y “¡ envidia y actitud ¡”, me acompañan en cada paso que doy. Los amo.

A mi hermana: Valeria Michelle Pérez Mendoza, mi primera amiga de la vida, mi apoyo, mi confidente, gracias por demostrarme que sí se puede, que somos más fuerte de lo que creemos y que no importa lo difícil que parezca la situación, siempre se sale adelante y se transforma en una mejor versión. Te amo.

A mi amigo: Jorge Hilarino Sánchez Cepeda. Por siempre y para siempre.

Gracias a mi familia por elección, mis amigos. Los que han permanecido a lo largo del tiempo, pasando por cada etapa y apoyándome en cada proyecto, idea y sueño. A aquellos amigos que en este viaje conocí como compañeros y terminamos siendo hermanos, compartiendo sus conocimientos y animándome a seguir adelante. de corazón, gracias.

Gracias a la vida, al universo, la luna, Dios... porque a lo largo de este camino me ha permitido vivir nuevas experiencias que han sumado en mi vida profesional y personal. Gracias por enseñarme a ser una persona resiliente.

Gracias a mi, porque al final pude sentarme y terminar.

Índice

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VII
Abreviaturas y siglas	VIII
I. Introducción	8
II. Antecedentes/estado del arte	10
III. Fundamentación teórica	11
IV. Hipótesis o supuestos	20
V. Objetivos	20
V.1 General	20
V.2 Específicos	20
VI. Material y métodos	21
VI.1 Tipo de investigación	21

VI.2 Población o unidad de análisis	21
VI.3 Muestra y tipo de muestra	21
VI. Técnicas e instrumentos	22
VI. Procedimientos	22
VII. Resultados	25
VIII. Discusión	37
IX. Conclusiones	40
X. Propuestas	41
XI. Bibliografía	42
XII. Anexos	46

Índice de tablas

Tablas		Página
VII.1	Características demográficas	28
VII.2	Características por la COVID-19	29
VII.3	Características demográficas de Enfermería	30
VII.4	Características por la COVID-19 en el personal de enfermería	31
VII.5	Características demográficas de Médicos	32
VII.6	Características por la COVID-19 en el personal médico	33
VII.7	Nivel de Resiliencia	34
VII.8	Nivel de Resiliencia en el personal de enfermería	35
VII.9	Nivel de Resiliencia en el personal en médicos	36
VII.10	Nivel de resiliencia por secciones del test	40

Abreviaturas y siglas

ARN – ácido ribonucleico

CD-RISC – Connor y Davidson resilience scale

CENAPRECE – centro nacional de programas preventivos y control de enfermedades

CONAPO – consejo nacional de población

COVID-19 – coronavirus disease 2019

ER-14- escala resiliencia 14

IC – intervalo confianza

IMSS -instituto mexicano seguro social

INEGI – instituto nacional de estadística y geografía

MERS – síndrome del medio oriente

Nm - nanómetro

OMS – organización mundial de la salud

OPS – organización panamericana de la salud

Proteína N – proteína nucleocápside

SARS- COV-2 – síndrome respiratorio agudo por coronavirus tipo 2

UMF – unidad medicina familiar

I. Introducción

La inesperada llegada de la pandemia provocada por la COVID-19 dejó al descubierto la enorme falta de recurso humano para la atención de la población que se vio afectada en sus diferentes grupos etarios, haciendo evidente el trabajo del personal de salud, quienes se encontraron expuestos a factores de estrés, miedo, incertidumbre, cansancio, no olvidando que no se encontraron exentos de presentar enfermedad por el virus o de otra índole, además de pérdidas familiares. Todo esto, es motivo para investigar el nivel de resiliencia que muestra este grupo, quienes se encontraron en la primera línea de atención.

La pandemia por la COVID-19 trajo consigo diversos cambios en la población general, trayendo consigo problemas de salud importantes para la sociedad. Desde el inicio de la pandemia hasta la última actualización epidemiológica, 16 junio 2021 se tiene reporte de 176.480.226 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, de los cuales 3.825.240 corresponden a defunciones con el 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas. Hasta el 17 de junio de 2021 la organización panamericana de la salud reporta que en los siguientes países se han identificado cuatro variantes del virus; alfa, beta, gamma y delta las cuales son de gran preocupación, los países son: Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, los Estados Unidos de América, México, y Puerto Rico.(Secretaría de Salud, 2021)(Gutierrez Choque & Aruquipa Quispe, 2020)

Al 19 de noviembre de 2021 en Querétaro se cuenta con un reporte de 99,213 casos acumulados, de los cuales, 6,009 corresponden a defunciones. Además de 92,593 altas sanitarias, 550 casos positivos en tratamiento domiciliario, 26 casos positivos hospitalizados con estado no grave y 35 casos positivos hospitalizados en condición grave.(Gandhi, Lynch, & del Río, 2020)(Berlin, Gulick, & Martinez, 2020)

Derivado de la pandemia se implementaron medidas preventivas enfocadas a disminuir la transmisión de la enfermedad, obligando al gobierno a

llevar a cabo el aislamiento social, el cual de acuerdo con investigaciones realizadas se ha demostrado que las personas que se encuentran con movilidad restringida y un limitado contacto con sus círculos sociales aumentan el riesgo de padecer complicaciones psiquiátricas. Se pierde la funcionalidad lo que puede conducir a una enfermedad, que en consecuencia trae consigo sentimientos de desmoralización y desamparo.(Fores & Grané, 2008)

La pandemia por COVID-19 es un asunto de emergencia sanitaria en el que se ve afectada la salud física y mental de miles de pacientes, pero que también afectó a trabajadores del área de la salud. Se tiene conocimiento sobre respuestas emocionales de ira, miedo, negación tanto del personal sanitario como de pacientes.(Canosa & Gutiérrez, 2019) Al ser un evento reciente, se tiene poca información del impacto emocional que éste ha causado y es por eso la importancia de realizar una investigación donde se muestran los niveles de resiliencia, de adaptación y de impacto a la salud de esta población que trabaja arduamente, para conocer las características sociodemográficas y puntos de oportunidad en los que se pueden intervenir en un futuro para ofrecer una mejor calidad de atención y de vida para el mismo trabajador.

II. Antecedentes

Lima, Perú 2018. Tesis con título de “síndrome de burnout y resiliencia en el personal de salud del hospital María Auxiliadora - Lima 2017” un estudio observacional, cuantitativo, analítico y transversal, donde se plantea que la presencia del síndrome de burnout disminuye la resiliencia del personal profesional para hacerle frente a las responsabilidades, impidiéndole cumplir con el perfil donde se requiere recursos personales y sociales que le permitan ser flexible, comprometido, persistente y con responsabilidad de toma de decisiones que permitan una buena atención.(Connor & Davidson, 2003)

En este estudio mencionan a Lee y Ashfort 1990 quienes proponen una diferenciación entre componentes con respecto a su relación de origen, mostrando: la dificultad de autorrealización y el agotamiento emocional relacionado directamente con una tensión resultante del estrés y la despersonalización en respuesta del ser humano más como una estrategia para afrontar las situaciones de peligro.(Connor & Davidson, 2003)

El estudio utiliza la escala de Wagnild & Young para la medición de la resiliencia en los participantes. En sus resultados reportan una asociación entre burnout y resiliencia estadísticamente significativa ($p < 0.003$), donde del total de los participantes con presencia de síndrome de burnout, el 26.2% presenta un nivel de resiliencia baja y el 73.8% un nivel de resiliencia alta.(Fores & Grané, 2008)

Italia, 2020. Es publicado un artículo de investigación con el título de “resiliencia de laboratorios clínicos durante pandemia coronavirus 2019 (COVID-19)” donde exponen la participación esencial e inevitable del personal clínico de laboratorio quienes se encuentran en constante contacto con fluidos, células sanguíneas y biomarcadores, aumentando el riesgo de padecer algunas de las complicaciones por COVID-19. Señalan que el personal que se encontró laborando debe ser valorizado por el desempeño eficiente a pesar de

las adversidades, los recursos mínimamente suficientes y la falta de personal.(Gerardo Jesús Oliva Segura, 2017)

Ambato, Ecuador julio 2020. “La edad y la resiliencia en el personal de salud que atiende pacientes COVID-19. Caso de la ciudad de Ambato”. En este trabajo se utiliza la escala CD-RISC, teniendo como resultado un mayor nivel de resiliencia en el personal sanitario del género femenino con predominio de edad a los 32 años, prevalencia de resiliencia en género masculino a la edad de 26 años. Además de determinar los aspectos de mayor predominio, que fueron fortaleza, optimismo, objetivos y recursos con valores.(Gordón Villalba, P. del R., Córdova Suárez, M. A., Villacres Cevallos, E. P., & Barreno Avila, 2021)

III. Fundamentación teórica

III.1 La COVID -19

Los coronavirus son una gran familia de virus, la mayoría de ellos inofensivos para los humanos. Se conocen cuatro tipos que causan resfriados y otros dos que causan severas infecciones en los pulmones: el Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS) y el Síndrome Respiratorio por Coronavirus de Medio Oriente (MERS). El nuevo coronavirus se conoce como SARS-CoV-2 por sus similitudes con el virus que causa el SARS y fue identificado por primera vez en diciembre de 2019 en Wuhan, provincia de Hubei, China y recibe diferentes nombres como 2019-nCoV, Virus Wuhan y Nuevo coronavirus de Wuhan (WN-CoV). (OPS/OMS, 2021)

Todo se origina en un mercado de la ciudad de Wuhan, China donde se tuvo el reporte de múltiples casos infectados de trabajadores expuestos y visitantes. Se realizaron las investigaciones iniciales con lavados broncoalveolares donde el resultado fue la identificación de un nuevo virus del género betacoronavirus. Como todos los virus, el SARS-CoV-2 necesita que las células de los seres vivos se multipliquen. Este virus parece apuntar a las células de los pulmones y posiblemente también a otras del sistema respiratorio.(Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020)

III.2 Características de coronavirus

El nombre de coronavirus proviene de la semejanza de las glucoproteínas que conforman la estructura de su envoltura a una corona tras su observación a través del microscopio electrónico. Tienen una forma redonda o elíptica, un diámetro aproximado de 60 - 140 nm, un tamaño de 26-32 kilobases, una cadena de ARN de polaridad positiva. Pertenece al género de los beta CoVs.(Díaz-Castrillón & Toro-Montoya, 2020)(Gutierrez Choque & Aruquipa Quispe, 2020)

III.3 Epidemiología

Desde el inicio de la pandemia hasta la última actualización epidemiológica, 16 junio 2021 se tiene reporte de 176.480.226 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, de los cuales 3.825.240 corresponden a defunciones con el 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas. Hasta el 17 de junio de 2021 la organización panamericana de la salud reporta que en los siguientes países se han identificado cuatro variantes del virus; alfa, beta, gamma y delta las cuales son de gran preocupación, los países son: Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, los Estados Unidos de América, México, y Puerto Rico.(Secretaría de Salud, 2021)(Gutierrez Choque & Aruquipa Quispe, 2020)

De acuerdo con la información en relación con las tasas de mortalidad por grupo etario, se muestra que las personas de más de 60 años tienen mayor índice de mortalidad, con mayores factores de riesgo por patologías de base, además de mayor número de complicaciones.(secretaria de salud, México, CENAPRECE, Institución nacional de salud pública, IMSS, INEGI, CONAPO, 2020)

En el treintagésimo primer informe epidemiológico de la situación de COVID-19 en México, con reporte hasta la semana epidemiológica número 36 del año 2021 hay registro de un total de 3,494,232 mil casos acumulados, 266,849 defunciones acumuladas.(secretaria de salud, México, CENAPRECE, Institución nacional de salud pública, IMSS, INEGI, CONAPO, 2020)

En la página web del sitio oficial COVID-19 se muestra un mapa con la tasa de incidencia de casos activos estimados por entidad federativa de residencia, los cuales se nombran a continuación: Baja california 69.3%, Baja california Sur 43.45%, Sonora 41.08%, Chihuahua 27.16, Coahuila 35.11 %, Nuevo León 13.85%, Sinaloa 7.56%, Durango 17.96%, Zacatecas 7.57%, San Luis Potosí 18.99, Tamaulipas 8.12%, Nayarit 6.2%, Jalisco 5.17%,

Aguascalientes 22.16%, Guanajuato 26.75%, Querétaro 21.65%, CDMX 31.96%.(Secretaria de Salud, 2021)(secretaria de salud, México, CENAPRECE, Institución nacional de salud pública, IMSS, INEGI, CONAPO, 2020)

Al 19 de noviembre de 2021 en Querétaro se cuenta con un reporte de 99,213 casos acumulados, de los cuales, 6,009 corresponden a defunciones. Además de 92,593 altas sanitarias, 550 casos positivos en tratamiento domiciliario, 26 casos positivos hospitalizados con estado no grave y 35 casos positivos hospitalizados en condición grave.(Gandhi et al., 2020)(Berlin et al., 2020)

III.4 Impacto psicosocial asociado a pandemia por COVID-19

A lo largo del tiempo, el mundo ha enfrentado diversas pandemias que han dejado precedentes de impacto de salud pública, al estudiar las epidemias se han identificado una gran variedad de consecuencias psicosociales que van desde lo individual hasta lo comunitario. Se llegan a presentar sintomatologías aisladas o pueden llegar a desarrollarse trastornos complejos, con un impacto directo en la funcionalidad de la persona, encontrando ansiedad, depresión, insomnio y trastorno secundario a un estrés post traumático.(Canosa & Gutiérrez, 2019)

Como medida preventiva de infección por COVID-19, el gobierno implementó el aislamiento social el cual paralizó la actividad comercial, ocasionó el cierre de escuelas y obligó a la población a mantenerse durante semanas resguardadas en sus hogares. Durante este periodo de confinamiento se identificaron dos factores importantes que amenazaron el bienestar físico y mental, los cuales son: la pérdida de rutinas y el estrés psicosocial. Los sentimientos que predominan son: el miedo a infectarse, frustración, aburrimiento.(Salud, 2021)

Durante la pandemia COVID -19 se realizó una investigación en Singapur donde se reportó que el 27% de los trabajadores del área de la salud

manifestaron sintomatología psiquiátrica, además un 20% de médicos y enfermeros cursaron con trastorno de estrés post traumático. En Hong Kong se encontró que el 89% del personal sanitario en condiciones de mayor riesgo mostraban mayor manifestación de sintomatología psicológica.(Canosa & Gutiérrez, 2019)

En esta pandemia se implementó como medida preventiva el aislamiento social, el cual de acuerdo con investigaciones realizadas se ha demostrado que las personas que se encuentran con movilidad restringida y un limitado contacto con sus círculos sociales aumentan el riesgo de padecer complicaciones psiquiátricas. Se pierde la funcionalidad lo que puede conducir a una enfermedad, que en consecuencia trae consigo sentimientos de desmoralización y desamparo.(Universidad Nacional Autónoma de México, 2021)

Aquellas personas que se encuentran bajo un constante ambiente de estrés, a causa del brote epidemiológico, pueden llegar a desarrollar angustia con deterioro importante en el desempeño social y laboral en los cuales se caracteriza por una marcada y constante tristeza que puede traducirse posteriormente en un trastorno depresivo. La cercanía que experimenta el individuo ante eventos que pongan en riesgo su vida y lo orillen a buscar las maneras de sobrevivir, como en el caso de la actual pandemia, crea el ambiente ideal y el desarrollo de factores que lo lleven de manera rápida a padecer un trastorno estrés post traumático. (Universidad Autónoma de México, 2020)(González Saez et al., 2012)

En un estudio realizado en España, 12 de junio 2020, durante pandemia COVID titulado “Pandemia de la COVID.19 y salud mental” concluyen que todas las pandemias contienen factores biológicos, infecciosos, psicosociales, además de choques sociales y económicos, los cuales al verse unidos resultan en la demostración de la vulnerabilidad de las instituciones de salud donde ha habido una sobrecarga de atención, sometiendo a los trabajadores de salud en

circunstancias que retan sus capacidades emocionales, con un constante enfrentamiento a dilemas éticos y morales.(Lippi & Plebani, 2020)

III.5 Resiliencia

La etimología de la palabra resiliencia se encuentra compuesta por lexemas latinos, prefijo latino re = intensidad, verbo salire =salir, sufijo nt =agente y el sufijo ia = cualidad. Todo esto en conjunto toma el significado “el que vuelve a saltar y queda como estaba”. La palabra resiliencia nace en el campo de la metalurgia y era utilizado como adjetivo para hacer referencia a la capacidad que poseían los materiales para recobrar su forma original después de haberse visto sometidos bajo presiones deformadoras.(PALOMAR LEVER, JOAQUINA; GÓMEZ VALDEZ, 2010)

Resilient es la forma en que se conoce en el idioma inglés y en el francés lo encontramos conocido como resilience, en idioma italiano al igual que el español lo conocemos como resiliencia que es un atributo que varía de un sujeto a otro y que puede aumentar o disminuir con el tiempo y hacemos referencia a un adjetivo que surge del oficio de la metalurgia que este proceso es la técnica de la obtención y tratamiento de los metales a partir de minerales metálicos.(Salud, 2021)(PALOMAR LEVER, JOAQUINA; GÓMEZ VALDEZ, 2010)

Rutter, conocido como el padre de la psicología infantil, en el año de 1972 acuñó el concepto de resiliencia para las ciencias sociales. En esta época se encontraba en uso el concepto de “personas invulnerables” hablando en el ámbito de los niños y es ahí donde Rutter postula las razones que darían paso al nuevo concepto de resiliencia basándose en tres aspectos: 1. los datos que se tenían acerca de las diferencias individuales ante situaciones de riesgo, 2. los estudios sobre temperamento y 3. las diferencias al enfrentar las situaciones de la vida.(González Saez et al., 2012)

Rutter define a la resiliencia como la capacidad que tiene cada individuo para responder o enfrentarse a las situaciones de riesgo a lo largo del tiempo. La capacidad que tiene un cuerpo de ser fuerte, de resistir; en el ser humano,

la capacidad de crecer, fortalecer y salir triunfante ante las pruebas que la vida le presenta. Rutter menciona que la resiliencia como proceso es un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que hacen posible el vivir sanamente en un medio insano.(González Saez et al., 2012)

Osborn, en el año de 1993 plantea la definición de resiliencia como el resultado de la unión de factores ambientales, temperamento y la habilidad cognitiva que resulta en competencias. Vanistendael en el año de 1994 logra identificar dos componentes de la resiliencia:

- 1.- Resistencia frente a la destrucción

- 2.- Capacidad para construir un conductismo vital positivo a pesar del ambiente hostil

Grotberg en 1995 hace énfasis en el factor ambiental dentro del proceso de resiliencia, logrando exponer que la resiliencia es proceso complicado y laberíntico que no tiene una sola causa o explicación, sino que debe ser visto como un camino en el que intervienen las diferentes dimensiones del ser humano que lo conducen a distintas etapas de evolución. Luthar y Cushing en 1999 postulan 3 componentes que deben estar presentes en el proceso de resiliencia pues lo definen como un proceso dinámico.(Canosa & Gutiérrez, 2019)

- 1.- La noción de adversidad o amenaza al desarrollo humano

- 2.- La adaptación positiva de la adversidad

- 3.-El proceso que considera la dinámica entre mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales.

Tomando en cuenta las definiciones que se han postulado se puede concluir que la resiliencia es un proceso que contrarresta las situaciones dañinas y es una dinámica en la que se pueden identificar una serie de etapas que se mencionan a continuación: 1.- El equilibrio que enfrenta a la tensión. 2.- El compromiso y el desafío. 3.- La superación. 4.- La significación y valoración.

5.- La positividad de sí mismo. 6.- La responsabilidad. 7.- La creatividad.(Universidad Nacional Autónoma de México, 2021)

Y por último debemos mencionar 2 factores importantes que se deben presentar en el proceso de resiliencia del ser humano, hablamos de los factores de riesgo y de protección. Los primeros son aquellas predisposiciones con las que cuenta el individuo que lo hacen más susceptible y merman sus capacidades de inteligencia emocional, los segundos son aquellos factores con los que cuenta el individuo que aumentan las capacidades resilientes.(Universidad Nacional Autónoma de México, 2021)

III.6 Resiliencia y COVID-19

El 20 de julio 2020 se publicó un artículo de título “Asia y el gran desafío de la COVID-19: resiliencia y adaptación” donde se expone como en el país asiático adoptaron medidas nacionales y de integración para reducir el riesgo de infección y cómo perciben esta situación como una oportunidad para reforzar la integración nacional y acelerar la cuarta revolución industrial mostrando así una gran capacidad de resiliencia y adaptación ante el nuevo escenario que orilla un cambio de actividades, de costumbres y patrones de conductas que muy probablemente puedan quedar como condiciones permanentes.(González Saez & Hernández Hernández, 2020)

Argentina, 2020, publica un artículo llamado “Contexto y vulnerabilidad en la crisis del COVID-19; emociones y situaciones del durante e interrogantes acerca del después”. Donde se describe una tríada emocional inicial: Miedo, ansiedad y angustia, se habla de dos etapas que potencian las emociones ya mencionadas. Primera etapa: incertidumbre, el estar en cuarentena y un ambiente de sobre información y como segunda etapa: problemas económicos que resultan en sentimientos de fastidio, además de la escolaridad vía internet con nuevas tecnologías de aprendizaje y el home office.(Sumner RC, 2020)

Perú, 13 febrero 2021, sale a la luz una investigación que lleva por título “la resiliencia como factor fundamental en tiempos de COVID-19”, una

investigación de tipo mixta, exploratoria, descriptiva con muestreo aleatorio simple, un total de 261 participantes donde se utilizó una escala de medición de resiliencia (ER-14) donde se concluyó que los encuestados se encuentran propensos a un estado de depresión y de ansiedad el cual debe ser atendido por un especialista.(Castagnola, Cotrina, & Aguinaga, 2021)

III.7 Escala Connor y Davidson (CD-RISC)

Esta escala es creada en el año 2003 por sus autores Connor y Davidson quienes definen a la resiliencia como un constructo multidimensional. Esta prueba tiene dos versiones, una de 25 ítems y otra de 10 ítems. En sus inicios, esta prueba fue creada para evaluar la resiliencia en personas que cursaban con diagnóstico de estrés post traumático y con el paso del tiempo se fue utilizando en una mayor variedad de poblaciones con el fin de aumentar la generalización de la medida. Los grupos incluidos son pacientes de primer nivel, ambulatorios psiquiátricos, pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y de comunidad.(González Saez et al., 2012)

Los autores obtuvieron su inspiración y referencia de una escala de trabajo de resistencia, SC. Kobasa y M. Rutter. La escala CD-RISC está conformada de 25 ítems, evaluada en una escala tipo likert la cual va del 0 al 4 donde 0 = “en absoluto”, 1 = “rara vez”, 2 = “a veces”, 3 = “a menudo” y 4 = “casi siempre”. La suma de estas calificaciones da un resultado entre el 0 al 100, donde a mayor puntuación, mayor resiliencia. Además, la escala se compone de la evaluación de 5 factores, las cuales se mencionan a continuación con cada una de su número de pregunta correspondiente que evalúa ese constructo.(LIMA-SÁNCHEZ D, NAVARRO-ESCALERA A, FOUILLOUX-MORALES C, TAFOYA-RAMOS S, 2020)

Calificación:

F1. Persistencia-tenacidad-autoeficacia: Suma de ítems 10, 12, 16, 17, 23-25.

F2. Control bajo presión: Suma de ítems 6, 7, 14, 15, 18, 19, 20.

F3. Adaptabilidad y redes de apoyo: Suma de ítems 1, 2, 4, 5 y 8.

F4. Control y propósito: Suma de ítems 13, 21 y 22.

F5. Espiritualidad: Suma de ítems 3 y 9.

Resiliencia: Suma de F1-F5.

La validación de esta escala cuenta con un alfa de cronbach de 0.935. Y con una calificación de 1-70 = baja resiliencia, 71-87 = resiliencia media, mayor a 88 = alta resiliencia.

IV. Hipótesis

Ha: El personal de salud presenta un nivel de resiliencia mayor a 60 puntos.

Ho: El personal de salud presenta un nivel de resiliencia igual o menor a 60 puntos.

Ha₂: El personal médico presenta un nivel de resiliencia mayor a 60 puntos

Ho₂: El personal médico presenta un nivel de resiliencia igual o menor a 60 puntos.

Ha₃: El personal de enfermería presenta un nivel de resiliencia mayor a 60 puntos.

Ho₃: El personal de enfermería presenta un nivel de resiliencia igual o menor a 60 puntos.

V. Objetivos

V.1 Objetivos general

Determinar el nivel de resiliencia del personal de salud de Unidades de Medicina Familiar ante la pandemia por COVID-19.

V.2 Objetivos específicos

Conocer el nivel de resiliencia en médicos.

Conocer el nivel de resiliencia en personal de enfermería.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Estudio transversal descriptivo

VI.2 Población

Personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social adscrito a las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, UMF No 15 y UMF No 13, Delegación Querétaro, categorías Médicos Familiares y enfermería.

VI.3 Muestra y tipo de muestreo

Se incluyó un total de 150 pacientes, el cálculo de muestra se realizó a través de la fórmula para población finita considerando un nivel de confianza del 95%. Se utilizó una selección no probabilística, por conglomerados de acuerdo con la plantilla de personal existente en las Unidades de Medicina Familiar incluidas en el estudio.

$Z_{\alpha/2}$ nivel de confianza= 95%= 1 cola= 1.64

p: prevalencia del fenómeno estudiado= 60%= 0.60

q= 1- p= 1-0.60= 0.40

N= total de población= 269

d= margen de error= 5%= 0.05

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 p q N}{(N-1) d^2 + Z_{\alpha/2}^2 p q}$$
$$n = \frac{(1.64)^2 (0.60) (0.40) (269)}{(269 - 1) (0.05)^2 + (1.64)^2 (0.60) (0.40)}$$
$$n = \frac{(2.68) (0.60) (0.40) (269)}{(269 - 1) (0.05)^2 + (2.68)^2 (0.60) (0.40)}$$

$$(268) (0.0025) + (2.68) (0.60) (0.40)$$

$$n = 173.0208 \\ 0.67 + 0.6432$$

$$n = 173.0208 \\ 1.3132$$

$$n = 149.75$$

$$N= 150$$

Se asignó proporcionalmente a cada unidad de acuerdo a la plantilla de personal para personal de enfermería y médicos de las distintas unidades.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron a personal de salud de las categorías Médico Familiar o enfermería adscrito a las Unidades de Medicina Familia No 16, 15 y No 13, Delegación Querétaro, que se encontraron en contacto directo con pacientes en módulo respiratorio desde el inicio de la pandemia (marzo 2022) y que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado, se excluyó a todo aquel personal que haya tenido una licencia por cualquier motivo durante más de un mes durante la pandemia, así mismo, se excluyó a todos aquellos que decidieron retirarse del estudio. Se eliminaron participantes que contestaron las encuestas incompletas al momento de su revisión.

VI.3.2 Variables estudiadas

Dentro de las variables que se incluyeron en el estudio se encuentran la edad, sexo, estado civil, categoría laboral, escolaridad, religión, conviviente, caso

confirmado de infección por SARS- Cov-2, defunción de algún familiar directo por COVID-19 y resiliencia.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Los datos obtenidos de la investigación fueron vaciados en una hoja de recolección que fue creada para este fin, la información fue obtenida a través de la encuesta realizada del personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar estudiadas que aceptaran participar del estudio.

Para la medición de resiliencia se aplicó la escala CD RISC con un Alfa de Cronbach de 0.86, la cual consta de 25 ítems que se responde en una escala de 0 a 4. Donde 0 significa = “en absoluto”, 1 = “rara vez”, 2 = “a veces”, 3 = “a menudo” y 4 = “casi siempre”. Compuesta de 5 factores; persistencia-tenacidad- autoeficacia, control bajo presión, adaptabilidad y redes de apoyo, control y propósito y espiritualidad. Las puntuaciones de cada ítem se suman y se interpretan con los siguientes valores: 1-70 = baja resiliencia, 71-87 = resiliencia media y mayor a 88 = alta resiliencia.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la directora de tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada.

Se acudió en horario matutino y vespertino a las Unidad de Medicina Familiar No. 16, 15 y 13 de la Delegación 23 de Querétaro, se invitó al personal de salud a participar en el protocolo de investigación, previa explicación del objetivo y de los beneficios que adquirirían y posterior aceptación verbal se les solicitó firma de consentimiento informado.

Una vez firmada la autorización mediante el consentimiento informado se procedió al llenado de la hoja de recolección de datos sociodemográficos y se

realizaron las escalas correspondientes con una duración aproximada de 10 minutos. La información se resguardó a través de su integración en una base de datos en Excel la cual se encuentra bajo resguardo por los investigadores principales.

VI.5.1 Análisis estadístico

La información recolectada se integró en el paquete estadístico SPSS en donde posteriormente se realizó la descripción de los datos mediante estadística descriptiva con uso de medidas de tendencia central y dispersión, promedio, mediana, ic y desviación estándar.

VI.5.2 Consideraciones éticas

El presente trabajo tomó en cuenta las recomendaciones hechas en la declaración de Helsinki. Se presentó ante el comité de ética para su revisión y aprobación.

Se considera que esta investigación no tuvo riesgo de acuerdo con el artículo 17 del reglamento de la Ley general de salud en materia de Investigación para la salud, debido a que se realizaron cuestionarios donde no hubo intervención alguna, no se manipuló la conducta del sujeto y no se llevaron a cabo técnicas invasoras ni administración de fármacos.(Cámara de diputados del H Congreso de la Unión, 1987)

Se solicitó la autorización de las unidades de medicina familiar número 13, 15 y 16 para la realización de este protocolo. Se llevó la carta de no inconveniente a cada unidad médica donde se buscó la firma de consentimiento y autorización de directores.

La información recolectada fue de conocimiento y acceso únicamente por el encuestador, para proteger la confidencialidad del sujeto participante, los nombres serán fueron por folios. Además, se utilizó un cifrado simétrico por bloques de tipo AES, utilizando el programa Cryptomator, resguardando la información por un periodo de 5 años.

Atendiendo a los principios éticos se enumeraron los siguientes puntos con los correspondientes objetivos: Principio de beneficencia: el único riesgo que presentó el trabajo es el posible malestar emocional, el cual en dado caso de presentarse fue atendido oportunamente canalizando al área correspondiente dentro de la clínica, además de que el participante se encontraba libre de dejar el estudio en el momento que lo deseara. Principio de autonomía: se llevó a cabo al solicitar su autorización de participación mediante la carta de consentimiento informado. También se ejerció al ofrecer la información necesaria al sujeto, riesgos-beneficios y aclaración de dudas. Y recalcando que su participación no se encontraba sujeta a compromiso pudiendo retirarse.

VII. Resultados

El estudio incluyó a 150 participantes, de la categoría Médico Familiar o enfermero (a) adscrito a las Unidades de Medicina Familiar No 16, 15 y 13 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Querétaro, el 42.6% de los participantes fueron de la categoría enfermero y el 57.3% correspondían a la categoría de Médico Familiar.

La mediana de edad de los participantes fue de 39 años (DS 7.034; IC 95% 38.35 – 40.61), el sexo predominante fue el femenino con un 68% (IC 95% 60.45 – 75.55), la categoría predominante fue el de médico con un 57.33% (IC 95% 49.33 – 65.34); la mayor cantidad de participantes se obtuvo de la Unidad de Medicina Familiar número 13 con un 44.67% (IC 95% 36.62 – 52.71) seguida de la UMF 16 con un 36% (IC 95% 28.23 – 43.77). Cuadro VII.1

En relación con el estado civil el 54.67% (IC 95% 46.61 – 62.73) se encontraba soltero y el 30.67% (IC 95% 23.20 – 38.13) se encontraba casado. Se destacó la religión católica con un 81.33% (IC 95% 75.03 – 87.64). La escolaridad predominante fue la licenciatura en un 40% (IC 95% 32.07 – 47.93), seguido de la especialización con un 38% (IC 95% 30.14 – 45.86%). Cuadro VII.1

El antecedente de padecer COVID-19 fue de 58.67% (IC 95% 50.70 – 66.64), mientras que el antecedente de alguna disfunción familiar por esta enfermedad fue del 38% (IC 95% 30.14 – 45.86), siendo el parentesco de la defunción el 36.91% (IC 95% 29.07 – 44.75) un familiar indirecto y teniendo como convivientes en un 37.33% (IC 95% 29.50 – 45.16) a la familia nuclear y en un 30.67% (IC 95% 23.20 – 38.13) correspondiente a hogares unipersonales. Cuadro VII.2

La mediana de edad del personal de enfermería fue de 37 años (DS 7.474; IC 95% 35.91 – 39.65), el sexo predominante fue el femenino con un

76.56% (IC 95% 65.90 – 87.23), en relación con el estado civil el 64.06% (IC 95% 51.98 – 76.14) se encontraba soltero y el 25% (IC 95% 14.10 – 35.90) se encontraba casado. Se destacó la religión católica con un 81.25% (IC 95% 71.42 – 91.08). La escolaridad predominante fue la licenciatura en un 70.31% (IC 95% 58.81 – 81.82). Cuadro VII.3.

El antecedente de padecer COVID-19 fue de 54.69% (IC 95% 42.15 – 67.22), mientras que el antecedente de alguna defunción familiar por esta enfermedad fue del 34.38% (IC 95% 22.42 – 46.33), no teniendo ningún parentesco de la defunción con un 59.36% (IC 95% 47.01 – 71.74) y teniendo como convivientes en un 29.69% (IC 95% 18.18 – 41.19) a la familia nuclear y unipersonal. Cuadro VII.4.

La mediana de edad del personal médico fue de 40.74 años (DS 6.445; IC 95% 39.36 – 42.13), el sexo predominante fue el femenino con un 61.63% (IC 95% 51.14 – 72.12), en relación con el estado civil el 47.67% (IC 95% 36.90 – 58.45) se encontraba soltero y el 34.88% (IC 95% 24.61 – 45.16) se encontraba casado. Se destacó la religión católica con un 81.40% (IC 95% 73.00 – 89.79). La escolaridad predominante fue la especialidad en un 66.28% (IC 95% 56.08 – 76.47). Cuadro VII.5.

El antecedente de padecer COVID-19 fue de 61.63% (IC 95% 51.14 – 72.12), mientras que el 40.7% (IC 95% 30.10 – 51.29) sufrieron la defunción de alguno de sus familiares, dentro de estos el 34.1% correspondió a un familiar indirecto (IC 95% 23.83 – 44.40), dentro de nuestros participantes el 43.2% (IC 95% 32.35 – 53.70) pertenecían a una familia nuclear, seguidos en un 31.4% (IC 95% 21.39 – 41.40) de familias unipersonales que por lo tanto debitan solas en el lugar. Cuadro VII.6.

Con relación al nivel de resiliencia se encontró que en general el personal de salud presentó un nivel de resiliencia medio en un 55.33% (IC 95% 47.29 – 63.38), seguido de un nivel bajo en resiliencia en un 42% (IC 95%

34.01 – 49.99), obteniendo un puntaje de 71.35 (DS 12.510, IC 95% 68.67 – 74.03) de la escala CD RISC. Cuadro VII.7.

Respecto al nivel de resiliencia en el personal de enfermería se obtuvo una mediana de 66.14 (DS 12.852, IC 95% 62.93 – 69.50) de la escala de CD RISC, obteniendo que el nivel de resiliencia es bajo en el personal de enfermería en un 51.56% (IC 95% 38.98 – 64.14), seguido de un nivel medio en un 48.44% (IC 95% 35.86 – 61.02). Cuadro VII.8.

Así mismo se encontró que el 60.47% (IC 95% 49.92 – 71.01) de los médicos tenía un nivel de resiliencia medio, seguido de un nivel bajo de resiliencia de 34.88% (IC 95% 24.61 – 45.16), teniendo un puntaje de 71.35 (DS 12.510, IC 95% 68.67 – 74.03) de la escala CD RISC. Cuadro VII.9.

Cuadro VII.1 Características sociodemográficas de la población estudiada.

		n=150	
	%	Inferior	IC 95% Superior
Sexo			
Femenino	68.00	60.45	75.5 5
Masculino	32.00	24.45	39.5 5
Categoría laboral			
Enfermería	42.67	34.66	50.6 7
Médico	57.33	49.33	65.3 4
Unidad de Adscripción			
UMF 13	44.67	36.62	52.7 1
UMF 15	19.33	12.94	25.7 3
UMF 16	36.00	28.23	43.7 7
Estado civil			
Soltero	54.67	46.61	62.7 3
Unión libre	8.67	4.11	13.2 2
Casado	30.67	23.20	38.1 3
Divorciado	4.67	1.25	8.08
Viudo	1.32	0.52	3.19
Religión			
Católico	81.33	75.03	87.6 4
Cristiano	4.00	0.83	7.17

Adventista	0.00	0	0
Creyente	5.33	1.70	8.97
Otro	9.33	4.62	14.04
Escolaridad			
Técnico superior	11.33	6.20	16.46
Licenciatura	40.00	32.07	47.93
Especialidad	38.00	30.14	45.86
Maestría	6.67	2.63	10.70
Doctorado	2.67	0.06	5.27
Otro	1.33	0.052	3.19

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro

Cuadro VII.2 Características clínicas en relación con COVID-19 en población estudiada

n=150

Enfermedad por Covid-19	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sí	58.67	50.70	66.64
No	41.33	33.36	49.30
Defunción familiar por Covid-19			
Sí	38.00	30.14	45.86
No	62.00	54.14	69.86
Parentesco familiar de la defunción			
Familiar Directo	4.70	1.26	8.14
Familiar Indirecto	36.91	29.07	44.75
Ninguno	58.39	50.38	66.40
Tipología familiar			
Nuclear	37.33	29.50	45.16
Extensa	15.33	9.50	21.17
Monoparental	5.33	1.70	8.97
Unipersonal	30.67	23.20	38.13
Grupo similar a familia	11.33	6.20	16.46

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro

Cuadro VII.3 Características sociodemográficas del personal de Enfermería

Sociodemográfico	%	Desviación estándar	IC 95%	
			Inferior	Superior
Edad	37.78	7.474	35.91	39.65
Sexo				
Femenino	76.56	65.90		87.23
Masculino	23.44	12.77		34.10
Estado civil				
Soltero	64.06	51.98		76.14
Unión libre	6.25	0.16		12.34
Casado	25.00	14.10		35.90
Divorciado	1.56	0.015		4.68
Viudo	3.13	0.012		7.51
Religión				
Católico	81.25	71.42		91.08
Cristiano	6.25	0.16		12.34
Adventista	0.0	0.0		0.0
Creyente	9.38	2.04		16.71
Otro	3.13	0.012		7.51
Escolaridad				
Técnico superior	26.56	15.44		37.68
Licenciatura	70.31	58.81		81.82
Especialidad	0.0	0.0		0.0
Maestría	0.0	0.0		0.0
Doctorado	0.0	0.0		0.0
Otro	3.13	0.012		7.51
Unidad de Adscripción				
UMF 13	42.19	29.75		54.62
UMF 15	20.31	10.18		30.44
UMF 16	37.50	25.31		49.69

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro

n=150

Cuadro VII.4 Características por la COVID-19 en personal de enfermería

Enfermedad por Covid-19	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sí	54.69	42.15	67.22
No	45.31	32.78	57.85
Defunción familiar por Covid-19			
Sí	34.38	22.42	46.33
No	65.63	53.67	77.58
Parentesco familiar de la defunción			
Familiar Directo	0.0	0.0	0.0
Familiar Indirecto	40.63	28.26	52.99
Ninguno	59.36	47.01	71.74
Convivientes			
Nuclear	29.69	18.18	41.19
Extensa	15.63	6.48	24.77
Monoparental	7.81	1.06	14.57
Unipersonal	29.69	18.18	41.19
Grupo similar a familia	17.18	7.69	26.69

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación, Querétaro.

Cuadro VII.5 Características demográficas de Médicos

Sociodemográfico	%	Desviación estándar	IC 95% Inferior	Superior
Edad	40.74	6.445	39.36	42.13
Sexo				
Femenino	61.63		51.14	72.12
Masculino	38.37		27.88	48.86
Unidad de Adscripción				
UMF 13	46.51		35.76	57.27
UMF 15	18.60		10.21	27.00
UMF 16	34.88		24.61	45.16
Estado civil				
Soltero	47.67		36.90	58.45
Unión libre	10.47		3.86	17.07
Casado	34.88		24.61	45.16
Divorciado	6.98		1.48	12.47
Viudo	0.0		0.0	0.0
Religión				
Católico	81.40		73.00	89.79
Cristiano	2.33		0.09	5.58
Adventista	0.0		0.0	0.0
Creyente	2.33		0.09	5.58
Otro	13.95		6.48	21.43
Escolaridad				
Técnico superior	0.0		0.0	0.0
Licenciatura	17.44		9.26	25.63
Especialidad	66.28		56.08	76.47
Maestría	11.63		4.71	18.54
Doctorado	4.65		0.11	9.19
Otro	0.0		0.0	0.0

n=150

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro

n=150

Cuadro VII.6 Características por la COVID-19 en el personal médico

Enfermedad por Covid-19	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Sí	61.63	51.14	72.12
No	38.37	27.88	48.86
Defunción familiar por Covid-19			
Sí	40.70	30.10	51.29
No	59.30	48.71	69.90
Parentesco familiar de la defunción			
Familiar Directo	8.24	2.27	14.20
Familiar Indirecto	34.12	23.83	44.40
Ninguno	57.65	46.93	68.37
Convivientes			
Nuclear	43.02	32.35	53.70
Extensa	15.12	7.39	22.84
Monoparental	3.49	0.04	7.45
Unipersonal	31.40	21.39	41.40
Grupo similar a familia	6.98	1.48	12.47

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro.

Cuadro VII.7 Nivel de Resiliencia en personal de salud

Puntaje de la Escala CD RISC Total	%	Desviación estándar	n=150	
			Inferior	IC 95% Superior
Puntaje	72.00	12.876	67.05	71.20
Nivel de Resiliencia Total				
Bajo	42.00	34.01		49.99
Medio	55.33	47.29		63.38
Alto	2.67	0.06		5.27

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro.

Cuadro VII.8 Nivel de Resiliencia en el personal de enfermería

Puntaje de la Escala CD RISC en Enfermería	%	Desviación estándar	n=150	
			Inferior	IC 95% Superior
Puntaje	66.14	12.852	62.93	69.50
Nivel de Resiliencia en Enfermería				
Bajo	51.56	38.98		64.14
Medio	48.44	35.86		61.02
Alto	0.0	0.0		0.0

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro.

Cuadro VII.9 Nivel de Resiliencia en el personal en médicos

Puntaje de la Escala CD RISC en Médicos	%	Desviación estándar	IC 95%	
			Inferior	Superior
Puntaje	71.35	12.510	68.67	74.03
Nivel de Resiliencia Médicos				
Bajo	34.88		24.61	45.16
Medio	60.47		49.92	71.01
Alto	4.65		0.11	9.19

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro.

Cuadro VII.10 Nivel de Resiliencia por secciones del test

	Enfermería	Médicos
F1. Persistencia-tenacidad-autoeficacia	23	23
F2. Control bajo presión	17	17
F3. Adaptabilidad y redes de apoyo	17	17
F4. Control y propósito	10	10
F5. Espiritualidad	6	6

Fuente: Personal de salud de las Unidades de Medicina Familiar UMF No 16, 15 y 13, Delegación Querétaro.

VIII. Discusión

El termino resiliencia tuvo un nuevo auge ante la presencia de una nueva pandemia generada por la COVID-19, la cual causó diversas alteraciones físicas, sociales y familiares, no presentando distinción alguna en la clase social, sexo u otra característica, sin embargo, el personal de salud se vio expuesta a diversas crisis que llevaron a la adaptación o no ante estas adversidades.

Del estudio se encontró que la edad mediana del personal de enfermería que estuvo en los módulos de atención respiratoria fue de 37 años, siendo el sexo femenino predominante en un 76%, con una escolaridad predominante en licenciatura con un 70%, similar a lo encontrado por Thanakijtummakul et al., quien encontró que la edad del personal de enfermería en la primera línea de atención ante COVID-19 fue entre 30 a 40 años, en su mayoría de sexo femenino(Thanakijtummakul, 2021).

En relación al personal médico que estuvo en los módulos respiratorios se encontró que la edad mediana fue de 40, siendo el sexo femenino predominante y con la escolaridad de especialidad en un 66%, algo que contrasta con los resultados obtenidos por Yang et al., quien reporta que el sexo masculino estuvo más presente en la atención del paciente con COVID-19, sin embargo, la edad es similar a la encontrada, pues en su estudio también reportan una media de edad de 40 años y de la misma manera tenían una escolaridad de grado y superior(Yang et al., 2022). Estos resultados pueden justificarse al conocer que al inicio los médicos especialistas fueron los primeros en reclutar y la edad promedio al término de alguna especialidad en México es alrededor de los 28-35 años(Heinze-Martin, Olmedo-Canchola, Bazán-Miranda, Bernard-Fuentes, & Guízar-Sánchez, 2018).

A partir de este estudio se destaca que el antecedente de haber padecido la COVID-19 en el personal de salud que estuvieron en los módulos de atención respiratoria fue de 58%, cifras altas en relación con lo

reportado por Contreras et al, quien reporta que el 33.8% del personal de salud presentó la enfermedad. (Contreras Castro & Mejía Salas, 2021), no obstante existe una variación dentro de los países dado a que en México presentó variaciones de porcentajes de infectados por semanas epidemiológicas.(Vilchis Reyes, Sandoval Bosch, & García de Torres, 2020).

En relación a la presencia de algún familiar fallecido por la COVID-19 se reporta que a nivel nacional la desintegración familiar por la muerte de un familiar directo fue elevado, no obstante en menor proporción fue algún familiar indirecto(Sonja et al., 2021), en comparación con nuestro estudio las defunciones familiares en el personal de salud fue con un parentesco indirecto en un 36%, lo cual se podría explicar en que el personal de salud se aisló completamente de su familia para evitar el contacto directo con ellos y así evitar el contagio, además de tener mayor conocimiento de esta enfermedad y las recomendaciones preventivas.

El nivel de resiliencia del personal de salud en nuestro estudio fue en promedio un 55.33%, datos similares a los reportados por Baskin et al., donde concluyen que el nivel de resiliencia en el personal de salud es moderado(Baskin & Bartlett, 2021) y de la misma manera Ni et al., utilizando la escala de CD-RISC2 destaca que el nivel de resiliencia es medio en el personal de salud(Ni et al., 2016).

En el personal de enfermería se encontró que presentan un nivel de resiliencia bajo con un puntaje de la escala de CD-RISC2 de 66.14, algo similar a lo reportado por Guo et al., en el que reportan un puntaje de CD-RISC2 de 63.52 en enfermeras chinas(Guo YF, Luo YH, Lam L, Cross W, Plummer V, n.d.), no obstante, en las enfermeras australianas se reporta por Gillespie et al., un puntaje de CD-RISC2 de 75.5 en quienes se otorgaron ayuda psicológica durante toda la pandemia por COVID-19(Canosa & Gutiérrez, 2019).

En comparación con el personal de enfermería encontramos que los médicos tenían un nivel de resiliencia medio, con un promedio de puntaje de la escala de CD-RISC2 de 71.35, encontrando similitud a lo reportado en Wuhan en donde se encuentra puntuaciones de la escala CD-RISC2 entre $73,48 \pm 11,49$ (Galaiya, Kinross, & Arulampalam, 2020), sin embargo Douillet et al., reporta un puntaje 69 de la escala de CD-RISC2, en el que expone que los factores de riesgo asociados a mayor puntuación fueron la especialidad de anestesia y la paternidad. (Douillet et al., 2021).

En el personal de enfermería y personal médico el resultado de la sección F5 que corresponde a la espiritualidad se encontró por debajo de los niveles esperados. Si bien no es una obligación del sistema de salud coordinar asistencia espiritual y religiosa para su equipo, estos resultados abren la puerta a intervenciones que permitan a cada uno de los participantes generar un proceso de introspección que les permita reconectar con su espiritualidad, elemento fundamental en la vida profesional y laboral que se ha perdido paulatinamente en épocas de adversidad.

Una limitación de este estudio es que fue realizado solo a personal de salud de primer nivel de atención, lo que dificulta la comparación entre otras especialidades, además de que los módulos respiratorios se valoran a los pacientes con síntomas respiratorios, pero no se da el seguimiento a los pacientes con enfermedad grave y que quizás fallecieron durante la pandemia, teniendo un impacto mayor en el personal de salud.

Los resultados de este estudio permiten conocer cuál es el nivel de resiliencia del personal de salud tras afrontar la COVID-19, esto nos permite conocer la capacidad de prevalecer ante la presencia de eventos adversos como lo es la pandemia de nuestro personal de salud.

IX. Conclusiones

El personal de salud presentó una mediana de 72 puntos que corresponde a una calificación de resiliencia baja, información que nos permite rechazar la hipótesis nula.

De acuerdo con los resultados por categoría, para el personal de enfermería rechazamos la hipótesis nula ya que el personal presentó un nivel de resiliencia bajo que corresponde a un puntaje en la escala de escala de CD-RISC2 de 66.14 puntos, mientras que el personal médico presentó un nivel de resiliencia medio correspondiente a un puntaje de 71.35 en la escala de CD-RISC2, rechazando igualmente la hipótesis nula.

Dado en nivel de bajo de resiliencia del personal salud en pandemia es necesario contar con apoyo psicológico y atención integral para el personal que presta servicios de salud en todo momento y en especial en situaciones de emergencia como pandemia de COVID, con la finalidad de presentar una mejor respuesta emocional y adaptativa.

IX. Propuestas

Derivado de la realización de este proyecto de investigación se recopila información que permite generar las siguientes propuestas:

Se sugiere la continuación de esta línea de investigación a través de un enfoque metodológico que permite estimar asociaciones entre las variables relacionadas con la resiliencia, cómo puede ser un enfoque analítico o de casos y controles que permita la identificación de elementos relacionados a la variación del nivel de resiliencia en el personal de salud, incluyendo además a más categorías dentro de la recopilación de muestra permitiendo ampliar el enfoque hacia todos los involucrados en el proceso de atención, independientemente de la cercanía del contacto con los pacientes, ya que todos de forma indirecta se encontraron envueltos en el proceso de la pandemia por COVID-19.

Surge como una propuesta, el abordaje de los temas sobre la resiliencia y el enfoque hacia una mejoría de estos a través de intervenciones cómo su enseñanza temprana y abordaje dentro de los programas académicos en el personal en formación, que permitirá a los nuevos egresados sumarse a al equipo de atención en salud con herramientas que le permitan mejorar la forma en la que aborda y se sobrepone a las adversidades de su día a día. Manteniendo un control de su nivel de resiliencia a través de encuestas periódicas en la implementación de intervenciones para mejorarla en caso de detectar niveles bajos.

A través de la difusión de estos resultados en la modalidad de síntesis ejecutiva que será presentada a los cuerpos de gobierno de las unidades involucradas para que puedan tomar medidas como la capacitación de su personal que permita la mejoría del nivel de resiliencia de nuestros trabajadores de los sistemas de salud.

X. Bibliografía

- American Thoracic Society. (2020). Que es el Covid 19. *American Thoracic Society*, 1–4. Retrieved from <https://www.thoracic.org/patients/patient-resources/resources/spanish/covid-19.pdf>
- Baskin, R. G., & Bartlett, R. (2021). Healthcare worker resilience during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2329–2342. <https://doi.org/10.1111/jonm.13395>
- Berlin, D. A., Gulick, R. M., & Martinez, F. J. (2020). Severe Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(25), 2451–2460. <https://doi.org/10.1056/nejmcp2009575>
- Cabanyes Truffino, J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 3(4), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>
- Camara de diputados del H Congreso de la Unión. (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigaciones para la Salud. *Ley General de Salud, DOF 02-04*, 1–31. Retrieved from <http://www.cofepris.gob.mx/MJ/Paginas/Reglamentos.aspx>
- Canosa, V., & Gutiérrez, S. (2019). Resiliencia durante la cuarentena por COVID-19: El papel de las emociones y actividades saludables. *Universidad De La Laguna*, 27. Retrieved from [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20527/Resiliencia durante la cuarentena por COVID-19 El papel de las emociones y actividades saludables.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20527/Resiliencia%20durante%20la%20cuarentena%20por%20COVID-19%20El%20papel%20de%20las%20emociones%20y%20actividades%20saludables.pdf?sequence=1)
- Castagnola, C., Cotrina, J., & Aguinaga, D. (2021). La resiliencia como factor fundamental en tiempos de Grief and resilience as a fundamental factor in times of. *Propósitos y Representaciones*, 9(1), e1044. Retrieved from <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v9n1/2310-4635-pyr-9-01-e1044.pdf>
- 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>
- Contreras Castro, D. T., & Mejía Salas, H. (2021). Infección por sars-cov-2 en personal de salud del hospital del niño “Dr. Ovidio Aliaga Uría” TT - Sars-cov-2 infection in health workers at the ovidio aliaga uría children’s hospital. *Rev. Méd. (La Paz)*, 27(1), 21–27. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-8958202100100004
- Díaz-Castrillón, F. J., & Toro-Montoya, A. I. (2020). SARS-CoV-2/COVID-19: el virus, la enfermedad y la pandemia. *Medicina y Laboratorio*, 24(3), 183–205. <https://doi.org/10.36384/01232576.268>

- Douillet, D., Caillaud, A., Riou, J., Miroux, P., Thibaud, E., Noizet, M., ... Hugli, O. (2021). Assessment of physicians' resilience level during the COVID-19 pandemic. *Translational Psychiatry*, 11(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01395-7>
- Fores, A., & Grané, J. (2008). Resiliencia y Afrontamiento. *Revista de Psicología Positiva*.
- Galaiya, R., Kinross, J., & Arulampalam, T. (2020). Factors associated with burnout syndrome in surgeons: A systematic review. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 102(6), 401–407. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2020.0040>
- Gandhi, R. T., Lynch, J. B., & del Rio, C. (2020). Mild or Moderate Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 383(18), 1757–1766. <https://doi.org/10.1056/nejmcp2009249>
- Gerardo Jesús Oliva Segura. (2017). *Síndrome de Burnout y resiliencia en el personal de salud del Hospital María Auxiliadora - Lima 2017*. Retrieved from chrome-extension://efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1181/114 - TESIS _GERARDO OLIVA_URP_30_OCT.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- González Saez, R., & Hernández Hernández, F. M. (2020). Asia y el gran desafío de la COVID-19: resiliencia y adaptación Asia. *Centro de Investigaciones de Política Internacional, Cuba.*, 165, 1–19.
- González Saez, R., Hernández Hernández, F. M., Broche-Pérez, Y., Rodríguez-Martín, B. C., Pérez Santaella, S., Alonso Díaz, G., ... Blanco, Y. (2012). Boris C . Rodríguez Martín y Osana Molerio Pérez. *Feijoo*, 165(October), 1–19.
- Gordón Villalba, P. del R., Córdova Suárez, M. A., Villacres Cevallos, E. P., & Barreno Avila, E. M. (2021). La edad y la resiliencia en el personal de salud que atiende pacientes con Covid-19. Caso de la ciudad de Ambato. *Anatomía Digital*, 4(2), 122–131. <https://doi.org/https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v4i2.1669>
- Guo YF, Luo YH, Lam L, Cross W, Plummer V, Z. J. (n.d.). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *A Cross-Sectional Study. J Clin Nurs*, 27(1–2), 441–449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>. Epub 2017 Sep 4. PMID: 28677270.
- Gutierrez Choque, B. J., & Aruquipa Quispe, C. J. (2020). Covid-19: Aspectos virológicos y patogénesis. *Revista Científica Ciencia Medica*, 23(1), 77–86. <https://doi.org/10.51581/rccm.v23i1.201>
- Heinze-Martin, G., Olmedo-Canchola, V. H., Bazán-Miranda, G., Bernard-Fuentes, N. A., & Guízar-Sánchez, D. P. (2018). Los médicos especialistas en México. *Gaceta de México*, 154(3), 342–351. <https://doi.org/10.24875/gmm.18003770>

- LIMA-SÁNCHEZ D, NAVARRO-ESCALERA A, FOUILLOUX-MORALES C, TAFOYA-RAMOS S, C.-C. E. (2020). Validación de la escala de resiliencia de 10 ítems en universitarios mexicanos. *Revista Médica Del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 58(3), 292–297. <https://doi.org/10.24875/RMIMSS.M21000033>
- Lippi, G., & Plebani, M. (2020). Resiliência dos laboratórios clínicos durante a pandemia de coronavírus 2019 (Covid-19). *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 56, 1–2. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200035>
- Ni, M. Y., Li, T. K., Yu, N. X., Pang, H., Chan, B. H. Y., Leung, G. M., & Stewart, S. M. (2016). Normative data and psychometric properties of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the abbreviated version (CD-RISC2) among the general population in Hong Kong. *Quality of Life Research*, 25(1), 111–116. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1072-x>
- OPS/OMS. (2021). Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (Covid-19). Retrieved from www.paho.org
- PALOMAR LEVER, JOAQUINA; GÓMEZ VALDEZ, N. E. (2010). DESARROLLO DE UNA ESCALA DE MEDICIÓN DE LA RESILIENCIA CON MEXICANOS (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7–22. Retrieved from <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.redalyc.org/pdf/180/18014748002.pdf>
- Salud, O. M. de la S. (2021). Cuidar nuestra salud mental. Retrieved from https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronaviruses/healthyathome/healthyathome---mental-health?gclid=Cj0KCQIAm5ycBhCXARIsAPIdzoWgCwwWgZro8DxfKRGpVsidq1dhEIDe7FxmUckZW6howQ8YI0DULIaAuSxEALw_wcB
- secretaria de salud, México, CENAPRECE, Institucion nacional de salud publica, IMSS, INEGI, CONAPO, R. O. P. de la salud. (2020). Boletín E. *Boletín Estadístico.*, 1–27.
- Secretaria de Salud. (2021). 1° INFORME EPIDEMIOLÓGICO DE LA SITUACIÓN DE COVID-19 DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA. Retrieved from https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/604439/Informe_COVID-19_2021.01.04.pdf
- Sonja, C., Hunersen, K., Sanhueza, A., Butrón, B., Camacho, V., Gómez, R., ... Vega, E. (2021). Mitigar las consecuencias directas e indirectas de la COVID-19 en la salud y el bienestar de la población joven de la Región de las Américas. *Organización Panamericana de La Salud*, 76. Retrieved from https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55303/OPSFPLHLCOVID-19210037_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5640.pdf

- Sumner RC, K. E. G. U. P. (2020). Resilience, burnout, and wellbeing in frontline workers in the UK and Ireland during the SARS-Cov-2 pandemic. *PsyArXiv*, 1(23), 12–19. Retrieved from ww.psyarxiv.com/4tp35
- Thanakijtummakul, N. (2021). Nursing Care for Covid-19 Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *TJNC*, 36(3), 16–30. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/249437>
- Universidad Autónoma de México. (2020). Coronavirus ¿Por qué experimentamos un duelo social? Retrieved from <https://ciencia.unam.mx/leer/999/coronavirus-por-que-experimentamos-un-duelo-social->
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2021). Resiliencia y Afrontamiento. Retrieved from <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/docs/ism/unidad2.3.pdf>
- Vilchis Reyes, A., Sandoval Bosch, E., & García de Torres, G. S. (2020). ¿Cómo ha afectado la pandemia COVID-19 al personal de salud en México? *Salud Publica. Boletín Sobre COVID-19*, 1(10), 17–20. Retrieved from <http://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/COVID-19-No.10-05-Personal-de-Salud.pdf>
- Yang, C., Yin, J., Liu, J., Liu, J., Chen, Q., Yang, H., ... Li, Z. (2022). The roles of primary care doctors in the COVID-19 pandemic: consistency and influencing factors of doctor's perception and actions and nominal definitions. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08487-0>

XI. Anexos

X1.1 Herramienta para la recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



Resiliencia en personal de salud de unidades de medicina familiar ante pandemia COVID-19

NSS:				Folio:	
Género:	Edad (años):	Estado civil:	Escolaridad:		
1.- Femenino	-----	1. Soltero 2. Unión libre 3. Casado 4. Divorciado 5. Viudo	1. técnico superior 2. licenciatura 3. especialidad 4. maestría 5. doctorado 6. otro		
2.- Masculino					
Categoría laboral:		Religión:			
1._ enfermería		1._ católico			
2._ médico		2._ cristiano		3._ adventista	
				4._ creyente	
				5._ otro	
¿ cursó con enfermedad por COVID-19?		¿Existió alguna defunción de un familiar durante pandemia-COVID?:			
si		si no			
no		Especifique parentesco			

		Mencione los convivientes de su hogar:			
Nivel de resiliencia:					

X1.2 Escala de resiliencia



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO



ESCALA DE RESILIENCIA 25 ítems (CD – RISC 25)

Por favor, indique cuál es su grado de acuerdo con las siguientes frases durante el último mes. Si alguna en particular no le ha ocurrido, responda según crea se hubiera sentido. Utilice para ello la siguiente escala:

0 = “en absoluto”, 1 = “rara vez”, 2 = “a veces”, 3 = “a menudo” y 4 = “casi siempre”

	En ab sol uto	R a r a v e z	A v e c e s	A m e n u d o	C a s i s e m p r e
1. Soy capaz de adaptarme cuando surgen cambios	0	1	2	3	4
2. Tengo al menos una relación íntima y segura que me ayuda cuando estoy estresado/a	0	1	2	3	4
3. Cuando no hay soluciones claras a mis problemas, a veces la suerte/ Dios puede ayudarme	0	1	2	3	4
4. Puedo enfrentarme a cualquier cosa	0	1	2	3	4
5. Los éxitos del pasado me dan confianza para	0	1	2	3	4

enfrentarme a nuevos desafíos y dificultades					
6. Cuando me enfrento a los problemas intento ver su lado cómico	0	1	2	3	4
7. Enfrentarme a las dificultades puede hacerme más fuerte	0	1	2	3	4
8. Tengo tendencia a recuperarme pronto luego de enfermedades, heridas u otras dificultades	0	1	2	3	4
9. Buenas o malas, creo que la mayoría de las cosas ocurren por alguna razón	0	1	2	3	4
10. Siempre me esfuerzo sin importar cuál pueda ser el resultado	0	1	2	3	4
11. Creo que puedo lograr mis objetivos, incluso si hay obstáculos	0	1	2	3	4
12. No me doy por vencido/a, aunque las cosas parezcan no tener solución	0	1	2	3	4
13. Durante los momentos de estrés/ crisis, se dónde puedo buscar ayuda	0	1	2	3	4
14. Bajo presión, me mantengo enfocado/a y pienso claramente	0	1	2	3	4
15. Prefiero intentar solucionar las cosas por mí mismo/a, a dejar que otros decidan por mí	0	1	2	3	4

16.No me desanimo fácilmente ante el fracaso	0	1	2	3	4
17.Creo que soy una persona fuerte cuando me enfrento a los desafíos y dificultades vitales	0	1	2	3	4
18.Si es necesario, puedo tomar decisiones difíciles que podrían afectar a otras personas	0	1	2	3	4
19.Soy capaz de manejar sentimientos desagradables/dolorosos. Ej. Tristeza, temor, enfado	0	1	2	3	4
20.Al enfrentarse a los problemas a veces hay que actuar intuitivamente (sin saber por qué)	0	1	2	3	4
21.Tengo un fuerte sentido de propósito en la vida	0	1	2	3	4
22.Me siento en control de mi vida	0	1	2	3	4
23.Me gustan los desafíos	0	1	2	3	4
24.Trabajo para alcanzar mis objetivos, sin importar las dificultades en el camino	0	1	2	3	4
25.Estoy orgulloso/a de mis logros.	0	1	2	3	4

Calificación

F1 (10-12-16-17-23,24,25)	
F2 (6,7,15,18,19,20)	
F3 (1,2,4,5,8)	
F4 (13,21,22)	
F5 (3 Y 9)	
TOTAL	

NIVEL DE RESILIENCIA	

X1.3 Consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	NIVELES DE RESILIENCIA EN PERSONAL DE SALUD DE UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR ANTE LA PANDEMIA POR COVID-19
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 13, 15 y 16. Delegación, Querétaro, 2021
Justificación y objetivo del estudio:	El siguiente estudio tiene como propósito conocer los niveles de resiliencia del personal trabajador de una unidad de medicina familiar ante la pandemia por COVID 19. La importancia de realizar una investigación donde se muestren los niveles de resiliencia, de adaptación y de impacto a la salud del personal de salud para conocer las características sociodemográficas y puntos de oportunidad en los que se pueden intervenir en un futuro para ofrecer una mejor calidad de atención y de vida para el mismo personal trabajador
Procedimientos:	Si usted cumple con los criterios de investigación, dentro de las categorías participantes y es su deseo colaborar con nosotros le pediremos firme este documento que otorga su consentimiento de participación. Su aportación consistirá en el llenado de una encuesta que pretende investigar variables socio demográficas y sobre el tema de resiliencia. Se le invitará a pasar a un espacio tranquilo y privado con condiciones óptimas y medidas sanitarias para la realización del instrumento, el tiempo estimado invertido es de aproximadamente 10 minutos. Se le informará de los beneficios, molestias y confidencialidad de datos, así como la puntualización de la libertad de abandonar en cualquier momento el estudio sin temor a represalias o afectación laboral. El encuestador se encontrará en el área para responder posibles dudas. Al término se le hará entrega de información sobre el tema y teléfonos para solicitar material de apoyo.
Posibles riesgos y molestias:	Susceptibilidad emocional al responder cuestionario y tiempo invertido en contestar cuestionario
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contar con información sobre resiliencia, Informar resultado de nivel de resiliencia y puntos de fortaleza y afectación para trabajar y reforzar.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Personal que se encuentre interesado en conocer resultado se les proporcionará un medio de contacto para acercamiento y muestra de resultado y en caso de requerir apoyo ser canalizado
Participación o retiro:	El retiro no afectará la situación laboral.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial, responsabilidad única y exclusivamente del encuestador. Los nombres serán cambiados por folios para mayor confidencialidad.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Si aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	Dra. Laura Cu Flores Especialista en Medicina Familiar Directora clínica de tesis Celular: 4421683044 Correo electrónico: balichita2105@gmail.com
Colaboradores:	Pérez Mendoza Stephanie Alejandra

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del padre de familia:

Testigo:

Clave: 2810-009-013

