



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA
POSGRADOS EN SALUD PÚBLICA

TESIS

**Grado de resiliencia y su relación con la
percepción de riesgo al Covid-19, del
profesional de enfermería que labora en la
clínica respiratoria Covid-19, de Tuxtla
Gutiérrez, Chiapas.**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

Maestro en Salud Pública y Sustentabilidad.

PRESENTA:

Guadalupe Torres Rodriguez.

DIRECTOR:

Mtra. Marilú José Flores.

Por la Cultura de mi Raza

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a 30 de septiembre de 2022.



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
SECRETARÍA ACADÉMICA
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 10 de noviembre de 2023

Oficio No. SA/DIP/954/2023

Asunto: Autorización de Impresión de Tesis

C. Guadalupe Torres Rodríguez

CVU: 1195665

Candidata al Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad

Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública

UNICACH

Presente

Con fundamento en la **opinión favorable** emitida por escrito por la Comisión Revisora que analizó el trabajo terminal presentado por usted, denominado **Grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19, del profesional de enfermería que labora en la clínica respiratoria Covid-19, de Tuxtla Gutiérrez**, cuya Directora de tesis es la Dra. Marilú José Flores (CVU: 473645) quien avala el cumplimiento de los criterios metodológicos y de contenido; esta Dirección a mi cargo **autoriza** la impresión del documento en cita, para la defensa oral del mismo, en el examen que habrá de sustentar para obtener el **Grado de Maestra en Salud Pública y Sustentabilidad**.

Es imprescindible observar las características normativas que debe guardar el documento impreso, así como realizar la entrega en esta Dirección de un ejemplar empastado.

Atentamente

“Por la Cultura de mi Raza”

Dra. Carolina Orantes García
Directora



DIRECCIÓN DE
INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

C.c.p. Mtro. José de Jesús Ochoa Martínez, Director de la Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH. Para su conocimiento.

Dra. Rosa Margarita Durán García, Coordinadora del Posgrado, Facultad de Ciencias Odontológicas y Salud Pública, UNICACH.

Para su conocimiento.

Archivo/minutario.

RJAG/COG/ig/gtr

2023 AÑO DE FRANCISCO VILLA
EL REVOLUCIONARIO DEL PUEBLO



Dirección de
Investigación
y Posgrado

Dirección de Investigación y Posgrado

Libramiento Norte Poniente No. 1150

Colonia Lajas Maciel C.P. 29039

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México

Tel:(961)6170440 EXT.4360

investigacionyposgrado@unicach.mx

DEDICATORIAS:

A mi madre, por ser un ejemplo que seguir, por los valores inculcados desde mi infancia y su gran amor.

A mi esposo Alberto, que siempre me acompaña y me apoya de forma incondicional.

A mis hijos, Fátima y Emiliano, que son mi motor y mi mayor inspiración todos los días.

A todas mis amigas, que forman parte de mi vida y con las que compartimos, logros, alegrías y todo lo que nos presenta la vida.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por la vida y por permitirme alcanzar una meta tan importante para mi vida profesional.

A mi directora de Tesis Dra. Marilú José Flores, mi profundo agradecimiento por su invaluable apoyo, orientación y por compartir sus conocimientos y experiencias que fueron vitales para elaborar la presente investigación.

A todos los docentes que formaron parte de la plantilla de la maestría en salud pública y sustentabilidad, por compartirme sus conocimientos y haber contribuido en mi formación, todo lo aprendido me ayudaran hacer un mejor profesional de la Salud Pública.

INDICE

Abreviaturas	1
Resumen.....	2
CAPITULO 1 : INTRODUCCIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema	5
1.2 Justificación	9
CAPITULO 2: MARCO TEORICO	12
2.1. La Covid-19	13
2.2 Resiliencia.....	24
2.2.1 Origen y definición.....	24
2.2.1 Factores protectores y situaciones de riesgo.....	26
2.2.2. Mecanismos de interacción	29
2.2.3 Resiliencia en enfermería.....	30
2.3. Percepción de riesgo y su definición	34
2.3.1 Percepción de riesgo desde el enfoque de diversas teorías.....	36
2.4. Estudios Relacionados	37
CAPITULO 3 : OBJETIVOS.....	43
3. Objetivos.....	44
3.1 Objetivo general	44
3.2 Objetivos Específicos	44
CAPITULO 4 : METODOLOGIA	45
4. Metodología	46
4.1 Diseño del estudio	46
4.2 Descripción del área de estudio	46
4.3 Población.....	46
4.4 Definición de las unidades de estudio	47
4.5 Variables	47
4.6 Descripción general del procedimiento para la recolección de la información	51
4.7 Plan de análisis de datos.....	53

4.8 Consideraciones éticas.....	53
CAPÍTULO 5 : RESULTADOS.....	56
5. Resultados.....	57
5.1 Consistencia Interna de los Instrumentos.....	57
5.2 Estadística Descriptiva.....	58
5.3 Estadística inferencial.....	59
CAPITULO 6 : DISCUSION.....	66
6.- Discusión.....	67
CAPITULO 7 : CONCLUSION.....	73
7.- Conclusión.....	74
Referencias.....	75
ANEXOS.....	81
Apéndice A.....	82
Apéndice B.....	84
Apéndice C.....	85
Apéndice D.....	86

Abreviaturas

AE: Auxiliares de Enfermería.

DE: Desviación Estándar.

DGE: Dirección General de Epidemiología.

DUE: Diplomadas Universitarias de Enfermería.

FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

LGS: Ley General de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

RCP: Reacción Cadena de Polimerasa.

SARS-COV-2: Coronavirus 2 del Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

S.S: Secretaría de Salud.

Resumen

Introducción

Dada la situación a la que se tuvo que hacer frente durante estos últimos meses con la llegada del Covid-19, el descontrol sanitario que ha supuesto, así como el grado de sobre esfuerzo, sobrecarga laboral y emocional al que fueron sometidos tanto los profesionales de enfermería como cualquiera de los integrantes del ámbito sanitario, se consideró realizar la investigación titulada Grado de resiliencia y su relación con la percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, teniendo como objetivo determinar el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la clínica antes mencionada. **Material y métodos.** Se desarrolló un estudio de tipo transversal con una población total de 105 profesionales de enfermería. La técnica para la recolección de la información fue la encuesta y los instrumentos que se utilizaron fueron: un cuestionario estructurado con preguntas de opción múltiple, una escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild (2009) que midió el grado de resiliencia individual y el tercer instrumento utilizado para medir la percepción del riesgo de los participantes fue la escala desarrollada por Morton y Duck (2001). **Resultados.** Se encontró que el promedio de edad fue de 28.6 (Mdn=28.0, D.E. 3.8) años. Un poco más de la mitad son mujeres (58.1 %) y la mayor parte son licenciados en enfermería (61 %). No se encontró en el presente estudio relación significativa entre resiliencia y percepción de riesgo al covid-19 ($p>.05$), sin embargo, se observó que el 75.2 % de los profesionales de enfermería tienen muy alta resiliencia y percepción alta de riesgo al Covid-19. Así mismo. Se encontró una relación positiva y significativa de edad con resiliencia ($r_s=.235$, $p=.016$). También se encontró diferencias significativas de la resiliencia por escolaridad, los participantes que contaban con especialidades reportaron

medias y medianas más altas de resiliencia que los técnicos en enfermería. **Conclusión.** Se concluye que el grado de resiliencia no tiene relación significativa con la percepción de riesgo de los profesionales de enfermería que fueron estudiados, es decir, no se encontró diferencias significativas entre el grado de resiliencia con el puntaje de riesgo percibido al Covid-19; sin embargo, se observó que la mayoría del personal de enfermería (75.2%) tiene muy alta resiliencia y una percepción alta de riesgo. Hubo una relación positiva y significativa de la edad con resiliencia y no así con la percepción de riesgo. Con relación al sexo, los varones presentaron medias y medianas más altas de resiliencia que las mujeres. También se detectó diferencias significativas de la resiliencia por escolaridad, ya que los participantes que cuentan con especialidad reportan medias y medianas más altas de resiliencia que los que son técnicos, sobre todo en el factor I que se refiere a la competencia personal.

Palabras claves: Resiliencia psicológica. Riesgo y Enfermería

CAPITULO 1 : INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La Covid-19 es una enfermedad infecciosa de reciente aparición que se identificó por primera vez en Wuhan, China, el 31 de diciembre de 2019. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la enfermedad como una pandemia el 11 de marzo de 2020 debido a su rápida propagación en la mayoría de los países del mundo. Como enfermedad emergente, está relacionado con el SARS-COV-2 y tiene muchas dimensiones clínicas desconocidas (Huang C., et al, 2020). Hasta el 10 de mayo de 2021, el número mundial de pacientes afectados y fallecidos con Covid-19 era de 157,993,438 y 2,593,285 respectivamente (OMS, 2020a), lo que hace sea considerada una enfermedad de gran magnitud y de gran trascendencia para todos los países del mundo.

En México según la Dirección General de Epidemiología (DGE, 2022) hasta el día 10 de mayo del 2021, se habían notificado 2,366,496 casos confirmados y 219,089 defunciones por COVID-19, de los cuales 49.96 % son hombres y 50.04 % son mujeres, con diversas comorbilidades entre las principales se encuentran la hipertensión arterial (17.16 %), la obesidad (14.22 %), diabetes mellitus (13.21 %) y el tabaquismo (7.33 %).

En el caso del Estado de Chiapas la Secretaría de Salud del Estado (S.S.A, 2021), reportó 8,371 casos confirmados y 583 defunciones, siendo Tuxtla Gutiérrez uno de los municipios más afectados en los que se han reportado 3,225 casos.

La pandemia por Covid-19, con relación al contexto laboral, develó aspectos positivos de los diversos sistemas de salud, como la solidaridad y el compromiso del personal sanitario, los esfuerzos colaborativos a nivel mundial para abatir esta situación, entre otros. En cuanto a los aspectos negativos, además de las altas cifras de morbilidad y mortalidad de pacientes y personal de salud en todo el mundo, destacó la exposición de

los profesionales de salud entre ellos, las enfermeras(os) a diversos riesgos laborales, sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, carga física y psicológica (UNODC, 2020).

En ese mismo contexto, la pandemia expuso también las debilidades de los sistemas de salud y la falta de profesionales de enfermería para enfrentarla, también se destacó la gran necesidad de mayor número de equipos de protección personal aptos, capacitación, óptimas circunstancias de trabajo, protocolos basados en estándares internacionales, participación de equipos multidisciplinarios, tecnología y acceso a compensación económica para retribución ante el rol relevante que las enfermeras y enfermeros están desempeñando (Cassiani, et al, 2020).

Bajo esta perspectiva, para el personal de enfermería cuya profesión está relacionado con brindar cuidados en todo momento, pero sobre todo en los tiempos más difíciles y desafiantes de la vida como es el caso de la actual pandemia, el desarrollar la resiliencia es de vital importancia, ya que este elemento le permitirá observar la realidad y usar mejor las estrategias de intervención a fin de detectar y movilizar los recursos, analizar los entornos y de esta manera lograr una correcta interpretación y evaluación de la situación que enfrenta. Entendiendo como resiliencia a la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e inclusive, ser transformados por estas; elemento que se construye a lo largo del ciclo vital, de los aprendizajes y tipos de afrontamiento desarrollados (Grotberg, 2006).

En cuanto a la percepción de riesgo definida según García del Castillo (2012) como el proceso cognitivo individual que se desarrolla en el plano subjetivo en el que intervienen procesos básicos como las creencias, actitudes y la motivación para detectar, identificar y reaccionar ante una situación crítica; el profesional de enfermería que se

encuentra trabajando en la primera línea en esta pandemia, han tenido diferentes formas de pensar, sentir y percibir la situación que enfrenta, experimentando ambientes laborales de incertidumbre, angustia y temor derivada de la responsabilidad de proveer atención y cuidados a pacientes muy complicados con recursos incompletos, insuficientes e inadecuados, bajo pesados equipos de protección y meticulosos protocolos de bioseguridad, lo cual genera rápido desgaste del personal.

Según Fiorentino (2008) tradicionalmente la resiliencia se define como asociada al riesgo y a la vulnerabilidad, y se asigna al contexto un factor relevante ante la recuperación posterior a eventos de riesgo, bien sea de índoles físico, psicológico y/o social. Sin embargo, la resiliencia se vincula de manera relevante con la potencialidad específica de cada persona en cuanto a reconstruir y resignificar desde sí misma su existencia, para lo cual es básico que emerja de la consciencia un sentido ético de vida, para guiar los procesos identitarios durante el ciclo vital; se trata de reconstruir la narrativa de vida a partir de la experiencia y trayectoria particular de cada persona, asignando un propósito a la propia existencia.

Como se mencionó anteriormente en el Estado de Chiapas, la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, capital del Estado, ha sido de los lugares con más casos positivos de Covid-19 reportados, en este sentido, la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que se encarga de atender a la población abierta, al igual que otros hospitales públicos, desde el inicio de la pandemia, el personal de salud que labora en esta unidad se encuentra atendiendo a pacientes enfermos de Covid-19.

En paralelo, se ha presentado el descontento del profesional de enfermería que labora en esta unidad hospitalaria relacionado con las condiciones del entorno laboral, aun cuando actúan con conocimientos y seguridad para hacer frente a la pandemia

gracias a la formación ética y humanista que los caracteriza, manifiestan que los ambientes de trabajo se han vuelto más hostiles, con mayor carga de trabajo, donde impera la necesidad de mayor capacitación continua, con escaso acceso a equipos de protección personal adecuados, agotamiento emocional, falta de apoyo psicológico, factores que sin duda afecta de forma negativa su forma de pensar, sentir y percibir la situación de salud que enfrentan, lo que genera fatiga, angustia psicológica y agotamiento físico, alterando su equilibrio bio-psico-social exponiéndolo a diversas situaciones que pueden poner en riesgo su bienestar.

Por lo anterior se hace necesario elaborar la siguiente pregunta de investigación
¿Cuál es el grado de resiliencia y su relación con la percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

1.2 Justificación

El brote del nuevo beta-coronavirus SARS-COV-2 ha sido confirmado en más 282 países y múltiples zonas territoriales. La situación de emergencia de allí originada se convierte, sin lugar a dudas, en la mayor dificultad afrontada por el ser humano en el siglo XXI, y ha irrumpido en todos los aspectos de la cotidianidad; con inmensurables consecuencias a nivel sociocultural, político, económico, y por supuesto, con un impacto directo en la salud de los pacientes que desarrollan formas moderadas a severas de la enfermedad y del personal de salud quienes atienden directamente a los pacientes con Covid-19 (OMS, 2020b).

En la actualidad los profesionales de la salud y entre ellos el profesional de enfermería han estado brindando cuidados integrales a los pacientes hospitalizados por esta enfermedad y aunque está orientado para afrontar con temple situaciones de alto riesgo, usualmente no reciben estrategias de entrenamiento en salud mental por parte de sus hospitales, incluso, miembros experimentados del personal de salud, asiduos a la tarea de informar malas noticias, pueden haberse visto superados ante el panorama de tener que notificar fallecimientos día tras día durante los picos de la pandemia, especialmente si esto se acompañó de sentimientos de impotencia o de culpa. Por lo tanto, es importante considerar elementos que le permitan al profesional de enfermería afrontar y adaptarse a un entorno laboral de por sí estresante, caracterizado por situaciones difíciles y poco gratificantes ante el continuo contacto con personas enfermas y por condiciones laborales adversas (Arrogante y Pérez, 2013).

En este sentido, la resiliencia se está convirtiendo cada vez más, en una variable a investigar dentro del área de la enfermería, ya que se ha probado que actúa de forma beneficiosa frente al estrés y ante otras adversidades tanto en pacientes como en los

propios enfermeros. Dentro de este marco, Arrogante y Pérez (2013), realizaron un estudio en el que demostró que el personal de enfermería resiliente puede tolerar y afrontar mejor los estresores hostiles a los que se enfrentan en su puesto de trabajo (como el ambiente de dolor y sufrimiento), y como la exposición a este ambiente hostil es continua, debe considerarse a la resiliencia como una característica inherente y esencial a esta profesión.

Por lo tanto, se sugiere que, durante el trascurso de la asistencia sanitaria, el profesional de enfermería desarrolle características resilientes que contribuirán a que se mantengan en sus puestos de trabajo a pesar del clima laboral complejo y adverso, como el que se está produciendo actualmente con todo lo relacionado con el Covid-19. En este mismo contexto, es necesario estimar la percepción de riesgos que tiene el personal, ya que a través de este factor podría identificarse áreas de oportunidad en los sistemas de salud y con ello determinar opciones de mejora para que el profesional de enfermería proporcione un cuidado seguro y de calidad y por ende impacte en su propia salud y en la de la población.

En razón de lo antes mencionado, con la presente investigación se busca conocer el grado de resiliencia y su percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, con ello se pretende conocer la capacidad del personal de resistir a la adversidad y recuperarse de sucesos vitales difíciles como es la actual pandemia de Covid-19 y de esta manera se tomen las medidas para promover la consejería al personal de enfermería en esta situación tan exigente, muy especialmente si se evidencian signos de desgaste, ansiedad o depresión, con el fin de minimizar el riesgo de desarrollar morbilidad psiquiátrica.

Es importante mencionar que actualmente no existen investigaciones que aborden esta problemática, por lo tanto, la presente investigación será un parte agua, para se continúe investigando acerca del tema y pueda obtenerse resultados convincentes a fin de que dentro del área de enfermería se fomente desde las universidades o instituciones formadoras del recurso humano el desarrollo de la resiliencia a fin de acrecentar las competencias y habilidades profesionales y de esta manera mejorar la atención y cuidados que brinda al paciente.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO

2.1. La Covid-19

Según la Organización Mundial de la salud (OMS, 2020c) la Covid-19 es la enfermedad causada por el nuevo coronavirus conocido como SARS-CoV-2 que causa una infección aguda con síntomas respiratorios. Esta enfermedad tuvo su origen en China a fines de diciembre 2019, en la provincia de Hubei (ciudad, Wuhan) donde se reportó un grupo de 27 casos de neumonía de etiología desconocida, con siete pacientes graves.

De acuerdo al Ministerio de Sanidad de China (2020) el primer caso fue descrito el 8 de diciembre 2019 y el 7 de enero del 2020 identifican un nuevo coronavirus (nCoV) como posible etiología aunque actualmente no se conoce el origen del virus se atribuye al pangolín, mamífero usado como alimento (Briggs, 2020); para el 24 de enero en China se habían reportado 835 casos (534 de Hubei) y con el correr de las semanas se extendió a otras partes de ese país (OPS, 2020), el 30 de enero del 2020 la OMS declara que la epidemia del nuevo coronavirus es una emergencia de salud pública de alcance internacional y el 11 de marzo 2020 lo declara como una nueva pandemia mundial.

La actual pandemia de Covid-19, producida por una cepa mutante de coronavirus el SARS-CoV-2, ha generado en todo el mundo, una severa crisis económica, social y de salud, nunca vista.

2.1.1 Etiología y Epidemiología

Este nuevo virus tiene predilección por el árbol respiratorio, una vez que penetra genera una respuesta inmune anormal de tipo inflamatorio con incremento de citoquinas, lo que agrava al paciente y causa daño multiorgánico. Los coronavirus son virus de ARN envuelto que fueron descritos desde mediados del siglo pasado y se distribuyen ampliamente entre humanos, otros mamíferos y aves. Producen enfermedades respiratorias, entéricas, hepáticas y neurológicas. Hay 7 especies que causan enfermedad

en humanos, y 4 de ellas (229E, OC43, NL63 y HKU1) causan frecuentemente infecciones del tracto respiratorio superior en adultos inmunocompetentes. Otras dos cepas, coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV) y coronavirus del síndrome respiratorio del Medio Oriente (MERS-CoV), son de origen zoonótico y se han relacionado con enfermedades muchas veces mortales (Su, et al, 2020).

El análisis filogenético del séptimo coronavirus aislado, el SARS-CoV-2, demostró que pertenece al género beta coronavirus, que incluye a los coronavirus (SARS-CoV, SARS-like-CoV de murciélago y otros) descubiertos en humanos, murciélagos y otros animales salvajes. Lo más probable es que el virus tenga su reservorio natural en los murciélagos y dado la capacidad de recombinación frecuente de su genoma, haya infectado un huésped intermediario y luego al ser humano (Shereen, et al, 2020).

Los seis países con mayor número de casos en orden decreciente son: EUA, España, Italia, Francia, Alemania y China. En tanto que en Sudamérica los países con mayor número de casos en orden decreciente son Brasil, Chile, Perú, Ecuador, Colombia y Argentina (Zhou, et al 2020).

Respecto a la tasa de letalidad, es del 6 % (7); no obstante, se observan diferencias sustanciales entre diferentes países: Italia: 13 %, España: 10 %, China: 4 %, EUA: 3,5 %, Alemania: 2 %, en Argentina, hasta el momento, es de 4%. Varios factores podrían explicar estas diferencias: 1) factores demográficos, como población con mayor edad e interacción social en los países con mayor mortalidad; 2) nivel de muestreo, siendo mayor en países con menor mortalidad debido a que se realizan pruebas diagnósticas a mayor número de personas, incluyendo oligosintomáticos y asintomáticos; y 3) capacidad y nivel de preparación del sistema de salud (Park, et al, 2020)

Las principales formas de transmisión del SARSCoV-2 son a través de gotas y contacto. La transmisión por gotas de > 5-10 µm de diámetro ocurre en forma directa entre una persona infectada y un contacto cercano (dentro de 1 a 2 m de distancia), y el virus ingresa por las mucosas nasal, oral y ocular. Las gotas también pueden contaminar superficies y objetos cercanos a la persona infectada, y transmitirse indirectamente a través de la contaminación de las manos, que luego se ponen en contacto con las mucosas (Han y Yang, 2020). Esta vía de contagio es muy importante, dado que el virus puede mantenerse viable por 3 o más días en algunas superficies como el plástico y el metal (Van, et al, 2020). Así mismo, puede transmitirse en períodos presintomáticos y desde personas asintomáticas. Estudios de China y Singapur mostraron que entre 6,4 % y 12,6 % de las infecciones ocurrieron en el período presintomático (Li, et al, 2020). Recientemente, en un estudio realizado en una institución de cuidados crónicos en EUA durante un brote de Covid-19, el 57 % de los contactos con PCR positiva se encontraba asintomático. La transmisión a través del aire es mucho menos frecuente y requiere que el virus permanezca contenido en partículas (Kimball, et al, 2020).

2.1.2 Diagnóstico

Las pruebas de diagnóstico para Covid-19 se hacen para saber si actualmente estás infectado con SARS-CoV-2, el virus que causa la enfermedad de la Covid-19.

La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA, 2020) aprobó estos tipos de pruebas para diagnosticar una infección con la Covid-19:

1.- Prueba de la RCP. También conocida como la prueba molecular, detecta el material genético del virus que causa la Covid-19 usando una técnica de laboratorio llamada reacción en cadena de la polimerasa (RCP). Para recolectar una muestra de fluido se inserta un hisopo nasal largo (exudado nasofaríngeo) en un orificio de la nariz y se

obtiene fluido de la parte de atrás de la nariz, o se puede usar un hisopo nasal más corto (exudado de turbinado medio) para obtener la muestra. En algunos casos se inserta un hisopo largo en la parte de atrás de la garganta (exudado orofaríngeo), o puedes salivar en un tubo para producir una muestra de saliva. Los resultados pueden estar listos en minutos si se analizan de forma interna, o en unos días si se envían a un laboratorio externo o quizás más tiempo en lugares donde haya demoras en el procesamiento de los análisis. La prueba RCP es muy exacta cuando la realiza de manera adecuada un profesional de atención médica, pero la prueba rápida quizás no detecte algunos casos.

2.- Prueba de antígeno. Esta prueba para la Covid-19 detecta ciertas proteínas en el virus. Se usa un hisopo largo para tomar una muestra del fluido de la nariz, y las pruebas de antígeno pueden dar resultados en minutos. Se pueden enviar otras muestras a un laboratorio para su análisis. El resultado positivo de una prueba de antígeno se considera exacto cuando las instrucciones se siguen cuidadosamente, pero hay más posibilidad de tener un resultado falso negativo lo que significa que es posible estar infectado con el virus, pero tener un resultado negativo. Según la situación, el médico podría recomendar una prueba RCP para confirmar un resultado negativo de la prueba de antígeno.

3.- Una prueba RCP conocida como ensayo multiplex (Flu SC2 Multiplex Assay) puede detectar cualquiera de tres virus al mismo tiempo: el virus de la Covid-19, el de la influenza A y de la influenza B (gripe). Solo se necesita una muestra para hacer la prueba para los tres virus y puede ser útil durante la temporada de gripe (influenza). Pero un resultado negativo no descarta la posibilidad de tener cualquiera de estas infecciones. Así que el proceso de diagnóstico puede incluir más pasos, dependiendo de los síntomas, posibles exposiciones a los virus, y el juicio clínico del médico. Es necesaria una prueba diagnóstica para detectar si se tiene Covid-19 en los siguientes casos:

- ✓ Tener síntomas de Covid-19, tales como fiebre, tos, cansancio o falta de aire.
- ✓ No tener síntomas, pero haber estado en contacto estrecho con alguien que recibió un resultado positivo en la prueba de detección del virus de la Covid-19 o que sospecha que tiene el virus. Contacto estrecho significa haber estado a menos de 6 pies (2 metros) de alguien que tiene Covid-19. Sin embargo, si ha recibido todas las dosis de la vacuna o ha tenido un resultado positivo en la prueba de detección de Covid-19 en los últimos tres meses, no es necesario realizar la prueba.
- ✓ Haber participado en actividades que aumenten el riesgo de contraer Covid-19 y no haber mantenido al menos a 6 pies (2 metros) de distancia de las otras personas. Algunos ejemplos son los viajes, grandes reuniones o aglomeraciones en espacios cerrados.}
- ✓ El médico, otro profesional de la salud o el departamento de salud pública recomiendan realizarse la prueba.

Algunos grupos se consideran de alta prioridad para hacerles la prueba diagnóstica. Entre ellos se encuentran las personas que tienen signos y síntomas de Covid-19 y que:

- Trabajan en un centro de atención médica o como personal de primeros auxilios.
- Trabajan o viven en centros de cuidado a largo plazo, como asilos de ancianos y convalecientes, u otros lugares donde hay personas que viven muy cerca una de otra, como cárceles o refugios.
- Están internadas en el hospital.

Se dará prioridad a otras personas para hacerles la prueba según las pautas del departamento de salud local sobre vigilancia de la Covid-19 en cada comunidad.

Algunas personas infectadas con el virus de la Covid-19 quizás sean asintomáticas, que quiere decir que no tienen signos o síntomas de la enfermedad, pero aun así pueden contagiar el virus a otros.

Hay probabilidad de que la prueba de diagnóstico para la Covid-19 dé un resultado falso negativo. Esto significa que la prueba quizás no detecte el virus, aunque esté infectado, en esta circunstancia, se corre el riesgo de transmitir el virus a otros sin saberlo si no se toma las precauciones apropiadas, como seguir las normas para distanciamiento físico y llevar una mascarilla cuando sea adecuado. También existe la probabilidad de que una prueba diagnóstica rápida de antígenos para la Covid-19 pueda dar un resultado falso positivo lo que indica que hay una infección cuando en realidad no hay ninguna si no se siguen las instrucciones con cuidado.

El riesgo de un resultado falso negativo o falso positivo depende del tipo y la sensibilidad de la prueba de diagnóstico para la Covid-19, del cuidado con que se recolectó la muestra, y de la exactitud del análisis de laboratorio.

Para hacer una prueba diagnóstica para la Covid-19, un proveedor de atención médica toma una muestra de mucosidad de la nariz o la garganta, o una muestra de saliva. La muestra necesaria para la prueba diagnóstica puede recolectarse en el consultorio médico, en un centro de atención médica, o en un centro para pruebas diagnósticas con atención en el automóvil.

- Prueba con hisopo de muestra nasal o de garganta. Se recomienda usar un hisopo nasal largo (muestra nasofaríngea), aunque sea aceptable usar un hisopo más corto para la nariz o la garganta. El médico, u otro proveedor de atención médica, introduce en la nariz un palito fino y flexible con punta de algodón, o pasa el hisopo por la parte de atrás de la garganta para recolectar una muestra de mucosidad. Esto puede resultar algo incómodo. Para la muestra nasal, quizás haya que introducir el hisopo en ambos orificios nasales para recolectar suficiente mucosidad para la prueba. El hisopo permanece por un momento en el lugar donde se colocó antes de rotarlo suavemente al extraerlo. La muestra se sella dentro de un tubo, y se envía a un laboratorio para que la analicen.
- Muestra de saliva. Algunas sedes ofrecen pruebas de saliva. Mientras que una muestra de saliva puede ser un poco menos sensible que la muestra extraída usando un hisopo nasal largo, es más fácil de hacer, y con frecuencia menos incómoda. Se saliva varias veces dentro de un tubo para proporcionar una muestra para la prueba. El tubo se sella antes de enviarlo a un laboratorio para analizar.

Si se tiene tos con flema, quizás el médico recolecte una muestra de esputo que contiene secreciones de los pulmones, que forman parte del aparato respiratorio inferior. El virus está más concentrado en la nariz y la garganta al comienzo del curso de la infección. Pero después de cinco días de presentar síntomas, el virus tiende a concentrarse más en el aparato respiratorio inferior.

Además de la prueba diagnóstica para la Covid-19, el médico quizás también haga pruebas para otras afecciones respiratorias, como la influenza, que tienen síntomas similares y podrían ser una explicación para tu enfermedad.

La FDA dio autorización de emergencia para el uso de algunos kits con pruebas para detectar la Covid-19 que se pueden hacer en casa, incluyendo uno que hace la prueba tanto para la Covid-19 como la influenza (gripe). Esta prueba requiere una receta del médico. Se puede recolectar la propia muestra de fluido nasal o saliva en casa, y luego enviarla a un laboratorio para que la analicen rápidamente. Una prueba para la Covid-19 proporciona resultados rápidos en casa, sin tener que enviar la muestra a un laboratorio. Y la FDA recientemente autorizó una prueba de antígeno de venta libre, sin necesidad de receta, aunque las pruebas de antígeno no se consideren tan fiables como la prueba RCP.

La exactitud de cada una de estas pruebas varía, así que un resultado negativo no descarta por completo tener el virus de la Covid-19. Es importante adquirir solo una prueba para hacer en casa que esté autorizada por la FDA o por el departamento de salud médico o local.

Algunos centros tienen pruebas rápidas para diagnosticar la Covid-19. En ese caso, quizás puedan tener los resultados en menos de una hora o el mismo día en que se hizo la prueba. Otros lugares quizás tengan que enviar la muestra a un laboratorio externo para que la analicen. Si es necesario enviar la muestra a otro lugar, tal vez los resultados demoren unos días.

La prueba diagnóstica de la Covid-19 puede dar un resultado positivo o negativo. El resultado positivo, significa que actualmente se tiene una infección activa con el virus

que causa la Covid-19. Se debe tomar las medidas adecuadas para cuidarse y evitar transmitir el virus a otros. Se deberá aislar hasta que los síntomas mejoren, hayas pasado 24 horas sin fiebre y hayan pasado, al menos, 10 días desde que aparecieron los síntomas. Si se tiene síntomas graves de Covid-19 o si se tiene una afección médica que reduce la capacidad de combatir la enfermedad, quizás el médico le aconseje quedarse en aislamiento durante más tiempo. Si la prueba da un resultado positivo, pero nunca se ha tenido síntomas, debe aislarse durante 10 días después de la prueba. El Resultado negativo. Esto significa que probablemente no se haya infectado con el virus de la Covid-19. Pero es posible que el resultado sea un falso negativo, según el momento en el que se haya hecho la prueba y la calidad de la muestra obtenida.

Aunque los resultados sean negativos puede infectarse en el futuro, así que es importante seguir las pautas de distanciamiento físico, uso de mascarilla y lavado de manos, para evitar cualquier posible transmisión. Quizás el médico recomiende repetir la prueba si continúas presentando síntomas.

2.1.3 Tratamiento

Hasta el momento no hay ninguna droga aprobada y con eficacia comprobada para el tratamiento de la infección por SARS-CoV-2. No obstante, hay más de 150 ensayos clínicos de diferentes estrategias de tratamiento, que se están llevando a cabo alrededor del mundo. A pesar de la falta de datos disponibles, la mayoría de los expertos y guías publicadas recomiendan instaurar algún tipo de tratamiento a pacientes con Covid-19 moderada a severa. Este debe iniciarse lo más tempranamente posible dado que, como ya fue mencionado previamente, la replicación es máxima durante la primera semana desde el inicio de los síntomas. Asimismo, se proponen estrategias terapéuticas

para pacientes en fases más tardías que presentan síndrome de tormenta de citoquinas (Li, et al, 2020).

2.1.4 Medidas de prevención

La organización Mundial de la Salud (2020) emitió una serie de acciones que las personas deben realizar para prevenir la Covid-19, que se describen a continuación:

- Guardar al menos 1 metro de distancia entre una persona y otra, a fin de reducir su riesgo de infección cuando otros tosen, estornudan o hablan. Mantener una distancia aún mayor entre usted y otras personas en espacios interiores. Cuanto mayor distancia, mejor.
- Convertir el uso de la mascarilla en una parte normal de su interacción con otras personas. Para que sean lo más eficaces posibles, es esencial utilizar, guardar, limpiar y eliminar las mascarillas correctamente. Para ponerse la mascarilla debe: lavarse las manos antes de ponérsela, y también antes y después de quitársela y cada vez que la toque, debe asegurar de que cubra nariz, boca y mentón, cuando se quita la mascarilla, debe guardarse en una bolsa de plástico limpia; si es de tela lavarla cada día y si es una mascarilla médica, tirarla a un cubo de basura y no debe utilizarse mascarillas con válvulas.

Para reforzar la seguridad del entorno debe:

- Evitar las 3 “C”: espacios cerrados, congestionados o que entrañen contactos cercanos.
- Los riesgos de contagio con el virus de la Covid-19 son más altos en espacios abarrotados e insuficientemente ventilados en los que las personas infectadas pasan mucho tiempo juntas y muy cerca unas de otras. Al parecer, en esos

entornos el virus se propaga con mayor facilidad por medio de gotículas respiratorias o aerosoles, por lo que es aún más importante adoptar precauciones.

- Reunirse al aire libre. Las reuniones al aire libre son más seguras que en interiores, en particular si los espacios interiores son pequeños y carecen de circulación de aire exterior.
- Evitar lugares abarrotados o interiores, pero si no puede, adoptar las siguientes precauciones: abrir una ventana, aumentar el caudal de ventilación natural en los lugares cerrados y utilizar una mascarilla.

No olvidar las normas básicas de la buena higiene como:

- Lavarse periódica y cuidadosamente las manos con un gel hidroalcohólico o con agua y jabón. Esto elimina los gérmenes que pudieran estar en sus manos, incluidos los virus.
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca. Las manos tocan muchas superficies en las que podrían coger el virus. Una vez contaminadas, pueden transportar el virus a los ojos, la nariz o la boca. Desde allí el virus puede entrar en el organismo e infectarlo.
- Al toser o estornudar cubrirse la boca y la nariz con el codo flexionado o con un pañuelo. Luego, debe tirar inmediatamente el pañuelo en una papelera con tapa y lavarse las manos. Con la observancia de buenas prácticas de 'higiene respiratoria se protege a las personas del entorno contra los virus causantes de resfriados, gripe y Covid-19.
- Limpiar y desinfectar frecuentemente las superficies, en particular las que se tocan con regularidad, por ejemplo, picaportes, grifos y pantallas de teléfonos.

2.2 Resiliencia

2.2.1 Origen y definición.

El vocablo resiliencia tiene su origen en el idioma latín, en el término "resilio", que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. A lo largo de la historia, el concepto de resiliencia ha tenido varias definiciones (Cortés,2010).

Entre las distintas definiciones de resiliencia, la mejor representada es la adoptada por la segunda generación de investigadores como Luthar, quienes definen resiliencia como "un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad". Esta definición distingue tres componentes esenciales que deben estar presentes en el concepto de resiliencia:

- 1.- La noción de adversidad, trauma, riesgo, o amenaza al desarrollo humano.
- 2.- La adaptación positiva o la superación de la adversidad.
- 3.- El proceso que considera la dinámica entre los mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano.

Por lo antes mencionado es importante entender la resiliencia como un proceso de superación de la adversidad y de responsabilidad social y política, ya que ésta puede ser promovida con la participación de todos los actores de la sociedad. De esta forma, la resiliencia permite una nueva epistemología del desarrollo humano, en tanto enfatiza el potencial humano, es específica de cada cultura y hace un llamado a la responsabilidad colectiva. Un enfoque en resiliencia permite que la promoción de la calidad de vida sea una labor colectiva y multidisciplinaria (Melillo, et al, 2016).

De acuerdo con Grotberg, et al, (2008) existen 8 características personales denominados pilares de la resiliencia, éstos son:

1. Independencia. Se define como la capacidad de establecer límites entre uno mismo y los ambientes adversos; distancia emocional y física.

2. Introspección o capacidad de insight. Es la capacidad de mirarse a sí mismo, detectar y reconocer las propias emociones.

3. Capacidad de relacionarse o interacción. Es la habilidad para establecer lazos íntimos y satisfactorios con otras personas, es crear vínculos.

4. Iniciativa. Es el placer de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

5. Humor. Alude a la capacidad de encontrar lo cómico en la tragedia.

6. Creatividad. Es la capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden, es hacer todo a partir de la nada.

7. Moralidad. Es la actividad de una conciencia informada, se refiere a la conciencia moral, a la capacidad de comprometerse con valores y de discriminar entre lo bueno y lo malo.

8. Autoestima consistente. Es la base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por un adulto significativo.

2.2.1 Factores protectores y situaciones de riesgo

Los factores protectores son aquellos que reducen los efectos negativos de la exposición a riesgos y al estrés, de modo que algunos sujetos a pesar de haber vivido en contextos desfavorecidos y de sufrir experiencias adversas, llevan una vida normalizada (Benard, 2004; Rutter; 2007; Uriarte, 2006). También se trata de recursos internos y externos que modifican el riesgo. Se adicionan a los factores protectores, factores de recuperación y de control conductual. La protección es evidente cuando uno o más dominios del funcionamiento permanecen relativamente sin impacto, a pesar de la presencia de un factor de riesgo.

Por otro lado, la recuperación se define como un cambio relativamente permanente desde un resultado pobre hasta un resultado deseado en cualquier dominio afectado por un factor de riesgo. El control conductual se define cuando una situación ambiental impide un cierto resultado negativo de forma relativamente temporal. Estos tres aspectos plantean más preguntas que certezas y más interrogantes que respuestas, de tal forma que el abordaje metodológico y teórico para el estudio de la resiliencia considere diversos diseños y enfoques de investigación, tanto los cualitativos como los cuantitativos, dado que, si en el nivel operacional, una cierta variable es asociada a un resultado resiliente, dependerá del abordaje previo el entenderla como protección, recuperación o control conductual (Kalawski y Haz, 2003).

Otra forma de clasificar los factores protectores consiste en personales, familiares, escolares y sociales. Los personales se refieren a: autoestima, convivencia positiva, asertividad, altruismo, flexibilidad de pensamiento, creatividad, autocontrol emocional, independencia, confianza en sí mismo, sentimiento de autoeficacia y autovalía,

optimismo, locus de control interno, iniciativa, moralidad y sentido del humor (Benard, 2004; Masten y Powell, 2007).

Los factores familiares tienen que ver con el apoyo y comprensión que se les proporciona a los integrantes de una familia, así como también requiere de la presencia de un ambiente de estabilidad emocional. Los factores sociales son aquellos relacionados con la comunidad, las normas sociales, el medio socioeconómico y el geográfico (Bernard, 2004).

Otros aspectos importantes de los factores protectores lo constituyen las diferencias en el ámbito individual, diádico o comunitario. Entre las individuales se pueden encontrar los coeficientes de inteligencia, habilidades de atención, funcionamiento ejecutivo, autopercepciones de competencia y autoeficacia.

En el ámbito diádico resaltan el establecer relaciones sociales de calidad con los padres y tener un adulto que funja como mentor o tutor, el cual puede ser uno de los padres, un tío o abuelo. En el ámbito de la comunidad destacan las escuelas exitosas, el involucramiento con organizaciones prosociales, vecindarios organizados, bibliotecas, centros de recreación y cuidados de salud (Masten y Powell, 2007). Las cuales en conjunto son indicadores a menudo asociados con la resiliencia.

Abordando ahora los factores de riesgo, éstos incrementan la probabilidad de que un problema de comportamiento se produzca en un momento posterior en la vida de una persona. La presencia de un factor de riesgo no garantiza que un resultado negativo como el fracaso escolar se produzca inevitablemente, pero sí que se incremente la probabilidad de que ocurra (Benard, 2004).

Al igual que los factores protectores, los factores de riesgo se clasifican en individuales, interpersonales y ambientales. Los individuales se refieren a antecedentes familiares, pobre control de impulsos, déficit de atención e hiperactividad, discapacidad, bajo coeficiente intelectual y falta de motivación (Benard, 2004; Jenson y Fraser, 2011). Los interpersonales se relacionan con la inadecuada comunicación familiar, los conflictos entre padres e hijos y el apego deficiente, estilos de crianza negligentes, consumo de alcohol y drogas, bajo compromiso escolar, rechazo de pares y asociación con grupos de compañeros antisociales.

Los ambientales son referidos a la pobreza, privaciones económicas, desorganización vecinal e inseguridad en los barrios (Benard, 2004; Jenson y Fraser, 2011). Algunas prácticas culturales que adicionalmente pueden incrementar el riesgo de los factores individuales son los castigos severos, excluir a los niños y adolescentes de actividades en un esfuerzo por sobreprotegerlos de las duras realidades de la vida, y dejar que solos resuelvan sus problemas sin darles oportunidad de pedir ayuda (Killian, 2004).

Los factores de riesgo también son diferenciados en estructurales y no estructurales. Los primeros forman parte del contexto social, escolar o familiar, tales como la pobreza, la pertenencia a un pueblo indígena, la inseguridad del barrio, el nivel socioeconómico y de marginación social, las condiciones físicas del centro escolar, la violencia escolar, la mala calidad de la enseñanza por parte de los docentes, la escolaridad de los padres, la presencia de consumo de alcohol o drogas en la familia, los estilos de crianza negligentes y el bajo peso al nacer, que si bien, pueden afectar el desarrollo del niño y del adolescente, es difícil, o incluso francamente imposible modificarlos de forma deliberada (Valentí, 2009).

Los factores no estructurales son más individuales tales como el coeficiente de inteligencia, ser víctima de la delincuencia organizada o de la violencia escolar, o empezar a consumir alcohol y drogas por presión social del grupo de pares. Éstos son de carácter más controlable, más susceptibles al cambio y a la transformación, pues, en cierta medida dependen de la percepción de verlos como situaciones de adversidad o de oportunidad. Es en este segundo grupo de factores de riesgo no estructurales, en donde la promoción de patrones de resiliencia puede hacer el verdadero cambio mediante dos vías: la colectiva y la individual.

2.2.2. Mecanismos de interacción

De la interrelación entre los factores de riesgo y los de protección se derivan los mecanismos de interacción de la resiliencia, como sigue:

1. Ambos forman parte de lo que se considera como resiliencia, por lo que su estudio en conjunto contribuye a mejorar la comprensión de esta.
2. Se da una relación entre ambos factores, aunque no el mismo tipo de relación en todos los eventos de la resiliencia, es decir, lo que en un momento puede fungir como un factor protector en otro momento puede no serlo, ya que es probable que ese factor protector que en el pasado funcionó bien para la adaptación de la persona, en otro momento sea ineficiente y se necesite entonces de otro factor protector.
3. No siempre el mismo factor protector funciona por igual para la misma situación de riesgo, ni un solo factor protector funciona por igual de modo indistinto para otras situaciones de riesgo.

4. Para cada situación de riesgo, dado el momento histórico y el contexto social, escolar y familiar de la persona, existe un factor de protección funcional, pero que, pasado el tiempo, ese mismo factor puede resultar ineficiente.

5. Y, por último, aunque parezca contradictorio, un factor de protección puede en otra situación ser un factor de riesgo. A manera de ejemplo, la adopción de un niño, que, por el hecho de ser adoptado por unos padres afectuosos, es un factor protector, pero que el niño, al convivir con sus nuevos hermanos producto de la adopción, quizá se enfrente a otros riesgos psicológicos que no se le presentarían si siguiera viviendo en la casa de adopción (Rutter, 1993).

De estas interrelaciones se deriva que los factores de protección operan sobre los factores de riesgo en tres formas distintas: ya sea interrumpiendo el flujo de una cadena potencial de riesgo; reduciendo el impacto del riesgo en la vida de las personas o bloqueando el inicio de un factor de riesgo. Dicho de otro modo, la presencia de un factor protector amortigua el impacto de un factor de riesgo mediante mecanismos de protección, recuperación o control conductual (Fraser, 2004).

2.2.3 Resiliencia en enfermería

El modelo del sistema conductual de Dorothy Johnson se centra en cómo el paciente se adapta a la enfermedad y en cómo el estrés presente o potencial puede afectar la capacidad de adaptación. Para Johnson, el objetivo de enfermería es reducir el estrés de tal forma que el paciente pueda avanzar con mayor facilidad a través del proceso de recuperación (Potter, 1996)). El modelo de Johnson se centra en las necesidades básicas en relación en los siguientes subsistemas de conductas:

1. Subsistema de afiliación. Es probablemente el más importante, asegura la supervivencia y la seguridad.
2. Subsistema de dependencia. Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca.
3. Subsistema de ingestión. Tiene que ver con cuándo, cómo, qué, cuánto y en qué condiciones nos alimentamos. Cumple así la amplia función de satisfacer el apetito.
4. Subsistema de eliminación. Tiene que ver con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, considera aspectos biológicos, sociales y fisiológicos.
5. Subsistema sexual. Obedece a la doble función de la procreación y la gratificación.
6. Subsistema de realización. Este subsistema trata de manipular el entorno, controla y domina un aspecto propio o del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación.
7. Subsistema agresión/protección. Consiste en proteger y conservar.

Los *supuestos principales* de esta teoría según Potter (1996) son:

Enfermería. Es una fuerza externa que actúa para preservar la organización de la conducta del paciente cuando éste se siente sometido a estrés, por medio del fomento de mecanismos reguladores y otros recursos. Como técnica y como ciencia, presta asistencia externa antes y durante la pérdida del equilibrio del sistema y, por lo tanto, requiere un conocimiento del orden, el desorden y el control.

Persona. Concibe a la persona como un sistema conductual con formas de comportamiento marcadas por un modelo, repetitivas e intencionadas, que la vinculan con el entorno.

Salud. Estado dinámico fugaz influido por factores biológicos, fisiológicos y sociológicos. La salud se refleja en la organización, interacción, interdependencia e integración de los subsistemas que integran el sistema conductual.

Entorno. Se compone de todos los factores que no forman parte del sistema conductual del individuo pero que influyen en él; algunos de ellos pueden ser utilizados por la enfermera a favor de la salud del paciente.

El objetivo del modelo consiste en mantener y recuperar el equilibrio en el usuario, ayudándole a conseguir un nivel óptimo de funcionamiento, es por esto que se relaciona directamente con el término "resiliencia", que es la capacidad que va adquiriendo la persona para poder enfrentar, satisfactoriamente, los distintos factores de riesgo, y a la vez ser fortalecido como resultado de esa situación.

El sistema humano está constantemente sometido a factores estresantes, los cuales producen un desequilibrio en el individuo. Es aquí donde el profesional de enfermería debe intervenir proporcionando cuidados que lleven al usuario a enfrentar de mejor manera las amenazas tanto internas como externas que se le presentan en diversas ocasiones y así lograr que las personas enfrenten estos factores de manera positiva, lo que los llevará a ser una persona resiliente.

Partiendo de la base que los sistemas son interactivos, interdependientes e integrados, podemos decir que "los cambios en un subsistema producidos por una enfermedad no se pueden comprender del todo sin entender su relación con los cambios

producidos en los otros subsistemas". Es así como los principios del modelo del sistema conductual permiten a la enfermera/o valorar la importancia de ofrecer de forma constante protección, nutrición y estímulo para así fomentar la resiliencia en el individuo (Marriner, et al, 2006).

Según Johnson (Marriner, et al, 2006) las personas son seres activos en constante labor de búsqueda no sólo para adaptarse a su entorno, sino también para alterar dicho entorno y adaptarlo a sus necesidades. Asimismo, considera que el sistema conductual es más activo que reactivo.

Otros autores (Grotberg, 2006) hablan de que factores de riesgos propios de las enfermedades y lesiones son un enfoque comúnmente utilizado para conocer cuán preparados están las personas para experimentar un problema de salud. La exposición al estrés o a un desafío psíquico es fundamental para definir la resiliencia en los seres humanos.

La resiliencia, por lo tanto, no es un estado definido y estable, es más bien un camino de crecimiento. La resiliencia no se construye sola, sino gracias a los fuertes vínculos de afecto que se han tejido a lo largo de toda la vida.

Para el profesional el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad para usar mejor las estrategias de intervención. Más allá de los síntomas y las conductas, esa mirada intenta detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno, de los servicios y las redes sociales (Manciaux y Vanistendael, 2003).

2.3. Percepción de riesgo y su definición

Las definiciones sobre riesgo en la literatura son escasas y no encontramos ninguna que de un sentido unitario al concepto. El riesgo lo podemos entender desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y podemos valorarlo desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo de catástrofe lo entenderíamos desde una visión real y colectiva si estamos frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar un cataclismo en una población determinada, que sería diferente pero asimilable a una epidemia o pandemia también como riesgo real y colectivo frente a un virus. Estos riesgos los podríamos considerar basados en indicadores objetivos pero incontrolables, dado que no podemos ejercer ningún tipo de control sobre las catástrofes o la expansión y el contagio de un virus desconocido. En cambio, serían riesgos predecibles, si comparamos la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y su repercusión en la salud, sabiendo que las mujeres tienen más vulnerabilidad al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002). Por otra, parte en el plano del riesgo real-individual, una persona puede ser más vulnerable a determinadas enfermedades que otra, lo que la predispone a un riesgo objetivo mayor. Si a esta predisposición le añadimos un comportamiento arriesgado, la probabilidad de que las consecuencias sean más adversas aumenta significativamente. Si analizamos el riesgo desde un plano subjetivo, la valoración del riesgo de forma individual se verá significativamente diversificada, ya que el concepto se sustenta en las creencias o percepciones de las personas, teniendo por ello una gran variabilidad. En cuanto a la perspectiva de riesgo subjetivo-colectivo contará con la percepción o creencia que asuma unitariamente todo el colectivo contará con la percepción y creencia que asuma unitariamente todo el colectivo.

Por otro lado, el concepto de percepción lo entendemos y explicamos desde la vertiente subjetiva, unido a conceptos como creencia y actitud. Según Pastor (2000) se

trata de un proceso cognitivo que descansa en la información de cada persona acerca de diferentes cuestiones como contextos, otras personas, objetos, y que procesa de forma inmediata organizándose un juicio o valor. Podríamos añadir que ese juicio o valor condicionará su comportamiento.

Por lo tanto, la percepción de riesgo estaría ubicada también en el plano subjetivo. Algunos de los factores que intervienen en su configuración serían los siguientes:

- Perceptivos.
- De historia personal (experiencias).
- Cantidad y calidad de la información.
- Creencias y actitudes.
- Estereotipos.
- Motivación.

Todos estos factores estarán expuestos a los procesos de atribución individuales, haciendo que el sujeto asuma o no el riesgo, en función de las características expositivas de cada situación. Por ello, los posibles perfiles de riesgo subjetivo serán tantos como sujetos a evaluar. Para aproximarnos a una concepción más realista y operativa de la percepción de riesgo, tendríamos que conjugar los elementos de ambos conceptos: riesgo y percepción, integrando todos aquellos elementos que intervienen en su configuración final.

Para aproximarnos a una concepción más realista y operativa de la percepción de riesgo, tendríamos que conjugar los elementos de ambos conceptos: riesgo y percepción, integrando todos aquellos elementos que intervienen en su configuración final. Tendríamos que incluir todos los elementos que en el intervienen definiéndolo como el proceso cognitivo individual que se desarrolla en un plano subjetivo y que para ello intervienen procesos básicos como las creencias, actitudes, motivación, entre otros y que una vez procesado, se convierte en una evidencia para el sujeto (García del Castillo, 2012).

No cabe duda, que desde el comienzo del proceso de elaboración que hace el sujeto para llegar a una toma de decisiones final, se mueve entre argumentos subjetivos y factores que pueden estar distorsionando la realidad de su posición ante el problema. De hecho, la información recogida acerca de cualquier acontecimiento puede venir de distintas fuentes entre las que pueden estar las fidedignas y contrastadas o bien aquellas de poca o baja credibilidad, pero todas ellas junto a su experiencia personal conformarán las creencias y las actitudes fundamentalmente, así como los motores motivacionales que le pueden llevar a una acción determinada.

2.3.1 Percepción de riesgo desde el enfoque de diversas teorías

En relación con la percepción de riesgo, observamos que gran parte de los modelos se desarrollan en el marco psicosocial cognitivo. Entre los más destacados habría que mencionar el Modelo de Creencias de Salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1974)

- ❖ Configuración de la percepción de riesgo desde el modelo de creencias de salud.

A partir de las formulaciones de Rosentock (1974) el Modelo de Creencias de Salud (MCS) se consolidó como uno de los más potentes y utilizados para estudiar la conducta de salud a partir de la predicción del comportamiento. El modelo se fundamenta en la explicación y predicción de los comportamientos saludables que se generan en función de una serie de creencias que las personas elaboran a partir de acontecimientos relacionados con la salud. Se centra en la decisión bajo incertidumbre, persiguiendo la evitación o decremento de las conductas de riesgo de salud, intentando aumentar al máximo los comportamientos de protección.

Para ello tendrán que interactuar diferentes elementos que conseguirán que una persona persiga un comportamiento saludable o uno de riesgo, según la cantidad de motivación por mantenerse sano y cómo perciba algunas creencias (Medina y León, 2004):

- La susceptibilidad o vulnerabilidad con que el sujeto percibe la probabilidad de enfermar.
- La gravedad percibida de las posibles consecuencias en caso de enfermar, es decir, si el proceso de enfermedad será lo suficientemente importante como para repercutir en su vida.
- Los beneficios y costes percibidos en función de que pueda reducir los riesgos de salud adoptando conductas saludables y que las barreras psicológicas, físicas, sociales, etc., sean minimizadas.

2.4. Estudios Relacionados

A continuación, se presentan investigaciones científicas que consideran las variables a estudiar en la presente investigación, grado de resiliencia y percepción del riesgo al Covid.

Caro y Rodríguez (2018) investigaron acerca de las potencialidades de la resiliencia para los profesionales de enfermería, estos autores realizaron una revisión narrativa en las bases de datos MEDLINE (PubMed), SCOPUS, Scielo, Dialnet y CUIDEN de artículos publicados en inglés y castellano hasta diciembre de 2016, e indagaron las potencialidades de la resiliencia para el trabajo de los profesionales de enfermería.

En cuanto a los resultados que se obtuvieron se destaca la relación a la utilidad de la resiliencia para la práctica profesional en enfermería, los estudios analizados hallan una relación positiva entre tener una mayor capacidad de resiliencia y cifras menores de prevalencia de estrés postraumático, ansiedad, depresión y Síndrome de Burnout. Además, encontraron otras potencialidades de la resiliencia frente a la adversidad laboral o la falta de personal en las instituciones sanitarias.

En este sentido, los estudios analizados muestran que la resiliencia promueve el desarrollo de fortalezas personales y disminuye la vulnerabilidad en profesionales de enfermería a través de las siguientes estrategias: construyendo relaciones profesionales positivas, mejorando la positividad, desarrollando la intuición emocional, proporcionando un equilibrio en la vida personal y en la espiritualidad y mejorando de la capacidad de reflexión. Además, los estudios analizados muestran que la resiliencia es una potente herramienta para que los profesionales de enfermería puedan afrontar situaciones estresantes derivadas de las presiones laborales o del contacto permanente con el sufrimiento humano. En este sentido, la resiliencia es un factor clave para el afrontamiento, influyendo directamente en el bienestar psicológico de los profesionales.

Ferro de Silva y Calvancanti (2015) en un estudio realizado sobre el estrés ocupacional y resiliencia entre los profesionales de enfermería, encontraron que los factores con mayor número de participantes por encima y en promedio fueron:

satisfacción laboral ($n = 85$; 97,7 %), seguido de competencia emocional ($n = 68$; 78,2 %), empatía ($n = 65$; 74,7 %) y tenacidad e innovación ($n = 65$; 74,7 %). El factor con el menor número de participantes con puntuaciones bajas de resiliencia fue la asertividad ($n = 53$; 60,9 %). Cabe mencionar que, en general, la muestra presentó indicadores de resiliencia superiores al 60 % en todos los factores evaluados. Este resultado muestra que los factores asociados a la resiliencia son relativamente frecuentes, incluso en poblaciones expuestas a situaciones con altas fuentes de estrés

Es necesario aclarar que al comparar 'tenacidad e innovación' con datos sociodemográficos y ocupacionales, no se identificaron diferencias significativas entre variables. En este factor, el 74,7 % de los participantes mostró mayor resiliencia, lo que puede estar relacionado con el nivel de estudios de parte de la muestra (76 % tiene títulos de posgrado), vinculado al trabajo activo y baja tensión (59,3 %). En este sentido, Mota, Benavides-Pereira, Gomes y Araújo (2006) reconocen que el nivel educativo está directamente relacionado con el factor 'tenacidad e innovación'. En otras palabras, un alto nivel de educación parece ser un factor protector.

En cuanto al factor asertividad, el 60,9 % de los profesionales obtuvieron puntajes por encima o promedio, lo que indica que estos profesionales de la salud tienen mayor resiliencia en este factor. Para Canon-Montañez y Rodríguez-Acelas (2011), la asertividad aumenta la autoestima y brinda más confianza y seguridad en las decisiones y acciones, reflejando el autoconcepto del individuo. Estas cualidades se reflejan en el entorno laboral, reduciendo el impacto de los estresores y aumentando la eficacia y calidad del servicio prestado. Entre los que mostraron baja resiliencia en este factor, el 70,6 % ($n = 24$; $p = 0.039$) estaban casados. La baja asertividad de las personas casadas puede ser consecuencia de una disminución de la red social que favorece las relaciones entre los cónyuges, lo que se traduce en una reducción del repertorio de habilidades sociales. Sin

embargo, la literatura tiende a reconocer que las relaciones estables proporcionan una mejor autoestima, comodidad y emociones positivas. En general, la estabilidad familiar representa un factor protector para las personas.

Los resultados obtenidos sobre la empatía muestran que los profesionales con mayor resiliencia tienen entre 31 y 50 años, están casados, tienen religión y un ingreso mensual superior a siete salarios mínimos. Se observa que entre los profesionales que se encuentran por encima de la media en este factor, el 66,7 % trabaja en servicio. Este resultado difiere del reportado por Rosen, Giotto, Shes y Belini (2006), en el que los autores observaron que las largas jornadas laborales tienden a reducir la empatía. Pero, Belancieri, Beluci, Silva y Gasparelo (2010), en una investigación con 229 profesionales de enfermería, estimó que el 66,8 % de los profesionales lograron ponerse en el lugar del otro, además de notar signos no verbales en la interacción con los pacientes.

El factor de satisfacción laboral obtuvo las puntuaciones más altas entre todos los factores del Inventario de Resiliencia. Cabe insistir en que este factor también explora el grado de motivación para realizar las tareas laborales y se considera un reductor significativo del estrés laboral, además de estar relacionado con una mejor percepción de la salud (Theme Daughter, Costa y Guilam, 2013).

Otro estudio fue el de los autores Manomenidis y colaboradores (2019) en una investigación de tipo transversal, cuyo objetivo era examinar y comparar la resiliencia de las enfermeras con sus características individuales, los factores externos y las estrategias de afrontamiento. Para realizar dicho estudio se utilizó una muestra concreta de 1.012 enfermeras griegas de ocho hospitales al norte de Grecia. Con la información estudiada y recopilada, llegó a la conclusión de que la resiliencia puede reducir considerablemente el

impacto negativo de los factores estresantes en el lugar de trabajo al mismo tiempo que contribuye a que existan resultados favorables en los pacientes.

En cuanto al estudio de la variable percepción de riesgo, Porras P.M., et al (2014) realizó una investigación cuyo objetivo era analizar los riesgos laborales percibidos por los profesionales de enfermería de un centro sanitario. Los autores realizaron un estudio descriptivo transversal sobre una población total de 122 diplomadas universitarias en enfermería (DUE) y 89 auxiliares de enfermería (AE). Se preguntó a las profesionales por los riesgos laborales percibidos en su trabajo habitual, se recogieron las variables sexo y edad, así como los accidentes laborales y la formación en prevención de riesgos laborales en los últimos 5 años de registros internos. La edad media de la muestra fue de $47,29 \pm 7,98$ años (DUE: 45,11; AE: 50,77).

Dentro de los resultados que se obtuvieron se encuentran que los principales riesgos percibidos entre las DUE fueron los accidentes por exposición a material biológico (52,78 %), cargas/movilizaciones (19,44 %) y estrés laboral (19,44 %); entre las AE fueron las cargas y movilizaciones (44,44 %), los accidentes por exposición a material biológico (26,67 %) y otras infecciones (15,56 %). En cuanto al número total de riesgos percibidos por las profesionales se aprecia que el 23,08 % de ellas no perciben ningún riesgo en su trabajo habitual, el 35,04 % solo percibe un riesgo y el 29,06 % percibe 2 riesgos laborales en su trabajo habitual, mientras que el 12,82 % percibe 3 o más riesgos laborales. El estudio concluyó en el que existe una infraestimación de riesgos laborales a los que las profesionales de enfermería se encuentran expuestas en su trabajo habitual, centrándose la percepción en riesgos biológicos, musculoesqueléticos y estrés.

Así mismo, Meza (2020) estudio la percepción del riesgo por SARS-CoV-2 y satisfacción laboral del personal de enfermería en un Hospital Público del Callao, en el año 2020. Dentro de los resultados que obtuvo se puede observar que la percepción del

riesgo por SARS-COV-2 en el personal de enfermería tuvo como resultado un nivel de percepción medio con un 82.5 %, nivel alto con un 15.5 % y bajo en un 2 % de los 97 encuestados, a diferencia de las dimensiones se observó que para: la dimensión de Niveles de Conocimiento de las Medidas Preventivas tuvo un nivel de percepción medio con 57.7 %, nivel alto con un 36.1 % y nivel bajo 6.2 %; seguido de la dimensión Concepto de Medidas Institucionales con un nivel de percepción alto con 50.6%, nivel medio con 41.2 % y nivel bajo con un 8.2 %. finalmente, para la dimensión Percepción de Riesgo tuvo mayor predominio el nivel alto con 56.7 %, nivel medio con 35.1 % y nivel bajo con 8.2 %.

Se concluyó la investigación mencionando que la percepción de riesgo es un factor indispensable de los comportamientos, actitudes y conductas del individuo frente al riesgo de sufrir algún daño dentro de un área tanto individualmente como colectiva. También describió que los riesgos ocupacionales son una composición de la frecuencia (tiempo de exposición), probabilidad y las consecuencias de sufrir algún daño por la exposición a algún factor de percepción de peligro donde exista un objeto, persona o situación a la vez la información objetiva (conocimiento científico) e información subjetiva (intuición) determinado en el área laboral. Por ello se determina que la percepción del riesgo por SARS-COV-2 del personal de Enfermería en un hospital del callao está en un nivel medio con un 82. 5 % por lo que están en mayor tiempo de exposición y la intuición que presentan en su área laboral.

CAPITULO 3 : OBJETIVOS

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Describir la percepción del riesgo que tiene el profesional de enfermería ante el Covid 19 y sus aptitudes resilientes de afrontamiento.

3.2.2. Describir las variables demográficas y su relación con el grado de resiliencia y percepción del riesgo al covid-19 del profesional de enfermería.

3.2.3. Describir las variables laborales y su relación con el grado de resiliencia y percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería.

CAPITULO 4 : METODOLOGIA

4. Metodología

4.1 Diseño del estudio

El presente estudio epidemiológico fue de diseño transversal, realizado en el periodo de agosto - noviembre 2021, para lo cual fue necesario aplicar a las unidades de análisis, dos instrumentos que permitieron obtener el grado de resiliencia y la percepción del riesgo al Covid-19 y caracterizar algunos atributos de la población estudiada.

4.2 Descripción del área de estudio

La presente investigación fue realizada en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, que es la unidad de la Secretaría de Salud establecida para atender a pacientes con Covid-19 de la población abierta. Esta unidad de segundo nivel cuenta con suficientes camas censables para atender a los pacientes que cursen con Covid y es atendido por más de 200 trabajadores de la salud en los diferentes turnos, cuenta con filtros de personal en la entrada, acceso de ambulancias, estación de camillas, áreas de preparación de alimentos y de hospitalización y equipo médico para dar la mejor atención a pacientes hospitalizados por Covid-19.

4.3 Población

La población estuvo conformada por 105 profesionales de enfermería que laboran en todos los turnos de la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 ubicada en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez. Como el número de la población es pequeño, no fue necesario aplicar técnica de muestreo.

4.4 Definición de las unidades de estudio

4.4.1 Criterios de inclusión

- ❖ Profesional de enfermería de ambos sexos
- ❖ Profesional de enfermería que hayan laborado en los Bunker que atienden a pacientes hospitalizados por Covid-19 al momento de aplicar el instrumento de recolección de datos.
 - Profesional de enfermería que acepten firmar el consentimiento informado de forma voluntaria para ser sujetos de estudio.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Profesional de enfermería que no requisitó bien los instrumentos de recolección de datos.
- Personal de enfermería que no sean titulados.

4.5 Variables

En la tabla 4.1 se presenta la definición conceptual y operacional de las variables que forman parte de los datos sociodemográficos y laborales de los sujetos de estudios, así como las variables dependientes e independientes, que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 1. *Definición conceptual y operacional de variables*

VARIABLES DEMOGRAFICAS			
Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable
Edad	Lapso que transcurre desde el nacimiento hasta	Años cumplidos que refiera el profesional	Cuantitativa Discreta

	el momento de referencia (Diccionario médico, 2019)	de enfermería en números enteros.	
Sexo	Condición orgánica que distingue a la persona en hombre o mujer (RAE, 2019).	Distinción del género biológico del profesional de enfermería que se considerará como masculino y femenino.	Cualitativa Nominal
Estado civil	Condición de una persona en lo concerniente a vínculos personales que tiene con otros del mismo o diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente (Bembibre, 2010).	Situación social del profesional de enfermería determinado por relaciones de familia proveniente del matrimonio o parentesco que se registra como: soltero, casado, unión libre, viudo, divorciado y/o separado.	Cualitativa Nominal
Religión	Conjunto de creencias con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (RAE, 2019).	Creencia religiosa que profesa el profesional de enfermería considerando los siguientes elementos: católica, testigo de Jehová, pentecostés, adventista, otras, especificar_____	Cualitativa nominal
Grado	Es una distinción dada por	Grado escolar	Cualitativa

académico	alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios (RAE, 2019).	reportado por los profesionales de enfermería considerando los siguientes: Técnico en enfermería o enfermería general, licenciado en enfermería, especialista en enfermería, maestría y/o doctorado.	Nominal.
VARIABLES LABORALES			
Turno de trabajo	Horario durante el cual se desarrolla la actividad temporal (Diccionario panhispánico jurídico, 2020).	Jornada de trabajo en el que se desarrolla la actividad temporal expresado en: turno matutino, vespertino, nocturnos y guardias especiales.	Cualitativa Nominal
Tipo de contratación laboral	Es aquel por virtud del cual una persona se obliga a prestar a otra un trabajo personal subordinado, mediante el pago de un salario	Se medirá a través de los siguientes rubros: Bolsa de trabajo Contrato Base Otros	Cualitativa Nominal
Antigüedad laboral	Es el tiempo que una persona ha permanecido laborando para una organización pública o privada (Guía jurídica, 2018)	Experiencia laboral en una institución de salud del profesional de enfermería, para lo cual se utilizarán rangos de 3 años, por lo que se consideran	Cualitativa Ordinal

		<p>las siguientes categorías:</p> <p>0-4 años</p> <p>5-9 años</p> <p>10-14 años</p> <p>15-19 años</p> <p>20 años y más.</p>	
OTRAS VARIABLES			
Grado de resiliencia	Es la capacidad del ser humano de adaptarse positivamente a la adversidad al enfrentarse al estrés o a sucesos traumáticos (Arrogante, 2015).	Para medir el grado de resiliencia se utilizará la Escala de Resiliencia de 14 ítems de Wagnild (2009) considerando las siguientes categorías y puntajes: 98-82 muy alta resiliencia, 81-64 alta resiliencia, 63-49 resiliencia normal, 48-31 resiliencia baja y de 30-14 puntos resiliencia muy baja.	Cualitativa Ordinal
Percepción del riesgo	Son conductas de sensación de peligro inminente y generalizado y poco control psicológico y mental; por ello provoca miedo social, respuestas de ansiedad provocando un peligro a su integridad	La percepción del riesgo se midió con la escala desarrollada por Morton y Duck (2001). Considerando los siguientes parámetros:	Cualitativa Ordinal

	física en un futuro, todo esto relacionada por el coronavirus y su influencia en la sociedad (Ribes, 2020).	percepción baja, percepción media y percepción de riesgo alta. Todos los ítems se midieron con una escala tipo Likert de 1 «nada» hasta 5 «En extremo». Para ello se sigue la siguiente escala de 4-9 puntos percepción baja, 10-15 puntos percepción media y de 16 a 20 puntos percepción de riesgo alta.	
--	---	---	--

4.6 Descripción general del procedimiento para la recolección de la información

Para la recolección de la información fue necesario visitar al personal de enfermería en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, en los tres turnos que laboran y coordinarse con la jefe de enseñanza y la jefe de enfermeras quienes dieron la indicación al personal de enfermería de cómo y en qué lugar se haría dicho proceso.

Para fines de la presente investigación se utilizaron tres instrumentos: una cédula de datos personales estructurado con preguntas de opción múltiple que permitió obtener datos personales y laborales del personal que participó en la investigación (Ver apéndice A).

El segundo instrumento fue la Escala de Resiliencia de Wagnild (2009) que midió el grado de resiliencia individual, el instrumento estuvo compuesto por dos factores: el

factor I, que se refirió a la competencia personal y estuvo formado por 11 ítems (1,2,5,6,7,9,10,11,12,13 y 14) que hacen referencia a características como la autoconfianza, decisión, perseverancia, ingenio e independencia, y el factor II que se relaciona con la aceptación de uno mismo y de la vida, formado por 3 ítems (3,4 y 8) que hacen referencia a la adaptabilidad, flexibilidad, balance y perspectiva estable de la vida.

El Instrumento de 14 Ítems con puntuaciones en una escala de Likert de siete opciones que fue de “totalmente en desacuerdo a “totalmente de acuerdo”. El autor (Wagnild, 2009) plantea los niveles de resiliencia de la siguiente manera: 98-82 muy alta resiliencia, 81-64 alta resiliencia, 63-49 resiliencia normal, 48-31 resiliencia baja y de 30-14 resiliencia muy baja. El Instrumento fue aplicado en otra investigación como la que se desarrolló en una población de 18 a 55 años, con una media de 23.63 años, donde se obtuvo una puntuación media de 71 (DE=32.81), alta de Cronbach 0.79 con una correlación significativa ($p>0.05$) ítem-total escala (Sánchez-Teruel, 2015,). (Ver apéndice B).

El tercer instrumento que fue utilizado para medir la percepción de riesgo de los participantes fue la escala desarrollada por Morton y Duck (2001). El instrumento de medición estuvo compuesto de cuatro ítems, referentes a qué tan importante es el problema de Covid-19 para ellos, que tan preocupados están de verse afectados por la Covid-19 en el futuro, que probabilidad cree que existe de que realmente sea afectado por la covid-19 y que riesgo siente que tiene de contraer el Coronavirus. Todos los ítems se midieron con una escala tipo Likert de 1 «nada» hasta 5 «En extremo». Las respuestas de estos cuatro elementos se combinaron y promediaron para formar una media compuesta de riesgo personal, en donde las puntuaciones más altas (según Morton y Duck) indican un mayor riesgo percibido, siguiendo la siguiente escala de 4-9 puntos percepción baja, 10-15 puntos percepción media y de 16 a 20 puntos percepción de riesgo alta. Este

instrumento fue utilizado en el caso del Seguimiento informativo y percepción del riesgo ante la Covid-19 en España, en donde los resultados muestran una percepción de riesgo elevada ($M=3.88$, $DE=0.73$), sobre un máximo de 5.

4.7 Plan de análisis de datos

Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico Statistical Pack Age for The Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial.

El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias y porcentajes. Se determinó la consistencia interna de los instrumentos mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach. Así mismo se realizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con Corrección de Lilliefors y se determinó que los datos no presentaron distribución normal, tanto para las variables continuas y numéricas, por lo que se utilizaron diversas pruebas estadísticas como la U. de Mann-Whitney para hacer comparaciones de medias para dos muestras independientes, Kruskal Wallis para realizar comparación de medias para más de tres muestras independientes, la Correlación de Spearman para estudiar la relación entre resiliencia y percepción de riesgo y la Chi cuadrada para describir la percepción de riesgo y las aptitudes resilientes de afrontamiento.

4.8 Consideraciones éticas

El presente estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SS], 1987), destacando la observancia del anonimato y la confidencialidad. La cual establece que, para el desarrollo de investigaciones en salud, se deben contemplar aspectos éticos que

garanticen la dignidad y el bienestar de los individuos, por lo que a continuación se mencionan los siguientes artículos:

En el Artículo 13 del Capítulo I, declara que en toda investigación en la que un ser humano sea sujeto de estudio, debe prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, por la cual se respetará la decisión del profesional de enfermería a participar o no en la investigación y se ofrecerá un trato profesional.

Respecto al Capítulo I, Artículo 16, establece la protección a la privacidad del individuo. Para lo cual se tendrá un espacio designado por las autoridades de la institución donde el profesional de enfermería estará en completa libertad de contestar los instrumentos.

En el Capítulo I, Artículo 14, fracciones V, VII, VIII y Capítulo III, Artículo 36, por ser mayores de edad los participantes para ser considerados en el estudio será necesario contar con el consentimiento informado escrito y firmado. Para el desarrollo de la investigación se contará con el dictamen a favor del director de tesis y del director de la institución hospitalaria donde se realizará el estudio (Ver apéndice D).

Para la validez del consentimiento informado, que se sustenta con lo estipulado en el Capítulo I, Artículo 20 y 21, en sus Fracciones VI, VII, VIII, se garantizará en los participantes la libertad de recibir respuesta a cualquier pregunta y duda respecto a la investigación, retractarse a participar sin afectar su condición de trabajador en la institución donde pertenecen y la protección de la confidencialidad y anonimato del sujeto al no identificarlo por su nombre.

Conforme al Capítulo I, Artículo 17, Fracción II, el estudio está considerado de riesgo mínimo, ya que no se realizará ninguna intervención sobre las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los profesionales de enfermería.

Por último, se respetará lo establecido en el Capítulo V, Artículo 57 y 58, Fracción I, II, donde señala que los participantes son un grupo subordinado. La participación por lo tanto será voluntaria y no estará influenciada por ninguna autoridad de la institución, además se les explicará que los resultados no serán utilizados para causarles algún perjuicio laboral, ya que los resultados se mostrarán de forma general y no individualizados.

CAPÍTULO 5 : RESULTADOS

5. Resultados

En este capítulo se describen los resultados del estudio realizado con 105 profesionales de enfermería en quienes se estudió el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19. A continuación, se muestra la consistencia interna de los instrumentos, la estadística descriptiva de las variables sociodemográficas y de los instrumentos utilizados en el estudio; se presenta la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors y finalmente se incluye la estadística inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio.

5.1 Consistencia Interna de los Instrumentos

Para determinar la consistencia interna de los instrumentos utilizados, se calculó el Coeficiente Alpha de Cronbach, en la Tabla 1 se muestra la consistencia interna de los instrumentos donde se aprecia que la escala de Resiliencia obtuvo una confiabilidad aceptable de .90 y la escala de Percepción de Riesgo un Alpha de Cronbach de .81.

Tabla 2. *Consistencia Interna de los instrumentos*

Instrumento	No. De reactivos	Reactivos	A
1.- Escala de resiliencia	14	1 al 14	.90
Competencia Personal	11	1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14	.90
Aceptación de uno mismo y de la vida	3	3, 4, 8	.50
2.- Escala de Percepción de Riesgo	4	1 a la 4	.81

5.2 Estadística Descriptiva

Se encuestaron 105 profesionales de enfermería en quienes se estudió el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19, después de haber realizado el análisis descriptivo, se encontró que el promedio de edad fue de 28.6 (Mdn= 28.0, D.E. 3.8) años. Un poco más de la mitad son mujeres (58.1 %), así mismo, en el estado civil de los participantes los solteros representaron la mayor proporción (56.2 %). En relación con la religión la católica fue la más frecuente (62.9 %) y en lo que concierne al grado académico se encontró que la mayor parte (61 %) son licenciados en enfermería (Ver tabla 2).

Tabla 3. *Características demográficas del profesional de enfermería que labora en la Clínica Respiratoria Covid-19, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.*

Variable		N	%
Sexo	Femenino	61	58.1
	Masculino	44	41.9
Estado Civil	Soltero	59	56.2
	Casado	23	21.9
	Unión Libre	20	19
	Divorciado/ separado	3	2.9
	Religión	Católica	66
	Adventista	15	14.3
	Pentecostés	8	7.6
	Testigo de Jehová	2	1.9
	Otras	14	13.3
Grado académico	Técnico	15	14.3
	Licenciado	64	61
	Especialista	16	15.2
	Maestría	10	9.5

Respecto a las características laborales estudiadas y representadas en la tabla 3, se encontró que el mayor porcentaje (47.6 %) del personal de enfermería labora en el turno nocturno. La antigüedad laboral fue de 1 año y seis meses para el 100 % de los participantes ya que todos fueron contratados en la misma fecha (abril-2020) por la contingencia de la pandemia de Covid-19 en el Estado. Así mismo, El 100 % de las enfermeras (os) manifestó ser personal de contrato en cuanto al tipo de relación laboral que actualmente poseen con la institución en donde brindan sus servicios.

Tabla 4. *Características laborales del profesional de enfermería que labora en la Clínica Respiratoria Covid-19, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.*

Variable		N	%
Turno de trabajo	Diurno	40	38.1
	Nocturno	50	47.6
	Fin de semana	15	14.3
Tipo de Relación laboral	Contrato	105	100
Antigüedad Laboral	0-4 años	105	100

5.3 Estadística inferencial

En la tabla 4 se presentan las medidas de tendencia central, de dispersión y prueba de Kolmogorov- Smirnov con Corrección de Lilliefors de los instrumentos utilizados. La Escala de Resiliencia reporta una media de 83.8 ($Mdn = 85.0$, $DE = 10.6$), la subescala de Competencia Personal reporta una media de 66.5 ($Mdn = 68.0$, $DE = 8.8$), para la subescala de Aceptación de uno mismo y de la vida se reporta una media de 17.3 ($Mdn = 17.0$, $DE = 2.4$) y para Escala de Percepción de Riesgo se reporta una media de 16.8 ($Mdn = 17.0$, $DE = 2.6$). En relación con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors, se encontró que todas las variables analizadas no

mostraron una distribución normal, debido a ello se utilizó estadística no paramétrica para el análisis inferencial.

Tabla 5. *Medidas de tendencia central, de dispersión y prueba de Kolmogorov- Smirnov con Corrección de Lilliefors*

Variable	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Val. Min	Val. Max	<i>D^a</i>	<i>P</i>
Edad	28.6	28.0	3.8	22	42	.178	.001
Escala de Resiliencia	83.8	85.0	10.6	29	98	.143	.001
Competencia Personal	66.5	68.0	8.8	19	77	.136	.001
Aceptación de uno mismo y de la vida	17.3	17.0	2.4	9	21	.105	.006
Escala de Percepción de Riesgo	16.8	17.0	2.6	4	20	.134	.001

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn* = Mediana, *DE* = Desviación Estándar, *D^a* = Estadístico de prueba, *p*= significancia

Para dar respuesta al objetivo general que indica determinar el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería, se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman (tabla 5), en donde se encontró que no se existe relación estadísticamente significativa entre resiliencia y percepción de riesgo ($p > .05$).

Tabla 6. *Coeficiente de Correlación de Spearman para la resiliencia con percepción de riesgo*

Variable	Percepción de riesgo	
	<i>r_s</i>	<i>P</i>
<i>Resiliencia</i>	-.021	.830

Nota: r_s = Estadístico de Prueba Coeficiente de Correlación de Spearman, p =Valor p , * < .05, ** < .01, ***

Así mismo, para dar respuesta al objetivo específico 1 que propone describir la percepción del riesgo que tiene el profesional de enfermería ante el Covid 19 y sus aptitudes resilientes de afrontamiento. Se realizó una Chi cuadrada de Pearson (tabla 6), en donde se puede observar que no se presentaron diferencias estadísticamente significativas del grado de resiliencia con el puntaje de riesgo percibido al Covid-19, sin embargo, se observó que el 75.2 % del profesional de enfermería tiene muy alta resiliencia y una percepción de riesgo alta y el 75.7% presentó una alta resiliencia y una percepción de riesgo alta.

Tabla 7. Chi cuadrada para el grado de resiliencia con el puntaje de riesgo percibido

Grado de Resiliencia	Puntaje de riesgo percibido						χ^2	P
	Percepción de riesgo baja		Percepción de riesgo Media		Percepción de riesgo alta			
	F	%	F	%	f	%		
Resiliencia muy baja	0	0	1	100	0	0		
Resiliencia baja	0	0	0	0	1	100	4.760	.575
Alta Resiliencia	2	2.9	15	21.4	53	75.7		
Muy Alta Resiliencia	2	1.9	24	22.9	79	75.2		

Nota: f =Frecuencia, $\%$ =porcentaje, χ^2 = Estadístico de prueba, p = significancia, $n=105$.

En cuanto al objetivo específico 2 que indica describir las variables demográficas y su relación con el grado de resiliencia y percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman, U de Mann-Whitney y H de Kruskal-Wallis, los resultados evidencian una relación positiva y significativa de edad

con resiliencia ($r_s = .235$, $p = .016$), con competencia personal ($r_s = .210$, $p = .031$) y aceptación de uno mismo y de la vida ($r_s = .275$, $p < .005$). No se encontró una relación significativa de edad con la percepción de riesgo ($p > .05$) (Ver tabla de la 7).

Tabla 8. *Coefficiente de Correlación de Spearman para la edad con resiliencia y percepción de riesgo.*

Variable	Edad	
	r_s	P
Resiliencia	.235*	.016
Competencia Personal	.210*	.031
Aceptación de uno mismo y de la vida	.275**	.005
Percepción de Riesgo	.083	.401

Nota: r_s = Estadístico de Prueba Coeficiente de Correlación de Spearman, p =Valor p , * < .05, ** < .01, ***

En la tabla 8 se muestran las diferencias de la *resiliencia* y *percepción de riesgo* por sexo, los resultados muestran significancia de *resiliencia* ($U = 948.00$, $p = .010$), se puede observar que los varones presentan medias y medianas más altas de resiliencia ($\bar{X} = 86.9$, Mdn = 87.0) que las mujeres ($\bar{X} = 81.6$, Mdn = 84.0). Así mismo se presentaron diferencias significativas de competencia personal ($U = 1027.0$, $p = .040$) por sexo; es decir, los varones presentan medias y medianas más altas ($\bar{X} = 68.9$, Mdn = 70.0) que las mujeres ($\bar{X} = 64.8$, Mdn = 66.0). En cuanto a la aceptación de uno mismo y de la vida se reportan diferencias significativas ($U = 998.0$, $p = .024$) por sexo. No se reportaron diferencias significativas de percepción de riesgo por sexo ($p > .05$).

Tabla 9. *U de Mann-Whitney para resiliencia y percepción de riesgo por sexo*

Variable	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>U</i>	<i>P</i>
Resiliencia					
Sexo					
Femenino	61	81.6	84.0	948.00	.010
Masculino	44	86.9	87.0		
Competencia Personal					
Sexo					
Femenino	61	64.8	66.0	1027.00	.040
Masculino	44	68.9	70.0		
Aceptación de uno mismo y de la vida					
Sexo					
Femenino	61	16.8	17.0	998.00	.024
Masculino	44	18.0	18.0		
Percepción de Riesgo					
Sexo					
Femenino	61	16.9	17.0	1303.50	.801
Masculino	44	16.6	17.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *U* de Mann- Whitney, *p*=Significancia, *n*= 105

En la tabla 9 se muestran las diferencias significativas de la *resiliencia* ($H = 8.075$, $p = .044$) por escolaridad, los participantes que cuentan con especialidad reportan medias y medianas más altas de resiliencia ($\bar{X} = 88.4$, $Mdn = 90.5$) que los que son técnicos ($\bar{X} = 81.3$, $Mdn = 80.0$). Así mismo se presentaron diferencias significativas del factor I de competencia personal ($H = 10.808$, $p = .013$) por escolaridad, se puede observar que el personal que cuentan con especialidad presenta medias y medianas más altas ($\bar{X} = 70.1$, $Mdn = 72.0$) que los que tienen solo el nivel técnico ($\bar{X} = 64.4$, $Mdn = 65.0$). En cuanto al

grado académico y percepción de riesgo no se encontró diferencias significativas ($p=0.155$).

Tabla 10. *H de Kruskal-Wallis para para resiliencia y Percepción de Riesgo por escolaridad*

Variable	<i>N</i>	\bar{X}	<i>Mdn</i>	<i>H</i>	<i>P</i>
Resiliencia					
Técnico	15	81.3	80.0		
Licenciado	64	83.7	85.0	8.075	.044
Especialista	16	88.4	90.5		
Maestría	10	80.8	86.0		
Competencia Personal					
Técnico	15	64.4	65.0		
Licenciado	64	66.3	68.0	10.808	.013
Especialista	16	70.1	72.0		
Maestría	10	64.9	70.5		
Aceptación de uno mismo y de la vida					
Técnico	15	16.9	17.0		
Licenciado	64	17.3	17.5	5.237	.155
Especialista	16	18.2	19.0		
Maestría	10	15.9	16.0		
Percepción de Riesgo					
Técnico	15	17.3	18.0		
Licenciado	64	16.6	17.0	4.944	.176
Especialista	16	16.6	16.0		
Maestría	10	17.6	18.0		

Nota: \bar{X} = Media, *Mdn*=Mediana, *U*=Estadístico *H* de Kruskal-Wallis, *p*=Significancia, *n*= 105

Finalmente, para dar respuesta al objetivo específico 3 que establece describir las variables laborales y su relación con el grado de resiliencia y percepción del riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería, se aplicó la prueba *H de Kruskal-Wallis*, cuyos

resultados se observan en la tabla 10, donde se demuestra que no hay diferencias significativas de la *resiliencia* y la *percepción de riesgo* por turno ($p>.05$).

Tabla 11. *H de Kruskal-Wallis para para resiliencia y Percepción de Riesgo por turno*

Variable	N	\bar{X}	Mdn	H	P
Resiliencia					
Diurno	40	84.2	85.0		
Nocturno	50	83.0	86.0	.148	.929
Fin de semana	15	85.6	85.0		
Competencia Personal					
Diurno	40	66.9	67.0		
Nocturno	50	65.7	70.0	.181	.914
Fin de semana	15	68.0	68.0		
Aceptación de uno mismo y de la vida					
Diurno	0	17.3	18.0		
Nocturno	50	17.2	17.0	.367	.832
Fin de semana	15	17.6	18.0		
Percepción de Riesgo					
Diurno	40	16.5	17.0		
Nocturno	50	16.8	17.0	2.006	.367
Fin de semana	15	17.5	18.0		

Nota: \bar{X} = Media, Mdn=Mediana, U=Estadístico H de Kruskal-Wallis, p=Significancia, n=105

Es importante mencionar que en las variables de tipo relación laboral y antigüedad no se pudo aplicar la prueba de significancia ya que en ambas variables el 100 % de los profesionales de enfermería son de contrato y tienen la misma antigüedad (un año y seis meses), por lo que no se logró calcular las medidas de asociación en la tabulación cruzada.

CAPITULO 6 : DISCUSION

6.- Discusión

Las circunstancias actuales han puesto de manifiesto la importancia de desarrollar la resiliencia en el profesional de enfermería por las condiciones laborales estresantes que afronta en su trabajo diario, habilidad que está presente a lo largo de su vida pero que debe ir desarrollando conforme supera las adversidades, a fin de que actúe como un factor protector para el fomento de la salud mental.

Para la población en estudio no se presentó relación significativa de resiliencia con percepción de riesgo al Covid-19, sin embargo, se encontró que el 75.2 % de los profesionales de enfermería que laboran en la Clínica Respiratoria-Covid-19 en la que se desarrolló el estudio, tienen una muy alta resiliencia y alta percepción de riesgo, este resultado fue más alto que en el estudio realizado por Aranda R. (2019) en Perú, quien reportó que los niveles de resiliencia en el personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital Víctor Lazarte Echegaray-Essalud fue del 50 % nivel medio y el estudio realizado por Koen M., et al. (2015) quienes, con la finalidad de determinar el grado de resiliencia en un grupo de enfermeras de hospitales públicos y privados en Sudáfrica, entrevistaron a 312 enfermeras encontrando que el 47 % de los participantes tuvieron resiliencia moderada. Este hallazgo puede estar relacionado a que la población investigada en el presente estudio es muy joven (promedio=28.6 años), por lo tanto, tienen alta capacidad biológica, soportan mayormente las exigencias físicas, psíquicas y mentales lo que contribuye a una mejor adaptación al dolor, sufrimientos, estrés y predisposición a contraer enfermedades (Nefta, 2015).

En cuanto a la percepción de riesgo al covid-19 en los profesionales de enfermería los resultados muestran que tienen una percepción alta, lo que difiere a los encontrados por Meza E. (2020), quien investigó acerca de la Percepción del Riesgo por SARS CoV-2 y Satisfacción Laboral del Personal de Enfermería en un Hospital Público del Callao, Perú,

en donde encontró que más de las tres cuartas partes (82.5 %) tuvo una percepción media. Estos resultados obtenidos en la presente investigación pueden estar vinculados a que en México existió información suficiente en diversos canales informativos en donde las personas tuvieron la oportunidad de enterarse acerca del Covid-19 y su desarrollo, siendo los medios más utilizados la televisión, la prensa en línea o impresa, redes sociales e internet (Muñiz, 2011). Aunado a ello, se puede mencionar que el personal de salud (entre ellos el profesional de enfermería) buscaban tener la mayor información técnica posible, porque se trataba de la presencia de una enfermedad emergente, por lo tanto, estaban atentos a las orientaciones y protocolos de organizaciones internacionales lo que desarrollo en ellos la autoeficacia y con ello la alta percepción del riesgo.

En cuanto a la edad con resiliencia, en la presente investigación, se encontró que el promedio fue de 28.6 años, siendo el grupo con más alta resiliencia de 26-29 años (52.4 %) resultado que difirió del realizado por Gamboa M. et al, (2021) en el Hospital I de la Esperanza realizado en Perú, quien al estudiar el nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19, encontró un promedio de edad de 38,6 años, con predominio de alta resiliencia en el grupo de 30-40 años. Este resultado puede deberse a que la mayoría del personal es relativamente joven (22-42 años), por lo que puede tener un afrontamiento positivo de la adversidad, demostrándolo con puntajes altos en el factor de competencia personal (autoconfianza, decisión, perseverancia, ingenio y dependencia) y el factor que corresponde a la adaptabilidad, flexibilidad, balance y perspectiva estable de la vida, lo que se traduce en que las personas jóvenes a esta edad muestran una serie de características que se asocian directamente con la capacidad de afrontar adecuadamente los problemas, mayor autonomía, habilidad para tener apoyo de los demás y confianza en sí mismo (Gómez, 2010).

En esta investigación, no se encontró una relación significativa entre la edad y la percepción de riesgo ($p=.401$) resultados que fueron similares al obtenido por Real D. et al. (2021), en el estudio titulado Conocimientos, percepción de riesgo y prácticas del personal de salud del Hospital Nacional de Itauguá y Hospital Regional Caacupé, Paraguay, acerca del Covid-19, en el cual encontraron que la edad promedio fue de 32.6 años, y que esta no era un factor que tuviera relación significativa con la percepción de riesgo al Covid-19. Estos resultados pueden ser explicados en relación con que ambas poblaciones son relativamente jóvenes y que por ser profesionales de la salud tienen conocimientos acerca de la enfermedad lo que contribuye a que perciban adecuadamente el riesgo al que se enfrentan.

En relación al sexo, aunque predominó el femenino (58.1 %), se encontró significancia, ya que los varones presentaron medias y medianas más alta de resiliencia (Media=86.9, Mdn= 87) que las mujeres (Media=81.6, Mdn= 84.0), resultados que son similares al estudio realizado por Martínez A., et al. (2021), sobre Resiliencia asociada a factores de salud Mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante Covid-19 quienes encontraron que los hombres tuvieron también mayor resiliencia, lo que puede explicarse que en la sociedad actual se han cambiado los estereotipos sociales para las mujeres, es decir, se le atribuye un aumento de sus roles, ya que además del sostén emocional, tendencia al cuidado y actividades domésticas, apoyo a los más débiles y mayor preocupación por los demás, han asumido roles como administradora, trabajadora, proveedora de recursos económicos sin descuidar sus funciones básicas, lo que ha traído como consecuencia que aumente su nivel de angustia, depresión, vacío y estrés psicosocial, lo que las hace que sean menos resiliente que los varones que muchas veces sus funciones son menos que al de las mujeres (Donnell, 2010).

Aunque un poco más de la mitad de los profesionales de enfermería estudiados en esta investigación fueron mujeres (58.1 %), no se reportaron diferencias significativas de percepción de riesgo por sexo, resultados que fueron similares con los vertidos en el estudio realizado por Real D. et al. (2015)., en donde, el 63,8% de la población estudiada fueron del sexo femenino, sin que haya encontrado un valor significativo para hacer diferencias entre sexo y percepción de riesgo. Esto puede explicarse que independientemente de ser hombre o mujer, ambos profesionales de enfermería dimensionan correctamente su vulnerabilidad personal al estar en contacto con los pacientes enfermos de Covid-19, la gravedad de la pandemia y el potencial catastrófico que tuvo en México y en otros países del mundo (Pérez de Celis y Cavazos, 2021).

Por otra parte, se encontró que existe diferencias significativas entre el grado de resiliencia y el grado académico, encontrando que los participantes que cuentan con especialidad reportan medias y medianas más altas de resiliencia (Media= 88.4, Mdn=90.5) que los enfermeros que son técnicos (Media= 81.3, Mdn=80.0), resultados que son parecidos a los encontrados por Ang S., et al. (2018) al aplicar una escala de Resiliencia a un grupo de enfermeras del Hospital de Singapur; en donde encontraron que el tener especialidad se asoció significativamente con un nivel de resiliencia más alto; concluyendo que las enfermeras con especialidad o posgrado tenían una probabilidad tres veces mayor de tener una resiliencia alta que en comparación con las enfermeras sin estudios de posgrado o especialidad, estos resultados pueden estar relacionados al principio de que a mayor grado académico el profesional de enfermería logra desarrollar mejores competencias personales, sociales, académicas, que le permitirán sobre ponerse a situaciones adversas de la vida (Alonso, 2016).

En relación a las variables laborales en el presente estudio no se encontró diferencia significativa entre resiliencia y el turno, estos resultados coinciden con lo obtenido por Alegre A., et al. (2019), quienes realizaron una investigación sobre Resiliencia y Burnout en enfermeras en un hospital de Lima, en el que no reportó diferencias estadísticamente significativas entre resiliencia y jornada de trabajo, esto puede explicarse a que independientemente del turno en que laboren los profesionales de enfermería, poseen fortalezas personales y capacidad de afrontamiento a situaciones adversas de la vida tanto personal como laboral (Ribeiro, 2012).

En cuanto al turno y percepción de riesgo, tampoco hubo diferencias significativas en el presente estudio, resultados que difieren con los encontrados por Quintana Z., et al. (2021), en el estudio titulado Percepción de riesgo en el Contexto laboral del profesional de enfermería del Noroeste de México en tiempos de Covid-19, en el que describe que la mayor percepción de riesgo lo obtuvo el personal que labora en las jornadas acumuladas, este hallazgo puede estar relacionado a que estos profesionales tienen mayor tiempo para estar con sus familias y convivir con ellos, tienen mayor tiempos de descanso, ocio y tiempo para organizar mejor todas sus actividades personales lo que contribuye a desarrollar la autoeficacia de manera más adecuada y tener más claro el riesgo que enfrentan cuando llegan a trabajar (Grazziano, 2020).

En relación a la variable de resiliencia y la antigüedad laboral no se encontró diferencia estadísticamente significativa, pues todos los profesionales de enfermería que fueron sujetos de estudio tenían la misma antigüedad laboral, es decir, fueron contratados en la misma fecha para atender a pacientes con Covid-19, en contraste con el estudio realizado por Zhimin Z., et al. (2017) quienes estudiaron la satisfacción laboral y resiliencia en enfermería psiquiátrica: un estudio en el Instituto de salud Mental de

Singapur, quienes encontraron que las puntuaciones medias de satisfacción y resiliencia fueron más altas para las enfermeras con mayor antigüedad y experiencia laboral, que puede explicarse con el hecho de que la antigüedad laboral permite adquirir destrezas y habilidades en la actividad que se realiza, construir relaciones positivas con las personas a quienes les brindan cuidados y compañeros de trabajo, lo que permite enfrentarse de manera positiva a sus amenazas promoviendo gradualmente su resiliencia.

Finalmente, en el presente estudio, en lo que respecta a la percepción de riesgo y la antigüedad laboral no se encontró diferencia estadísticamente significativa a diferencia del estudio realizado por Uribe S., et al. (2019), quienes estudiaron la relación de la percepción de riesgo biológico y la accidentalidad en un Hospital Colombiano y encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo que tenía 6 años o más de antigüedad, pues ellos tuvieron una muy alta percepción de riesgo, mientras que el grupo de 5 años o menos de antigüedad presentaron una subestimación de riesgo, estos resultados pueden estar relacionados a la mayor tolerancia al riesgo adquirido por la experiencia y el mayor tiempo desarrollando la misma actividad.

CAPITULO 7 : CONCLUSION

7.- Conclusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, se concluye que el grado de resiliencia no tiene relación significativa con la percepción de riesgo de los profesionales de enfermería que fueron estudiados, es decir, no se encontró diferencias significativas entre el grado de resiliencia con el puntaje de riesgo percibido al Covid-19; sin embargo, se observó que la mayoría del personal de enfermería (75.2%) tiene muy alta resiliencia y una percepción alta de riesgo.

En cuanto a las variables demográficas y su relación con el grado de resiliencia y percepción de riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería se encontró que la edad ($\bar{x}=28.6$) presentó una relación positiva y significativa con resiliencia y no así con la percepción de riesgo.

Con relación al sexo, los varones presentaron medias y medianas más altas de resiliencia que las mujeres, en los dos factores que lo componen competencia personal y la aceptación de uno mismo y de la vida. No hay relación significativa entre sexo y percepción de riesgo.

También se detectó diferencias significativas de la resiliencia por escolaridad, ya que los participantes que cuentan con especialidad reportan medias y medianas más altas de resiliencia que los que son técnicos, sobre todo en el factor I que se refiere a la competencia personal.

Para finalizar, ninguna variable laboral presentó relación significativa con resiliencia ni con percepción de riesgo.

Referencias

Ajzen, I. y Fishbein, M. (2019) *Predicción de la conducta dirigido a objetivos, actitudes, intenciones y control conductual percibido*, Rev. Psicológica social experimental, 22(5):453-474.

Ang S, Uthaman T, Ayre T, Mordiffi S, Ang E, Lopez V. (2018) *Association between demographics and resilience - a cross-sectional study among nurses in Singapore*. Int Nurs Rev. ; 65(3):459-466.

Arrogante O, Pérez-García AM. (2013) *El bienestar subjetivo percibido por los profesionales de enfermería no sanitarios ¿es diferente al de enfermería de intensivos? Relación con personalidad y resiliencia*. Enferm Intensiva. 24(4):143-54.

Benard, B. (2004). *Resiliencia: lo que hemos aprendido*. San Francisco, Laboratorio Educativo Regional West Ed. Rev. Psicología, 8 (1) enero de 2017.

BMJ (2018) *Best Practice. Visión general de los coronavirus*. Londres: BMJ Publishing Group; (Citado el 15 de abril del 2020). Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/eses/3000165/>

Briggs H. (2020). *Coronavirus: cómo se estrecha el cerco sobre el pangolín como probable transmisor del patógeno que causa el covid-19*: Londres: BBC; (Citado el 15 de abril del 2020). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-52066430>

Caro Alonso P. A.& Rodríguez-Martín, B. (2018). *Potentialities of resilience of nursing professionals. Index de Enfermería*, 27(1-2), 42-46. Recuperado en 01 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000100009&lng=es&tlng=en.

Cassiani SHB, Munar Jiménez EF, Umpiérrez Ferreira A, Peduzzi M, Leija Hernández C. (2020). *La situación de la enfermería en el mundo y la Región de las Américas en tiempos de la pandemia de COVID-19*. Rev Panam Salud Publica. 44:e64. Doi: <https://doi.org/26633/RPSP.2020.64>

Cortés Recabal J.E. (2010) *La resiliencia: una mirada desde la enfermería*, Rev Ciencia y Enfermería XVI (3): 27-32, 2010 ISSN 0717-2079. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v16n3/art_04.pdf [Consultado el 29 de mayo del 2021].

Dirección General de Epidemiología, Informe Integral de Covid-19 en México 06-2022. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-06-22-Int_COVID-19.pdf.

- Ferro da Silva V. & Cavalcanti T. (2015) *Estrés ocupacional y resiliencia entre los profesionales de la salud* *Psicol. cienc. prof.* 35 (3) • julio-septiembre de 2015 • <https://doi.org/10.1590/1982-370300452014> .
- Fiorentino MT (2008) *La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud*. *Suma Psicol* 2008; 15(1):95-114.
- Fraser, M. W., Kirby, L. D., & Smokowski, P. R. (2004). Risk and Resilience in Childhood. En M. W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood. An ecological perspective* (pp. 13-66). Washington. DC: National Association of Social Workers Press.
- García del Castillo José A. (2012). *Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones*. *Salud y Droga*. 12(2), 133-151 [Fecha de consulta 28 de mayo del 2021]ISSN:1578-5319. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83924965001>.
- Grotberg E., et al (2008) *Resiliencia: Descubriendo las propias fortalezas*, Ed. Paídos, Barcelona, España, p. 23-25.
- Grotberg E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: Cómo superar las adversidades*. Ed. Gedisa, Barcelona, España p. 216.
- Han Y, Yang H. (2020). *The transmission and diagnosis of 2019 novel coronavirus infection disease (COVID-19): A Chinese perspective*. *J Med Virol*. doi: 10.1002/jmv.25749.
- Harris, P. y Middleton, W. (1994). *The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others*. *British Journal of Social Psychology*, 33, 369–386.
- Hochbaum, G. M. (1958). *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Huang C, et al, (2020) Características clínicas de pacientes infectados con el nuevo coronavirus de 2019 en Wuhan, China, *Lancet*; 15;395 (10223): 497-506.
- Izquiero Serrano, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14(5). doi: Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.523>.
- Jenson, J. M., Fraser, M. W. (2011). A Risk and resilience framework for child, youth, and family policy. En J. M. Jenson & M. W. Fraser (Eds.), *Social policy for children and families. A Risk and resilience perspective* (pp. 5-24). U.S.A.: Sage Publications, Inc.

- Kalawski, J. P., & Haz, A. M. (2003). Y... *¿Dónde está la resiliencia? Una reflexión conceptual*. *Interamerican Journal of Psychology*, 37 (2), 365-372.
- Killian, B. (2004). *Risk and Resilience* [Monografía 109]. En R. Pharoah (Ed.), *A generation at risk? HIV/AIDS, vulnerable children and security in Southern Africa* (pp. 33-63). South Africa. Institute for Security Studies. Recuperado de <http://www.issafrica.org/pgcontent.php?UID=1363>.
- Kimball A, Hatfield KM, Arons M y col. (2020) COVID-19 *Investigation Team*. *Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility - King County, Washington*, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020 Apr 3;69(13): 377-381.
- Li C, Ji F, Wang L y col. Wang L, Hao J, Dai M, Liu Y, Pan X, Fu J, Li L, Yang G, Yang J, Yan X, Gu B. (2020) *Transmisión asintomática y de persona a persona del SARS-CoV-2 en un grupo de dos familias, Xuzhou, China*. *Emerg Infect Dis*; 26(7). doi: 10.3201/eid2607.200718.
- Li, H., Zhou, Y., Zhang, M., Wang, H., Zhao, Q., & Liu, J. (2020). *Enfoques actualizados contra el SARS-CoV-2: Agentes antimicrobianos quimioterápicos* 64(6), e00483-20. <https://doi.org/10.1128/AAC.00483-20>
- Manciaux M, Vanistendael S (2003). *La resiliencia: estado de la cuestión. La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa; p. 23.
- Manomenidis G., Panagopoulou E., Montgomery A., *Resiliencia en enfermería: el papel de los factores internos y externos*, 2019 enero;27(1):172-178. doi: 10.1111/jonm.12662. Epub 2018 31 de julio. PMID: 30066352.
- Marriner, Tomey A, Allgood MR. (2006) *Modelos y teoría en enfermería*. 4ª ed. Madrid, España: Hartcourt/Brace; 1999. p. 229-231.
- Masten, A. S., Powell, J. L. (2007). A resilience framework for research, policy, and practice. En S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 1-25).U.S.A.: University Cambridge Press.
- Medina, S. y León, J.M. (2004). *Modelos explicativos de la psicología de la salud*. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera. *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Melillo A, Suárez N, Ojeda E (comp). *Resiliencia descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós; 2001. p. 35-41.
- Meza E. D. (2020) *Percepción del riesgo por SARS-CoV-2 y satisfacción laboral del personal de enfermería en un Hospital Público del Callao, 2020*. Disponible en:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/52881/Meza_EDM-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y [Consultado el día 01 de junio del 2021].

Ministerio de Sanidad de China (2020) *Actualización nº 13. Neumonía por nuevo coronavirus (nCoV) en Wuhan, provincia de Hubei, (China)*. Madrid: Ministerio de Sanidad; (Citado el 15 de abril del 2020). Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/Actualizacion_13_2019-nCoV_China.pdf.

Mota, D. C. G. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & Araujo, S. M. (2006), *Estresse e resiliência em doenças de chagas*. Alethea, (24), 57-68.

Neffa J. (2015), *Los riesgos psicosociales en el trabajo*. Ciudad Autónoma de Buenos aires, ISBN 978-21579-9-9. Centro de Estudios e Investigaciones Laborales CEIL-CONICET. Disponible en: <http://www.ceil-conicet.gov.ar/wp-content/uploads/2015/11/Neffa-Riesgos-psicosociales-trabajo.pdf>

OMS (2020a). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report - 97*. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200621-covid-19-sitrep-153.pdf?sfvrsn=c896464d_2

OMS (2020b), *Casos notificados y defunciones por país, territorio o medio de transporte*. Disponible en: <https://www.worldometers.info/coronavirus/?#countries> . Consultado el 12 de mayo del 2021.

OMS (2020c). *Preparación y respuesta ante emergencias*. [Internet]. [Acceso 10 sep 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/csr/don/17-january-2020-novel-coronavirus-japan-ex-china/es>

OMS (2020d) *Brote de enfermedades por coronavirus (covid-19): Orientaciones para el público*. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public?gclid=CjwKCAjwzMeFBhBwEiwAzwS8zMcZAdFdb_ohIlx8WwhsuqbivQBVmOhcKCvVE1n0aTLdi37KEe_6hRoCAgAQAvD_BwE. [Consultado el día 29 de Mayo del 2021].

Organización Panamericana de la Salud (2020) *Consideraciones de la Organización Panamericana de la Salud con respecto a la propagación del nuevo coronavirus emergente*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; (Citado el 15 de abril del 2020). Disponible en: https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_docman&view=download&alias=153-revisada-consideraciones-de-la-opsncov-china-final&category_slug=technicaldocumentation&Itemid=1094.

- Park M, Cook AR, Lim JT, Sun Y, Dickens BL. A. (2020) *Systematic Review of COVID-19 Epidemiology Based on Current Evidence*. J Clin Med. 31;9(4). doi: 10.3390/jcm9040967.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social Sistemática*. Ed. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia., Barcelona España, pp 25-35.
- Porras P.M., Santacruz H.V., Oliva R.I. (2014) *Percepción de riesgo laboral en profesionales de enfermería en un centro sanitario*, Rev. Enfermería Clínica ISSN:1130-8621, Vol. 24, No. 3, pág. 191-195 (mayo-junio). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-percepcion-riesgos-laborales-profesionales-enfermeria-S1130862113001721>. [Consultado el día 01 de Junio del 2021].
- Potter PA, Perry AG. *Fundamentos de enfermería: teoría y práctica*. 3ª ed. Madrid, España: Mosby/Doyma; 1996. p. 1267.
- Rosenstock, I. (1974). *Historical Origins of the Health Belief Model*. Health Education Monographs, 2(4), 328-335.
- Rutter, M. (2007). *Genetic influences on risk and protection. Implications for understanding resilience*. En S. Luthar (Ed.), Resilience and vulnerability. Adaptation in the context of childhood adversities (pp. 489-509). U.S.A.: University Cambridge Press.
- Rutter, M. (1993). *Resiliencia: algunas consideraciones conceptuales*. Rev. De Salud de adolescente, 14 (8), 626-631
- Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., y Siddique, R. (2020). Infección por COVID-19: origen, transmisión y características de los coronavirus humanos. *Journal of advanced research*, 24, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>
- S.S.A. (2021) *Informe epidemiológico Covid-19*. Disponible en: <https://saludchiapas.gob.mx/262>.
- Su, S., Wong, G., Shi, W., Liu, J., Lai, A. C. K., Zhou, J., Liu, W., Bi, Y., & Gao, G. F. (2016). Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses. *Trends in microbiology*, 24(6), 490–502. <https://doi.org/10.1016/j.tim.2016.03.003>
- UNODC (2020), COVID-19 *El trabajo y los derechos humanos del personal de salud deben ser respetados: ONU México*. [Internet]. [Acceso 10 sep 2020]. Disponible en: https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020_04_COVID19_DDHH_O NUMexico.html [Links].
- Uriarte, J. de D (2006) *Construir la resiliencia en la escuela*. Revista de Psicodidáctica 11(1) 7-23. ISSN: 1136-1034 revista-psicodidactica@ehu.es Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea España

- Valentí, G. (2009). *Factores asociados al logro educativo. Un enfoque centrado en el estudiante. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales*. Recuperado de http://www.enlace.sep.gob.mx/content/ba/docs/2011/Estudio_FLACSO.pdf
- Van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH y col. (2020) *Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1*. *N Engl J Med*. 2020 Mar 17. doi: 10.1056/NEJMc2004973.
- Zhou P., Yang XL., Wang XG, et al (2020) *A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin*. *Nature*; published online Feb 3. DOI:10.1038/s41586-020-2012.

ANEXOS

Apéndice A

INSTRUMENTO PARA LA RECOGIDA DE DATOS

FECHA: _____ FOLIO: _____

CÉDULA DE DATOS PERSONALES

Instrucciones: La información que vierta en el siguiente cuestionario es completamente confidencial y anónima, por lo que solicito su atenta colaboración para contestar el siguiente cuestionario, importante marque con un aspa (X) la respuesta que usted considere correcta solo cuide de marcar una sola respuesta en cada variable.

Edad	
Sexo	Masculino () Femenino ()
Estado Civil	Casado Unión libre () Soltero () Viudo () Divorciado o separado ()
Religión	Católica () Testigo de Jehová () Pentecostés () Adventista () Otras () Especifique _____
Grado académico	Técnico en Enfermería o enfermería general () Licenciado en enfermería () Enfermera (o) especialista () Maestría () Doctorado ()
Turno de trabajo	Matutino ()

	Vespertino () Nocturno () Fin de semana ()
Tipo de contratación laboral	Bolsa de trabajo () Contrato () Homologado () Base () Otros () Especifique_____
Antigüedad laboral	0-4 años () 5-9 años () 10-14 años () 15-19 años () 20 años y más ()

Apéndice B

ESCALA DE RESILIENCIA

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de afirmaciones. Por favor elija como respuesta uno de los números que mejor indique sus sentimientos del recuadro de la derecha, las cuales van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la “7” (totalmente de acuerdo). Puede colocar una X en la respuesta que usted considere.

No deje de contestar ninguna de ellas, sus respuestas son confidenciales.

Muchas gracias por su colaboración.

Haga un círculo en la respuesta adecuada	Totalmente en desacuerdo				Totalmente de acuerdo		
1.-Normalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7
2.-Me siento orgulloso de las cosas que he logrado.	1	2	3	4	5	6	7
3.-En general me tomo las cosas con calma	1	2	3	4	5	6	7
4.-Soy una persona con una adecuada autoestima	1	2	3	4	5	6	7
5.-Siento que puedo manejar muchas situaciones a la vez	1	2	3	4	5	6	7
6.-Soy resuelto y decidido	1	2	3	4	5	6	7
7.-No me asusta sufrir dificultades, porque ya los he experimentado en el pasado.	1	2	3	4	5	6	7
8.-Soy una persona disciplinada	1	2	3	4	5	6	7
9.-Pongo interés en las cosas	1	2	3	4	5	6	7
10.-Puedo encontrar, generalmente, algo sobre lo que reírme	1	2	3	4	5	6	7
11.-La seguridad en mí mismo me ayuda en los momentos difíciles	1	2	3	4	5	6	7
12.-En una emergencia, soy alguien en quien la gente puede confiar	1	2	3	4	5	6	7
13.-Mi vida tiene sentido	1	2	3	4	5	6	7
14.-Cuando estoy en una situación difícil, por lo general puedo encontrar una salida.	1	2	3	4	5	6	7

Apéndice C

ESCALA DE PERCEPCIÓN DE RIESGO DESARROLLADA POR MORTON Y DUCK (2001).

Instrucciones: Por favor, lea las siguientes afirmaciones en el recuadro de la derecha elija como respuesta uno de los números que mejor indique su percepción al riesgo de Covid-19, considerando que 1= Nada 2= Poco 3= Algo 4= Mucho 5= En extremo. Puede utilizar un círculo para encerrar la respuesta que usted considere.

No deje de contestar ninguna de ellas. Sus respuestas son confidenciales. Muchas gracias por su colaboración.

Afirmaciones	Evaluación				
1.- ¿Qué tan importante es el problema de Covid-19 para usted?	1	2	3	4	5
2.- ¿Qué tan preocupado está usted por ser afectado por la Covid-19 en el futuro?	1	2	3	4	5
3.- ¿Qué probabilidad cree usted que existe de que sea realmente afectado por la Covid-19?	1	2	3	4	5
4.- ¿Qué riesgo siente que tiene usted de ser afectado por la Coronavirus?	1	2	3	4	5

Apéndice D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Proyecto: “Grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19, del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19.

Investigador Responsable: L.E. Guadalupe Torres Rodríguez.

Prologo: El interés del estudio es conocer el grado de resiliencia y la relación con la percepción del riesgo del profesional de enfermería que labora en esta institución de salud, por lo que la invitamos a formar parte en esta investigación, que se llevará a cabo por la Lic. Guadalupe Torres Rodríguez, como requisito para acreditar los estudios de Maestría en salud Pública y Sustentabilidad si usted acepta, dará respuesta a las preguntas de los cuestionarios. Antes de decidir si quiere o no participar, necesita saber el propósito y lo que debe hacer después de dar su consentimiento para que usted participe. Este procedimiento se llama Consentimiento Informado, el instructivo le explicará de qué se trata el estudio, si usted decide autorizar su participación, le solicito firme este documento constatando su aprobación.

Propósito del estudio. Determinar el grado de resiliencia y su relación con la percepción de riesgo al Covid-19 del profesional de enfermería que labora en la Clínica de Atención Respiratoria Covid-19.

Motivo: La información que proporcione será de gran utilidad para identificar áreas de oportunidad en los sistemas de salud y con ello determinar opciones de mejora para que el profesional de enfermería amplíe la seguridad en el cuidado y por ende impacte en su propia salud y en la de la población que atiende.

Se le recomienda que por favor lea este formato y haga todas las preguntas pertinentes antes de firmar, para que forme parte del grupo de estudio.

Descripción del estudio / procedimiento: Al participar en este estudio, se le solicitará que responda tres cuestionarios: la Cédula de Datos Personales, seguido de la Escala de Resiliencia y por último la Escala de Percepción de Riesgo, los cuales están integrados para conocer sus datos personales, el grado de resiliencia y la percepción de riesgo. Es una sola sesión, con un tiempo de llenado de 20 minutos, los cuales serán aplicados en un área específica asignada por las autoridades de la institución, dentro de su horario laboral, cuidando en todo momento su privacidad, no identificándolo por su nombre, ni dirección. La información que usted proporcione será resguardada por un año y posterior será destruida en su totalidad.

Es importante mencionar que tendrá la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo considere conveniente. No existen riesgos serios relacionados con la participación de usted en el estudio, sin embargo, en caso de que usted tenga preguntas o dudas puede comunicarse a la Dirección General de Investigación y Posgrado de la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas (UNICACH) ubicada en el Libramiento Norte Poniente Número 1150, Colonia Lajas Maciel, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, con un horario de atención de 8:00 a 16:00 Hrs.

Beneficios esperados: No existe ningún beneficio personal para el que participe. Sin embargo, es importante señalar que, en un futuro con los resultados de este estudio, se fundamente científicamente la resiliencia como una característica primordial y se fomente desde las universidades o instituciones formadoras del recurso humano el desarrollo de este elemento, a fin de acrecentar las competencias, habilidades profesionales y de esta manera mejorar la atención y cuidados que brinda a las personas.

Costos: No hay ningún costo para que participe en el estudio.

Autorización para uso y distribución de la información para la investigación: Recuerde que los cuestionarios que contestarán son anónimos y la información es confidencial. Ninguna información sobre sus respuestas será revelada ya que el cuestionario a responder no solicita su nombre o dirección. Los resultados encontrados serán publicados de manera general en medios de difusión, nunca se presentará información de manera personalizada.

Derecho de Retratar: Su participación como sujeto de estudio en esta investigación es completamente voluntaria, la decisión de participar o no, de ninguna manera afectará su relación actual o futura con la institución a la que pertenece. Si usted decide participar está en libertad de retractarse en cualquier momento sin afectar en nada su derecho como profesional.

Fecha: _____

Consentimiento:

Yo, acepto voluntariamente participar en este estudio y que se colecte información sobre mi persona. He leído la información en este formato y todas mis preguntas han sido contestadas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar mi participación en el momento que así lo decida.

Firma del participante

Firma del Investigador

Testigo

Testigo