

de confianza al 95% (IC 95%). Se estableció el nivel de significación estadística en $p < 0,05$.

Durante el periodo de abril-agosto de 2019, se identificaron 48 nuevos casos de MCP lo que supone una incidencia acumulada de 28 por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 23,2–33,7), frente a 18 casos diagnosticados en mismo periodo de meses en el año 2020, lo que supone una incidencia acumulada de 10,2 por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 7,4–13,8), siendo las diferencias significativas entre ambos periodos ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias entre periodos en relación al sexo, ni tampoco diferencias respecto a la edad. La localización anatómica más frecuente de los melanomas diagnosticados en 2019 fue el tronco (45,8%), mientras que en el año 2020 la localización más frecuente fue el polo cefálico (47,4%) ($p = 0,089$). Atendiendo a las características histopatológicas de los tumores, en el año 2019 el 68,8% de los casos fueron melanomas *in situ* y un 8,3% melanomas de espesor superior a 2 mm, mientras que en el mismo periodo de 2020 el 27,8% fueron melanomas *in situ* y el 38,9% melanomas de más de 2 mm de espesor ($p = 0,001$) (fig. 1). El riesgo de presentar un melanoma grueso en los pacientes del año 2020 respecto al 2019 obtuvo una *odds ratio* de 7 (IC 95%: 1,7–28,2). Al analizar otros hallazgos histopatológicos el 7,1% de los melanomas mostraron ulceración en el periodo 2019 respecto al 21,4% durante el periodo 2020 ($p = 0,596$) y el 42,9% presentaron mitosis en el periodo 2019 respecto al 75% durante el periodo 2020 ($p = 0,209$).

El principal hallazgo que hemos detectado es el importante descenso de nuevos diagnósticos de MCP durante la pandemia, respecto al mismo periodo del año 2019 (62%). Este descenso en el diagnóstico ha recaído fundamentalmente en las formas *in situ*. Así mismo se ha producido un incremento exponencial en el diagnóstico de melanomas gruesos respecto al mismo periodo de 2019, con un riesgo 7 veces superior de presentar un melanoma grueso durante la pandemia (OR: 7). El melanoma grueso lleva consigo, además, la presencia de otros factores predictores de mal pronóstico como son la localización en polo cefálico, la ulceración y la presencia de mitosis, aunque no hubo significación estadística al comparar estos hallazgos con los del periodo de 2019. Este incremento en el diagnóstico de melanomas gruesos no solo tiene implicaciones sobre la supervivencia, sino también sobre los costes sanitarios que esto conlleva y que incluyen las pruebas de imagen

para estadificación y seguimiento, así como el tratamiento adyuvante.

El confinamiento obligatorio de la población en todo el territorio nacional durante el estado de alarma, el miedo al contagio y las dificultades de acceso a la atención primaria como consecuencia del colapso de los servicios de salud posiblemente han sido factores determinantes que han condicionado que los pacientes no acudan al hospital o lo que hagan con retraso. Por ello, resulta imprescindible restaurar la atención presencial en atención primaria y reducir las barreras de accesibilidad al especialista empleando herramientas telemáticas eficaces y eficientes como la tele dermatología^{4,5}.

Bibliografía

1. Phelan A, Katz R, Gostin L. The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. *JAMA*. 2020;323:709.
2. Tejera A, Nagore E. Estimated effect of COVID-19 lockdown on melanoma thickness and prognosis: A rate of growth model. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020;34:351–2.
3. Tejera A, Cañueto J, Toll A, Santos-Juanes J, Jaka A, Ferrándiz C, et al. Estimación del efecto en el tamaño y la supervivencia de los tumores cutáneos debido al confinamiento por COVID-19: modelo basado en un crecimiento exponencial. *Actas Dermosifiliogr*. 2020;111:629–38.
4. Moreno D, Ferrándiz L, Nieto A, Carrasco R, Moreno P, Galdeano R, et al. Store-and-forward teledermatology in skin cancer triage. Experience and evaluation of 2009 teleconsultations. *Arch Dermatol*. 2007;143:479–84.
5. Millán JF, Herrera R, Rivas F, García P, García P, Pozo F, et al. Impact of a community intervention for early skin cancer diagnosis implementing teledermatology. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2020;28:75–9.

María Inés Fernández Canedo^{a,*}, Magdalena de Troya Martín^a y Francisco Rivas Ruíz^b

^a Servicio de Dermatología, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

^b Unidad de Investigación, Agencia Sanitaria Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: inesbier@gmail.com (M.I. Fernández Canedo).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.12.011>

0025-7753/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Salud mental y capital psicológico en profesionales sanitarios españoles durante la pandemia de COVID-19



Mental health and psychological capital among Spanish health care workers during COVID-19 pandemic

Sr. Editor:

Estudios previos realizados durante la pandemia de COVID-19 en otros países han mostrado un incremento de los síntomas asociados con problemas de salud mental en profesionales sanitarios¹. La mayor parte de estos estudios se han centrado en factores de riesgo y un menor número en factores protectores. Adicionalmente, una gran parte de ellos han sido realizados en el extranjero.

Por todo ello, en este trabajo nos proponemos estudiar la prevalencia de problemas de salud mental en una muestra de profesionales sanitarios españoles, y los factores de riesgo asociados, así como conocer si el capital psicológico o alguno de sus factores funciona como recurso protector en el contexto de la pandemia.

Con este fin, se diseñó una encuesta, que se hizo llegar mediante medios electrónicos. La muestra fue recogida mediante un procedimiento de *snowball sampling* y estuvo constituida por 294

profesionales sanitarios en contacto con pacientes infectados por SARS-CoV-2.

Para estudiar la prevalencia de problemas de salud mental se utilizó el *General Health Questionnaire* (GHQ), en su versión de 12 ítems. El alfa de Cronbach fue de 0,857. Para la corrección de la prueba, se utilizó la puntuación GHQ, más adecuada cuando el objetivo es diagnosticar casos. Siguiendo las recomendaciones de Goldberg et al. (1998)², y considerando que la media del presente trabajo es de 4,73, se estableció el punto de corte en 3. Para la medición del capital psicológico se utilizó la escala de capital psicológico³, una escala de 16 ítems, que consta de 4 factores: resiliencia (alfa = 0,684); esperanza (alfa = 0,809); optimismo (alfa = 0,705) y autoeficacia (alfa = 0,779). La recogida de datos tuvo lugar durante el periodo de confinamiento (abril de 2020).

Los resultados muestran que el 74,9% de los participantes presenta puntuaciones GHQ ≥ 3 . Las principales características de la muestra pueden observarse en la tabla 1. Los síntomas informados con mayor frecuencia fueron: sentirse constantemente agobiado o en tensión (94,5%) y perder mucho sueño debido a las preocupaciones (82,6%). Se identificaron los siguientes factores de riesgo: ser un profesional joven, no cumplir siempre o casi siempre las medidas de distanciamiento social (OR: 2,885; IC 95%: 1,257–14,238; $p = 0,020$) y no cumplir un confinamiento estricto (OR: 2,885; IC

Tabla 1
Modelos de regresión logística binaria sobre la salud mental

Punto de corte		GHQ ≥ 3			GHQ ≥ 6		
Variable	Porcentaje	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Género							
Varón	21,1	0,592	0,323–1,088	0,091	0,386	0,198–0,752	0,005
Mujer	78,9	REF			REF		
Edad							
Entre 18 y 29 años	4,8	5,000	1,021–24,476	0,047	0,975	0,266–3,568	0,969
Entre 30 y 60 años	76,5	3,073	1,654–5,708	0,000	1,594	0,839–3,029	0,154
Mayor de 60 años	18,7	REF			REF		
Estado civil							
Casado	72,1	REF			REF		
Divorciado	10,2	0,838	0,362–1,937	0,679	1,996	0,913–4,363	0,083
Sin pareja (soltero o viudo)	17,7	1,508	0,709–3,205	0,286	1,106	0,586–2,087	0,775
Enfermero							
Sí	32	REF			REF		
No	68	0,713	0,98–1,277	0,255	1,424	0,843–2,406	0,187
Nivel educativo							
Superior	73,8	REF			REF		
Medio	19	1,528	0,741–3,151	0,251	1,912	1,046–3,493	0,035
Secundarios	6,5	1,400	0,447–4,391	0,564	3,655	1,378–9,698	0,009
Primarios	0,7	0,373	0,023–6,067	0,489	2,132	0,131–34,604	0,594
Profesional de salud mental							
Sí	7,2	REF			REF		
No	92,8	0,902	0,319–2,552	0,845	0,564	0,227–1,403	0,218
Enfermedades médicas							
Sí	23,6	REF			REF		
No	76,4		0,616–2,083	0,687	1,833	0,315–0,945	0,031

GHQ: General Health Questionnaire; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; REF: categoría de referencia.

95%: 1,174–7,085; $p=0,021$). Sin embargo, el uso de guantes, el lavado de manos y el uso de la mascarilla no se encontraron asociados. Respecto a los factores asociados con puntuaciones GHQ ≥ 6 y, por tanto, con presentar una mayor sintomatología, una mayor proporción de mujeres que de varones y de individuos con enfermedades médicas con riesgo ante la COVID-19 la presentan. También, aquellos con estudios medios o secundarios. El resto de factores no se encuentran significativamente asociados (tabla 1).

Para conocer si el capital psicológico funciona como factor protector, se realizó un modelo de regresión logística binaria, dividiendo a los sujetos en aquellos con puntuaciones GHQ ≥ 3 y aquellos con puntuaciones inferiores. Los resultados muestran que los factores de resiliencia ($B=-0,226$; $p=0,002$) y optimismo ($B=-0,282$; $p=0,003$) se asocian negativamente y de forma significativa, mientras que la autoeficacia no se encuentra significativamente asociada ($B=-0,038$; $p=0,660$). La esperanza, por su parte, se encuentra positivamente asociada ($B=0,411$; $p=0,003$). El estadístico de Hosmer-Lemeshow no muestra evidencias de falta de ajuste del modelo ($\chi^2=11,585$; $gl=8$; $p=0,77$).

La prevalencia de problemas de salud mental en la muestra fue del 74,9%, una prevalencia alta y superior a la informada en estudios anteriores al inicio de la pandemia, realizados tanto en España⁴ como en el extranjero⁵. Los factores de riesgo identificados fueron: ser un profesional joven y no cumplir siempre o casi siempre con las medidas de distancia social y de confinamiento. Asimismo, los factores de resiliencia y optimismo se asociaron con menores probabilidades de desarrollar problemas de salud mental, por lo que podría ser interesante potenciarlos.

Como conclusión, los resultados de este trabajo claramente apuntan a la necesidad de cuidar de la salud mental de los sanitarios, sobre todo de los profesionales más jóvenes y de aquellos que por su trabajo no puedan cumplir con las medidas de distan-

cia social ni con un confinamiento estricto. El capital psicológico y concretamente, los factores de resiliencia y optimismo funcionaron como factores protectores, por lo que podría ser interesante potenciarlos.

Bibliografía

- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. JAMA Netw Open. 2020;3, <http://dx.doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>, e203976-e203976.
- Goldberg DP, Ormel J, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. Psychol Medicine. 1998;4:915–21.
- Omar A, Saleesi S, Urteaga F. (2014) Diseño y validación de la escala CapPsi para medir capital psicológico. Liberabit. 2014;2:315–23.
- Sánchez-Uriz MA, Gamo MF, Godoy FJ, Igual J, Romero A. ¿Conocemos el bienestar psicológico de nuestro personal sanitario? Rev Cal Asist. 2006;4:194–8.
- Fu A, Liu B, Jiang Y, Zhao J, Zhang G, Liu J. A mental health survey of different ethnic and occupational groups in Xinjiang China. Int J Environ Res Public Health. 2017;1:46, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph14010046>.

Marta Rodríguez-Jiménez^{a,*}, Eloísa Guerrero-Barona^a
y Andrés García-Gómez^b

^a Departamento de Psicología y Antropología, Universidad de Extremadura, Badajoz, España

^b Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de Extremadura, Cáceres, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.rodriguez.jimenez@gmail.com
(M. Rodríguez-Jiménez).

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.12.008>

0025-7753/ © 2021 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.