



**Facultad de Filosofía, Letras  
y Ciencias de la Educación**

**Tema:**

**“Estrés y síntomas clínicos en los internos de medicina del  
Hospital Homero Castanier Crespo (Azogues).”**

**Trabajo previo a la obtención del título de: Psicóloga Clínica**

**Autoras:**

Valeria Patricia Carrión Rivas  
María de los Ángeles Urgilés González

**Director:**

Mst. Sebastián Herrera Puente

**Cuenca – Ecuador  
2019**

## **DEDICATORIA**

A mi mamá por nunca dejarme sola y confiar en mí, es mi forma de pago por el apoyo que siempre me ha dado, te lo dije mami que aprovecharía todo el esfuerzo que hiciste, esta es la recompensa.

A mi esposo y mis hijos porque es mi manera de enseñarles que con esfuerzo, dedicación y humildad se consigue las metas que se propone, su amor y sonrisas me ayudaron a que no me diera por vencida.

A mi abuelita (Martita) por ser como mi segunda mamá y ser un ejemplo a que no importa la edad para ser un profesional de bien.

**Valeria Patricia Carrión Rivas**

## **DEDICATORIA**

A mis dos ángeles terrenales, los más perfectos que Dios pudo crear, mis abuelitos Luisa y Segundo, este triunfo es enteramente suyo, a todo el amor y la entrega recibida a lo largo de mis días, su perseverancia y confianza hacia mí merecían ser recompensados.

A mi hijo, José Ricardo, el mejor regalo de Dios y la razón de mi existencia “Te Amo”.

A mi esposo, porque eres la cordura a mi locura, gracias mi compañero, mi amigo, mi todo.

A mis angelitos gatunos, quienes fueron mis compañeros de estudio.

**María de los Ángeles Urgilés González**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecer a Dios por darme salud y permitir que disfrute de este sueño tan anhelado. A mi mamá por siempre estar conmigo en todo momento, por ser padre y madre para darme lo mejor, por haberme dejado crecer como persona, pero sobre todo por darme ese apoyo fundamental que necesite para culminar mis estudios ya que sin eso no lo estuviera logrando.

A mi esposo y mis hijos por ser mi fuerza y motivación para seguir cumpliendo mis metas, les agradezco por toda la paciencia que me tuvieron, por los incentivos para que no me rinda, no cabe duda que Uds. junto con mi madre son los mejor que tengo en mi vida.

A los profesores ya que con sus conocimientos me ayudaron a crecer a nivel profesional y personal, pero especialmente la gratitud a mi director de tesis Mst. Juan Sebastián Herrera Puente, ya que incondicionalmente se mostró siempre presto a brindarme su ayuda, y por la paciencia para ser nuestra guía en esta investigación.

A todo el personal que labora en el Hospital Homero Castanier Crespo por darnos la apertura para realizar este trabajo y a mi compañera de tesis porque hicimos un buen trabajo en equipo.

**Valeria Patricia Carrión Rivas.**

## **AGRADECIMIENTO**

Primeramente, agradecer a mi Dios y a mi Virgencita de la Nube por darme salud, el valor y la sabiduría necesarios para poder culminar mis estudios.

A mis abuelitos, mi guía, mi ejemplo, GRACIAS, no me va a alcanzar la vida para pagarles todo lo que han hecho por mí.

A mi padre, por el apoyo que me ha brindado y su amor desinteresado.

A mi esposo José y mi hijo José Ricardo, ustedes son la luz que le dan valor a mis días y mis noches.

A mi prima Miriam, por siempre estar pendiente y ayudarme a salir adelante, a mi suegra, por todo su apoyo y cariño, a toda mi familia y amigos que nunca dejaron de creer en mí.

A todos mis profesores, excelentes profesionales y personas sin igual, siempre prestos a dar lo mejor de sí con el fin de formar no solo psicólogos sino humanizar a los mismos, un profundo agradecimiento a nuestro director de tesis Mst. Juan Sebastián Herrera Puente, quien nos brindó su ayuda en todo momento, compartiendo siempre su gran conocimiento y guiándonos incondicionalmente en nuestra investigación.

A mi compañera de tesis, gracias porque hemos aprendido de esta experiencia que nos unió, formando un gran equipo. Finalmente, a todo el personal que labora en el Hospital Homero Castanier Crespo por toda la apertura brindada que nos permitió desarrollar nuestro trabajo investigativo.

**María de los Ángeles Urgilés González.**

## **RESUMEN:**

La presente investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de estrés y síntomas clínicos en una población de 60 internos de medicina del Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Para este propósito se utilizaron el inventario de síntomas clínicos SCL90-R y el Perfil de Estrés.

Los resultados indicaron que el (16,7%) de los internos evaluados presentaron Estrés. En lo que se refiere a los síntomas clínicos, los internos de medicina obtuvieron puntuaciones significativas en todas las dimensiones lo cual indica cierta vulnerabilidad a presentar sintomatología que puede ser tomada en cuenta, de los cuales los síntomas con mayor frecuencia son: Somatizaciones (16,6%), Ansiedad Fóbica (15%) y Depresión (13,4%).

**Palabras Clave:** estrés, síntomas clínicos, internos de medicina.

## ABSTRACT:

### ABSTRACT

The objective of this research was to determine the level of stress and clinical symptoms in a population of 60 medical interns from “Hospital Homero Castanier Crespo”, Azogues. To accomplish the objective of this study, the Stress Profile and the SCL90-R inventory of symptoms were applied. The results indicate that 16.7% of the evaluated interns suffer from stress. The medical interns obtained significant scores in all the dimensions referring to clinical symptoms, which shows certain vulnerability to presenting a symptomatology that can be taken into account. The most frequent symptoms are Somatizations (16.6%), Phobic Anxiety (15%) and Depression (13.4%).

**Keywords:** Stress, clinical symptoms, medical interns.



A handwritten signature in blue ink, consisting of a series of loops and curves, is positioned above the translator's name.

Translated by

Ing. Paúl Arpi

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	II-III
Agradecimiento.....	IV-V
Resumen.....	VI
Abstrac.....	VII
Introducción.....	1

### Capítulo I

1. Estrés: conceptos básicos.....	2
1.1. Historia.....	2
1.2. Definición.....	2
1.3. Fases del Estrés.....	3
1.4. Respuestas del organismo al Estrés.....	3
1.5. Consecuencias del Estrés.....	4
1.6. Factores que modulan el Estrés.....	4
1.7. Tipos de Estrés.....	4
1.8. Estrés laboral.....	5
2.1. Síntomas Clínicos.....	6
2.2. Somatizaciones (SOM).....	7
2.3. Obsesiones y Compulsiones (OBS).....	7
2.4. Sensitividad Interpersonal (SI).....	8
2.5. Depresión (DEP).....	8-10
2.6. Ansiedad (ANS).....	10-11
Teorías de la Ansiedad.....	11
Ansiedad según Sigmund Freud.....	11
Ansiedad en la terapia Gestalt.....	11-13
Tipos de Ansiedad: ansiedad generalizada.....	13-14
Ansiedad en los internos de medicina.....	14-15
2.7. Hostilidad (HOS).....	16
2.8. Ansiedad Fóbica (FOB).....	16
2.9. Ideación Paranoide (PAR).....	17
2.10. Psicoticismo (PSIC).....	17

### Capítulo II

2. Metodología.....	18
2.1. Tipo y alcance.....	18
2.2. Procedimiento.....	18
2.3. Participantes.....	18-19
2.4. Instrumentos.....	19
2.5. Objetivos.....	20
2.6. Análisis de datos.....	20

Capítulo III	
3. Resultados.....	21
Capítulo IV	
4. Discusión.....	55-58
Conclusiones.....	59
Recomendaciones.....	60
Bibliografía.....	61-65
Anexos.....	66-79

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Variables Sociodemográficas.....	21
<b>Tabla 2:</b> Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Inventario de Síntomas SCL-90.....	22-23
<b>Tabla 3:</b> Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Inventario de Síntomas SCL-90.....	24
<b>Tabla 4:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.....	25
<b>Tabla 5:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.....	26
<b>Tabla 6:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.....	27
<b>Tabla 7:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.....	28
<b>Tabla 8:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.....	29
<b>Tabla 9:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.....	30
<b>Tabla 10:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.....	31
<b>Tabla 11:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.....	32
<b>Tabla 12:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.....	33
<b>Tabla 13:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.....	34
<b>Tabla 14:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.....	35
<b>Tabla 15:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.....	36
<b>Tabla 16:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.....	37
<b>Tabla 17:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.....	38
<b>Tabla 18:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.....	39
<b>Tabla 19:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.....	40
<b>Tabla 20:</b> Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.....	41
<b>Tabla 21:</b> Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.....	42
<b>Tabla 22:</b> Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.....	43

<b>Tabla 23:</b> Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.....	44
<b>Tabla 24:</b> Resultados del Perfil de Estrés y Edad.....	45
<b>Tabla 25:</b> Resultados del Perfil de Estrés y Sexo.....	46
<b>Tabla 26:</b> Resultados del Perfil de Estrés y Estado Civil.....	47
<b>Tabla 27:</b> Resultados del Perfil de Estrés y Rotación.....	48
<b>Tabla 28:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	49
<b>Tabla 29:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	49
<b>Tabla 30:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	50
<b>Tabla 31:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	50
<b>Tabla 32:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	51
<b>Tabla 33:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	51
<b>Tabla 34:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	52
<b>Tabla 35:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	52
<b>Tabla 36:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	53
<b>Tabla 37:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	53
<b>Tabla 38:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	54
<b>Tabla 39:</b> Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.....	54

## Introducción

El estrés es la respuesta automática del organismo ante una circunstancia que resulta amenazante o desafiante. Esta palabra ya había sido incluida en la medicina en la década de los 20 por Walter Cannon.

Los profesionales que trabajan en la salud, en especial los internos de medicina es una población de alto riesgo para desarrollar estrés y diferentes problemas psicológicos tales como depresión, ansiedad, etc. A pesar que son estudiantes que cursan el último año de la carrera su trabajo es similar al de un médico por lo se ven expuestos al sufrimiento, miedo, angustia o problemas de los pacientes y familiares, e incluso la muerte, además la sobrecarga laboral, horarios no fijos, insuficiente remuneración, maltratos de parte de superiores, trato con pacientes problemáticos son factores estresantes que deben tolerar (Suca-Saavedra, y López-Huamanrayme, 2016).

La presente investigación es un estudio no experimental de corte transversal. Su alcance es descriptivo, debido a que se buscará determinar los niveles de estrés y síntomas clínicos tales como: se considera importante determinar los niveles de estrés y síntomas clínicos tales como: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicosis, tomando como muestra a un grupo de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo. Las actividades que se desarrollaran para lograr con el objetivo expuesto son la aplicación del test Inventario de síntomas (SCL90-R) y el test Perfil de estrés.

Dentro de los resultados indicaron que el 16,7% de los internos evaluados presentaron estrés. Con respecto a los síntomas clínicos, los internos de medicina obtuvieron puntuaciones significativas en todas las dimensiones lo cual indica cierto riesgo a presentar problemas psicológicos. Finalmente, en nuestra investigación, podemos decir que son los internos en la edad de 23 años, de sexo femenino, de estado civil soltero y realizando la rotación de clínica y cirugía, quienes obtuvieron las puntuaciones más elevadas.

# CAPÍTULO I

Este capítulo muestra el marco conceptual necesario para comprender la información sobre el estrés y síntomas clínicos en internos de medicina ofreciendo una perspectiva de la investigación por medio de una exploración bibliográfica.

## **1. Estrés: conceptos básicos**

### **1.1. Historia**

El término estrés aparece en publicaciones del siglo XIV para decir dureza, tensión adversidad. En el campo de la física es usado para explicar a la fuerza generada en el interior del cuerpo como consecuencia de la aplicación de una fuerza externa que tiende a cambiarlo.

Posteriormente, a finales del siglo XIX fue Hans Selye quien introdujo el concepto de estrés en la medicina. Unos años después Walter Cannon da vitalidad al concepto definiendo al estrés como una perturbación de la homeostasis ante distintos estímulos (Elena, 2002).

### **1.2. Definición**

La palabra estrés viene de la palabra griega stringere, y significa “provocar tensión”. Varios autores definen al estrés de la siguiente manera. Según Hans Selye (1936) “Es la respuesta inespecífica del organismo ante cualquier exigencia”.

El estrés se da cuando un individuo reconoce una situación como desafiante cuya dimensión sobrepasa su capacidad de afrontamiento (Naranjo, 2009). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como “El conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción”.

También el estrés es definido como un medio que integra tanto los estresores como las respuestas a los mismos, a su vez añade la interacción entre la persona y el entorno (Lazarus, y Folkman, 1986). Por lo tanto, el estrés es una respuesta natural de nuestro organismo ante acontecimientos que nos puede resultar como amenaza o peligro.

### **1.3. Fases del estrés**

Se conoce que el pionero Hans Selye (1936) dio origen al concepto de estrés lo que posteriormente lo llamaría como Síndrome General de Adaptación. El mismo que ante un acontecimiento de amenaza para su equilibrio, el organismo produce una respuesta con la finalidad de poder adaptarse.

De acuerdo con este modelo el estrés se divide en tres fases:

5. Fase de alarma se da cuando la persona percibe la amenaza, se pone en estado de alerta, es decir, experimenta un aumento de la frecuencia cardiaca, tensión muscular etc.
6. Fase de Resistencia o Adaptación es cuando el organismo intenta superar al estresor ya sea resistiéndose o adaptándose.
7. Fase de Agotamiento, el organismo no logra un equilibrio adecuado por lo que conlleva a la sintomatología tales como insomnio, fatiga, falta de concentración etc.

### **1.4. Respuestas del organismo al estrés**

Existen mecanismos determinados en los cuales nuestro organismo responde a las diferentes situaciones de peligro. Después que las personas identifiquen la señal de amenaza, hay tres ejes que se activa como reacción de estrés: el sistema nervioso, el neuroendocrino, endocrino (Camargo, 2004).

- a) El sistema nervioso autónomo es el primero en activarse, una vez identificada la amenaza, tiene como consecuencia: paralización, aumento de tono muscular, shock etc.
- b) El sistema neuroendocrino, necesita que el estímulo estresor se presenten de forma prolongada, durante un periodo de tiempo más largo.
- c) El eje endocrino se activa de forma lenta, puede tener efectos variables en el organismo, pero los más destacados son los de tipo psicológico, como síntomas depresivos, de ansiedad o la sensación de miedo.

Por otro lado, otro autor refiere sobre las respuestas al estrés dividiéndolas en tres factores: emocionales, cognitivos y comportamentales. Con respecto a los primeros sus respuestas son bajo estado de ánimo, desesperanza, tensión, pérdida de autoestima etc.; en lo cognitivo se da falta de concentración, olvidos, confusiones, dificultad en la toma de decisiones.

En último lugar como elementos conductuales esta la risa nerviosa, morderse las uñas, desorganización alimentaria, habla entrecortada entre otros (Naranjo, 2009).

### **1.5. Consecuencias del estrés**

Comúnmente este fenómeno puede tener como resultado problemas de ansiedad, depresión, alteración en el estado de ánimo, complicaciones en el peso, concentración.

### **1.6. Factores que modulan el estrés**

El estrés es uno de los problemas que comúnmente padecen las personas, por lo que es importante conocer que factores nos ayudan para manejarlo mejor esta condición (Camargo, 2004).

- 1) Tipo de personalidad: existen dos tipos de personalidad que la persona debe hacer frente al estrés, Tipo A (débil ante el estrés) y Tipo B (Resistente al estrés); en cuanto al primero las características más relevantes es la impaciencia, expresión facial tensa, se queja con frecuencia, mientras que el tipo B es una persona calmada, expresión relajada etc.
- 2) Actitud positiva: el ser asertivo o expresar sus sentimientos sin ocasionar daño a los demás permite que el sujeto no vea una tragedia en cada problema.
- 3) Tener buen ambiente social: el ser escuchados y recibir consejos de familiares y amistades contribuye a que nos enfrentemos mejor a las situaciones estresantes.
- 4) Tener el control sobre los acontecimientos: consiste en practicar habilidades de afrontamiento que nos hace responsabilizarnos por nuestros actos y así sentir menos estrés.

### **1.7. Tipos de estrés**

De acuerdo con el modelo de Hans Selye hay dos tipos de estrés: eutrés, distrés.

El primero se lo conoce como estrés positivo, en este es necesario mantenerlo en un nivel adecuado ya que es primordial para la supervivencia, desarrollo personal, además que ayuda para superar obstáculos, mejorar en la toma de decisiones y mantener un rendimiento excelente en las actividades diarias; es por eso que las personas que mantienen un estrés positivo se caracterizan por ser creativos, satisface ante el estresor y permanece en un equilibrio adecuado.

El segundo es un estrés dañino, el mismo que puede generar enfermedades mentales; los efectos se notan en etapas prenatales en las cuales puede impedir la androgenización del feto. Se debe tomar en cuenta que todas nuestras emociones y comportamientos tienen un impacto fundamental en nuestro organismo por lo tanto se sabe que el estrés puede enfermar a la persona debido a que produce gran impacto en los distintos aparatos hormonales, musculares, digestivos, de nuestro cuerpo (Camargo, 2004).

### **1.8. Estrés laboral**

El estrés laboral o también conocido como síndrome de burnout se conoce como el desgaste emocional en el que las personas llegan a un estado de displacer o malestar como resultado de realizar un tipo de trabajo. Este problema puede ser dañino para la vida física y psíquica de los individuos.

Se sabe que este síndrome tiene mayor prevalencia en los profesionales cuyo propósito es trabajar con personas, por ejemplo: médicos, psicólogos, profesores, etc (C. Athié Gutiérrez et al., 2016).

Autores como Freudenberger lo definen como una sensación de fracaso que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o capacidades del trabajador. Mientras Maslach explica que este síndrome se integra por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

El primero se caracteriza por la pérdida de energía entre el trabajo acabado y el agotamiento experimentado. El segundo se da por la expresión de sentimientos de angustia, impotencia lo que hace relacionarse la depresión y hostilidad hacia el medio. Por último, la baja realización personal hace que las personas que padecen de este problema se alejen de todas las actividades psicosociales. (Ortega, Ortiz, y Martínez, 2014).

Finalmente, los estresores puede ser cualquier situación o experiencia que provoque emociones negativas en las personas, por ejemplo:

- Ambiente laboral inadecuado y/o incómodo.
- Sobrecarga de trabajo.
- Horario de trabajo excesivo y/u horarios rotativos.
- Discriminación
- Fracaso y competitividad profesional.
- Mala relación con los jefes

## 2.1 Síntomas Clínicos

El personal médico generalmente se encuentra expuesto a múltiples manifestaciones tanto físicas como psíquicas cuando el cuerpo experimenta un cambio, algún tipo de alteración en su funcionamiento normal, al ser una profesión que requiere máxima concentración y una capacidad de adaptarse día con día a las exigencias de colegas y pacientes, la presión se eleva a niveles muy altos en los que muchas veces el colapso mental y corporal es inevitable (Castillo, Orozco, & Alvis, 2015).

Se ha reportado que una fuente de insatisfacción en médicos residentes se relaciona con situaciones ambientales, tales como la excesiva demanda asistencial inherente al trabajo en una institución pública de salud o desempeñar actividades consideradas impropias para su calidad de médicos en adiestramiento (mensajero, camillero, secretario, etcétera) (Jiménez, López, Arenas, & Ulises, 2015).

De las diversas manifestaciones existentes, resultan de importancia la depresión y la ansiedad, ya que son meritorias de tratamiento si forman parte de un trastorno mental, independientemente de que sean desencadenadas por situaciones de estrés grave en su ambiente de formación (Jiménez, López, Arenas, & Ulises, 2015).

En médicos residentes las prevalencias de depresión y ansiedad reportadas presentan rangos, los reportes en unidades médicas de alta especialidad (UMAE) del IMSS van de 25 % a 79.6 % para depresión y 39 % a 69.9 % para ansiedad, 16,6 con mayor prevalencia de depresión en residentes de segundo año. Otros estudios nacionales e internacionales reportan prevalencias de depresión de 47.5 % y 20 %, respectivamente (Jiménez, López, Arenas, & Ulises, 2015).

En un estudio en el que participaron médicos residentes de primer y segundo año inscritos en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), se utilizó El Symptom Check List 90 R (SCL-90-R) (Vargas, Moheno, Cortés, & Gerhard, 2015). La sintomatología que predominó fue la de sensibilidad interpersonal, que consiste en tener sentimientos de inferioridad y dificultad durante la interacción interpersonal; asimismo, la sintomatología de hostilidad e ideación paranoide fueron importantes. Tyssen et refieren que los residentes presentan índices altos de depresión y ansiedad a diferencia con lo reportado en este estudio. Esto se debe al tipo de instrumento que utilizaron: “malestar psicológico”, mas no sintomatología psiquiátrica específica como es el caso del SCL-90 (Vargas, Moheno, Cortés, & Gerhard, 2015).

## 2.2. Somatizaciones (SOM)

De un modo genérico, el término somatización se refiere a quejas físicas que ocasionan malestar, en ausencia de hallazgos clínicos que permitan justificar una causa orgánica (Pascual & Cerecedo Pérez, 2015).

El concepto de somatización tiene tres componentes:

- **Experiencial:** síntomas que experimenta el sujeto.
- **Cognitivo:** es la interpretación que el paciente hace de sus síntomas. En general, interpreta la somatización en el contexto de una enfermedad amenazante no detectada.
- **Conductual:** la persona busca un diagnóstico y un tratamiento médico de forma persistente.”

En un estudio realizado en la facultad de medicina de la UNAM se concluyó que los estudiantes de medicina presentan respuestas mayores en sintomatología psiquiátrica, en las escalas de somatización, ansiedad, fobia y sensibilidad interpersonal (Heinze, Vargas, y Cortés, 2008).

## 2.3. Obsesiones y Compulsiones (OBS)

Es importante diferenciar la obsesión de una compulsión debido a que una persona puede presentar una de las dos o ambas y a su vez se debe tomar en cuenta que se puede volver un trastorno. A la obsesión se conoce como pensamientos, imágenes reiteradas que son percibidas como inapropiadas ocasionando un malestar. Dentro del contenido de las obsesiones las muy comunes en presentar son de contaminación (dar la mano), dudas repetidas (si se cerró la puerta) etc. Mientras que una compulsión es destinada a disminuir la angustia o malestar que ocasiona la circunstancia, entre las más frecuentes son rituales mentales, repetir acciones, limpiar y comprobar (Ibáñez, Olmedo, Peñate, y González, 2002).

Por consiguiente, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se ha definido como una enfermedad de origen heterogéneo que se caracteriza por la existencia de pensamientos obsesivos y comportamientos compulsivos que producen angustia y alteran la vida diaria. Suele coexistir con alteraciones del estado de ánimo, ansiedad, alteraciones de la atención, del aprendizaje y tics (Rodríguez, 2018).

Además, para que pueda diagnosticarse el TOC, la persona ha tenido que reconocer en algún momento que sus obsesiones o compulsiones son excesivas o irrazonables. Existe un estudio de la facultad de medicina de la UNAM cuyo objetivo fue establecer un

diagnóstico de la salud mental y los rasgos de personalidad de los estudiantes de medicina se puede concluir que la sintomatología psiquiátrica que presentaron fue: obsesión-compulsión, depresión y ansiedad (Heinze, Vargas, y Cortés, 2008).

#### **2.4. Sensitividad Interpersonal (SI)**

Al referirse a este término, algunos autores lo describen como “sentimientos de inadecuación e insuficiencia personal, en especial al compararse con otras personas (autocensura, incomodidad y malestar en las interacciones sociales)” (Oscar & Ledesma, 2009).

De acuerdo con el inventario SCL90-R se focaliza en detectar la presencia de sentimientos de inferioridad e inadecuación, en especial cuando la persona se compara con sus semejantes.

Por otro lado, en el estudio realizado con los estudiantes de medicina de la facultad de medicina de la UNAM hubo diferencias en las siguientes sintomatologías por orden de importancia: fobia, sensibilidad interpersonal, somatización, ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y psicoticismo (Heinze, Vargas, y Cortés, 2008).

#### **2.5. Depresión (DEP)**

Depresión es un trastorno que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, sentimientos de culpa, falta de interés, e incluso ideación suicida; esta enfermedad puede poner en riesgo la vida de las personas, en el caso de los profesionales de salud se vuelve más grave debido a que su rendimiento laboral puede disminuir y la atención con los pacientes se viera perjudicada.

La depresión en los internos de medicina ha sido relacionada con la falta de empatía con el paciente y deterioro en la calidad de atención médica (Palmer, Prince , Medina, & López, 2016).

En los internos de medicina, una población bastante vulnerable con mayor incidencia en trastornos mentales, al parecer son pocos los internos que exteriorizan su sentir y reflejan lo que sucede en su interior. “La mayoría de médicos les resulta complicado pedir ayuda y, en muchos casos, procuran ocultar su sufrimiento mental hasta que es incapacitante o se producen consecuencias negativas” (Aemppi, 2017).

Por otro lado, estudiar medicina conlleva muchas horas de sacrificio, desde que la persona empieza la universidad hasta que llega al año de internado, pasa por todo un proceso de aprendizaje con el cual adquiere nuevos conocimientos y cambios en su estilo de vida que muchas veces terminan por entristecer y frustrar al alumno al grado de generar depresión “varios estudios han demostrado que estudiar medicina, al igual que otras profesiones sanitarias, se asocia a múltiples riesgos para la salud, como las condiciones de trabajo que propician con frecuencia la fatiga, el aislamiento, el estrés, el *burnout* o la depresión” (Aemppi, 2017).

Además, en un estudio por la *Journal of the American Medical Association* (JAMA), se evidencio que el 27% de los estudiantes de Medicina sufren depresión o tienen síntomas de ella, y el 11% informó pensamientos suicidas concluyendo que son más propensos a tener depresión que la población general (Aemppi, 2017). Por lo tanto, se debe dar la debida importancia a este factor que resulta ser de gran cuidado y atención en este grupo vulnerable.

Consideramos que los internos de medicina de pregrado, son propensos a sufrir trastornos de depresión teniendo varios de los síntomas que caracteriza esta enfermedad por ejemplo apatía, distraimiento, aislamiento, agresividad o cinismo y a una deficiente atención de los pacientes (Morales, Prince, Medina, & López, 2017). Según la Organización de la salud mundial (OMS) la persona con depresión su sintomatología es tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración etc.

Al tener algunos de estas manifestaciones el profesional a cargo no solo pone en riesgo la vida del paciente, sino que también se enfrenta a un riesgo personal al ejercer su profesión bajo los efectos de un estado que le va a impedir desempeñarse de una manera óptima y adecuada, sumado a estos inconvenientes los internos se enfrentan también a un trato indigente por parte de sus jefes optando una respuesta nula a la posibilidad de acudir en busca de ayuda por temor a fallar en su desempeño y obtener bajas calificaciones (Jiménez, Arenas, & Ulises, 2014).

En efecto, una persona debe encontrarse al 100% en el ejercicio de sus facultades mentales, para que pueda desempeñarse con claridad y seguridad en los ámbitos en los cuales ha escogido servir y en la profesión para la que se ha preparado, en concreto el

ministerio de salud de Perú ha declarado a la salud mental, una de las áreas fundamentales para investigación (Sánchez, Chichón , Leon, & Alipazaga, 2016). Con esto se demuestra que el bienestar de un individuo radica en el correcto funcionamiento de su psiquis, siendo de vital importancia que la persona a cargo de una vida demuestre estar completamente capacitada.

Para finalizar en un estudio realizado a internos rotativos en diferentes universidades en Lambayeque, se encontró que el 49,07% de estudiantes tenían por lo menos un tipo de depresión; entre los más frecuentes fueron: episodio hipomaniaco: 19,7%, episodio depresivo mayor: 17,3%, riesgo de suicidio: 12,4%, cifras que nos muestran a que se exponen constantemente esta población (Sánchez, Chichón , Leon, & Alipazaga, 2016).

## **2.6. Ansiedad (ANS)**

Es un término muy importante que debe ser tomado en cuenta debido a que constituye parte de la vida. Una persona puede sentirse ansioso antes de presentar una prueba o al caminar por una calle oscura, lo que se ha considerado como un tipo de ansiedad útil ya que le permite estar más alerta o tener más cuidado; sin embargo, para otras personas este problema puede empeorarse con el tiempo que conlleva a sentir dolores en el pecho, tener pesadillas e incluso temor de salir de sus casas, de acuerdo con estos signos se explica lo que es ansiedad.

Por otro lado la ansiedad y depresión tienen comorbilidad, casi la mitad de las personas presentan síntomas combinados de alguno de estos trastornos, lo que suele conceptualizar, por sus coincidencias, como síntomas ansioso-depresivos (Carmona, Monterrosas, Navarrete , Acosta, & Torruco , 2017) al mismo tiempo se piensa que los factores estresantes que acompañan a la carrera de medicina, como la falta de sueño, pacientes difíciles o cargas importantes de trabajo, son un factor de riesgo para sufrir depresión o ansiedad (Guerrero, y otros, 2013).

En un estudio publicado por Huaquín y Loayza, de la Universidad Austral de Chile encontraron que la carrera de medicina obtiene el puntaje más elevado de la escala de exigencias académicas y en la escala de niveles de estrés el puntaje de este grupo de

estudiantes es moderadamente alto, comparado con las otras carreras de la misma facultad y con carreras de otras facultades que fueron igualmente evaluadas” (Bohórquez, 2007).

Por último, la teoría de que los estudiantes de medicina generan ansiedad en su año de internado, es importante cuantificar el número de alumnos que se encuentran en este momento cursando este proceso y que por lo tanto están siendo expuestos a diferentes factores que modifican su desempeño “ya que hay suficiente evidencia del estrés que genera el trabajo hospitalario (Carmona, Monterrosas, Navarrete , Acosta, & Torruco , 2017).

### **Teorías de la ansiedad:**

#### **Ansiedad según Sigmund Freud**

La ansiedad según Sigmund Freud, surge a raíz del conflicto mental (González, 2018). De acuerdo con el psicoanalista, existen tres tipos de ansiedad que están bien caracterizados y pueden afectar a los seres humanos.

1) Ansiedad ante la realidad u objetiva. - Este tipo de ansiedad que es muy común y que casi todas las personas poseemos, se origina desde pequeños y hace referencia al Ello y a los impulsos que surgen por instinto (Glover, 2018).

2) Ansiedad Neurótica. - La ansiedad neurótica tiene su origen en la niñez, en un conflicto entre la gratificación instintiva y la realidad. Con frecuencia se castiga a los niños por expresar abiertamente impulsos sexuales o agresivos (Estrada, 2015).

3) Ansiedad Moral. - Nuestra ansiedad moral que es creada por el Superego se origina a partir de lo que nos dicta la sociedad en cuanto a lo que “debemos” y “no debemos” hacer (Glover, 2018).

#### **Ansiedad en la terapia Gestalt**

- La Excitación

El concepto de excitación en la teoría de la terapia Gestalt es integrador (Cevallos, 2017). Perls define la excitación como la energía básica del organismo humano; en otra

parte también habla de ella como energía psicológica básica (Perls, 1977/2012a), de esta manera se comprende la manifestación energética a nivel fisiológico y psicológico.

En lo referente a la fisiología, la excitación se considera una función corporal que se presenta como emociones indiferenciadas (ritmo, vibración, estremecimiento, calidez), mimas que de acuerdo a la situación experimentada son transformadas en emociones específicas (ira, alegría, amor, miedo, tristeza, etc.) que van a dar la energía necesaria para la actividad motora y sensorial requeridas (Cevallos, 2017).

De acuerdo con Perls (1973) la excitación se da con referencia al mundo y es un medio para relacionarse con él mediante el cambio de una emoción indiferenciada a una emoción específica, proceso al que denomino como Teoría de la Transformación. Este proceso tiene lugar dentro de una situación de campo en donde el organismo busca la satisfacción de sus necesidades apremiantes a fin de restablecer el equilibrio (Cevallos, 2017).

- La ansiedad es excitación menos oxígeno

En *Yo, Hambre y Agresión*, Perls (1942) describió la ansiedad con una fórmula: “la ansiedad es igual a la excitación más el abastecimiento inadecuado de oxígeno” (p. 100), también concluyó que la ansiedad tenía como característica principal dificultades para respirar, pulso acelerado y síntomas aparentes, manifestó que la excitación y falta de oxígeno eran las principales causas de un ataque de ansiedad al involucrar tanto un aumento en el metabolismo como en la actividad cardíaca junto a otras diversas modificaciones.

- La ansiedad es la interrupción de la excitación creativa

Después del concepto de excitación originalmente dado por Perls, se pasa de una teorización del origen de los síntomas orgánicos de la ansiedad, como resultado de la interrupción de la excitación fisiológica, a una elaboración esquemática de la interrupción en la secuencia de contacto (Cevallos, 2017).

- La ansiedad es la tensión entre el ahora y el después

Luego de las publicaciones realizadas por Perls, el mismo autor decidió incorporar las nociones de temporalidad e imaginación como elementos esenciales en la génesis de la

ansiedad (Perls, 1942/1975). Para la década de los 60, Perls se enfocó en lo que respecta a los aspectos cognitivos de la ansiedad, también se observa la influencia de Kurt Goldstein en la teoría de Perls,

A fin de mostrar la relación entre fantasía y ansiedad Perls (1974, 1976) señala que tenemos dos niveles de existencia: (a) el nivel de lo real, la realidad o el nivel público que es nuestro hacer y (b) el nivel privado, el escenario del pensar, la mente o maya (palabra hindú que significa ilusión, fantasía). Este segundo nivel tiene, además del pensar, otras funciones como: soñar, imaginar, teorizar, anticipar, utilizar símbolos y abstracciones a todo este conjunto de actividades mentales Perls lo denomina: fantasía (Cevallos, 2017).

Para Perls (1974) la ansiedad surge sólo cuando “dejamos la sólida base del ahora y nos preocupamos del después, del futuro” (p.38). Debido a que la expectativa siempre se refiere a algo del futuro, cuando la persona se dirige al futuro en fantasía evita el contacto con el presente y experimenta ansiedad; esta noción refleja la actitud holística de la terapia gestalt al considerar ambos aspectos o polaridades de la expectativa como fuente de la ansiedad. Desde esta perspectiva el abordaje terapéutico de la ansiedad, de acuerdo con Baumgardner (2006), comprende dos niveles: (a) el componente de la imaginación o zona intermedia y (b) la percepción corporal de los síntomas (Cevallos, 2017).

- La ansiedad es excitación menos apoyo

Articulando a todo lo expuesto con anterioridad por el autor, Perls, desarrolló una teoría en la cual habló sobre como la ausencia de apoyo en la experiencia de contacto es de vital importancia en los comienzos de la ansiedad. L. Perls (1992/1994) señala que cualquier falta de apoyo esencial se experimenta como ansiedad. Por apoyo entiende todo aquello que facilita la integración y asimilación continua de una persona, relación o sociedad (Cevallos, 2017). Se integró también los conceptos de algunas funciones vitales, siendo éstas parte de ese apoyo al cual Perls se refiere, ya que según el están presentes en el proceso de la formación de la figura de contacto. La respiración, constituida como función básica, siendo así que el ocurrir una interrupción de esta o alguna función se experimenta ansiedad, ya que la falta de oxígeno produce esa falta de soporte vital.

### **Tipos de ansiedad: ansiedad generalizada**

Con relación al trastorno de ansiedad generalizada el síntoma fundamental es la ansiedad sentida como intensa angustia, desazón o agitación que persiste por más de 6 meses y se extiende sobre una amplia gama de actividades, como el rendimiento laboral y escolar asimismo, se encuentra relacionado con el exceso de preocupaciones puesto que al sujeto le resulta difícil manejar esta situación, por lo que esta condición conlleva a la persona un deterioro de las relaciones familiares, sociales y laborales (Clériga, 2009).

También es necesario diferenciar y definir qué tipo de ansiedad se tiene para poder disminuirla. “Las personas con trastorno de ansiedad generalizada se preocupan extremadamente por muchas cosas, el simple hecho de lidiar día a día les causa ansiedad, y piensan que las cosas siempre saldrán mal. A veces, estas preocupaciones hacen que las personas con este trastorno no puedan realizar sus actividades diarias” (Bethesda, 2015).

Este trastorno se desarrolla por lo general en la juventud, su sintomatología aparece en diferentes circunstancias, pero con mayor frecuencia cuando está presente el factor estrés. Usualmente cuando empiezan a manifestarse ciertas situaciones en que la persona note que su nivel de sudoración aumente (probable síntoma) puede acudir en busca de respuestas a lo que está experimentado, la ayuda se puede encontrar, pero no siempre las respuestas van a ser las acertadas para mejorar esta condición, generándose más problemas o agravándose los existentes. El término trastorno de ansiedad generalizada puede sugerir que los síntomas son totalmente inespecíficos y esto, a veces, puede conducir incorrectamente a hacer el diagnóstico de TAG a casi cualquier paciente ansioso (Murray & Sareen, 2015).

### **Ansiedad en los internos de medicina**

El internado es las prácticas preprofesionales que realizan los estudiantes de último año de medicina, es un período importante para la formación del estudiante puesto que le permite fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos a la hora de atender la salud de los pacientes.

En este proceso los estudiantes deben desarrollar y dominar las áreas que laboren los hospitales tales como cirugía, ginecología y obstetricia, medicina interna, pediatría, comunitario, emergencia, espacio donde enfrentan situaciones novedosas y demandantes que se puede considerar como detonantes o agravantes del estrés (Ortega, Ortiz, y Martínez, 2014).

También se sabe que los estudiantes que realizan el internado deben asumir responsabilidades similares que los especialistas, ya que se ven expuestos a horarios no fijos, sobrecarga laboral insuficiente remuneración, maltratos de parte de superiores, trato con pacientes problemáticos son factores estresantes que deben tolerar.

Existen estudios que revelan que los internos de medicina tienen altos índices de estrés, depresión, ansiedad que los médicos especialistas. Se realizó un estudio a 18 médicos internos de pregrado (MIP) en el Instituto Mexicano del Seguro Social, donde se encontró alteración en los 3 niveles que integran el síndrome de Burnout, asociado con que el 61.1% (11 MIP) probablemente padezca algún trastorno mental (C. Athié Gutiérrez et al., 2016).

La jornada laboral que desempeñan puede durar entre 24 y hasta 36 horas continuas, lo que propicia la privación del sueño (Sánchez et al., 2008) es otra de las condiciones que pone a prueba la capacidad de tolerancia por parte del interno. Por ende, el alto nivel de estrés que padecen los internos sobrepasa su capacidad de afrontamiento y pone en riesgo o alteración su salud psicológica (Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010).

Por otra parte existe un grupo muy inerte y susceptible a experimentar varios síntomas que se pueden considerar importantes para el desarrollo o la aparición de problemas de ansiedad, este es el caso de los alumnos de medicina, luego de estudiar sin descanso por varios años, llegan a su año de internado con muchas expectativas e ilusiones sobre lo que constituye el final de su carrera, sin embargo, en múltiples ocasiones, toda esta descarga positiva se ve empañada por la presencia de factores que van a obstaculizar el adecuado desempeño de sus funciones como profesionales, mostrando las siguientes manifestaciones, déficit en los niveles de bienestar y ajuste psicológico del alumnado, disminución en la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales, descenso del rendimiento académico, aparición de conductas disruptivas y consumo de sustancias adictivas (Rodríguez de Avila, Amaya, & Argota, 2011).

El internado médico es una etapa en donde el alumno desarrolla y pone en práctica en una sede hospitalaria todo lo aprendido durante sus años de estudio, todo esto implica la generación de estrés en el desempeño de sus actividades, cargas laborales bastante grandes, jornadas de trabajo cansadas y demasiada angustia por los procesos académicos, todo lo antes mencionado puede generar un cuadro de ansiedad.

Finalmente en el pregrado un porcentaje de alumnos presentan ansiedad como (*rasgo o estado*) y su consecuencia es el abandono de los estudios en los primeros días o meses de haber iniciado la escuela, otros muestran un insuficiente rendimiento escolar, índice alto de reprobación, trayendo consigo modificaciones en el *estado* de ánimo y aumento del riesgo de la depresión (Carmona, Monterrosas, Navarrete , Acosta, & Torruco , 2017).

## **2.5. Hostilidad (HOS)**

Se puede entender que la hostilidad es una reacción afectiva que incluye sentimientos de cólera, y, a la vez, mantiene un alcance actitudinal que la convierte, en una conducta violenta. Esta connotación actitudinal está formada por creencias negativas sobre la naturaleza humana y la sociedad. Por otro lado, la hostilidad puede predecir la conducta agresiva mediante dos vías: 1) rasgo de personalidad que incita a interpretar el comportamiento de los demás como desafiante, opositor. 2) los pensamientos agresivos se activan en un acontecimiento ante una percepción de injusticia. Es por eso que la personalidad hostil se caracteriza por presentar atribuciones “de ser víctima” debido a una sociedad injusta, mezquina, egoísta, deshonesto que, representa una amenaza a su proceso de adaptación (Moscoso, 2008).

El personal sanitario es una población con mayor nivel de malestar psicológico por lo que el impacto en la salud de la víctima varía dependiendo del tipo y la frecuencia de la conducta hostil; es decir, cuanto más frecuente sea la exhibición a conductas hostiles en el trabajo, mayores niveles serán los efectos negativos, lo que puede originar consecuencias personales y organizacionales. A su vez se ha encontrado que las víctimas, se vuelven hostiles respondiendo a las conductas hostiles, llegando así a un aumento de las conductas severas y donde la víctima se convierte en actor (Waschler, 2015).

## **2.6. Ansiedad Fóbica (FOB)**

Es aquella que se presenta ante situaciones definidas a objetos específicos que no son peligrosos pero que las personas los ven como tal. Según el DSM-V (APA, 2013) clasifica a las fobias en: **Fobias Específicas** (temor persistente excesivo e irracional, provocado por la presencia de una situación específica, que origina una respuesta ansiosa pese a que la persona reconoce ese miedo es inverosímil trata de evitar la situación fóbica o le lleva a sentir malestar. Sin embargo, la ansiedad aparece cuando se produce la exposición y puede incrementar hasta llegar a desencadenar una crisis de

angustia). **Fobia Social** (temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no corresponden al entorno familiar o a la posible evaluación por parte de los demás.)

## **2.7. Ideación Paranoide (PAR)**

Este problema hace que la persona tenga sospechas o creencias de ser perseguido, o tratado injustamente, pero de proporciones menores a la de ideas delirantes. Es importante distinguir cuando se vuelve un trastorno de personalidad paranoide, el mismo que se caracteriza por una desconfianza de tal manera que las intenciones de los demás son vistas como maliciosas o intención de causar daño. Por ejemplo, una persona con esta enfermedad tiende a presentar los siguientes síntomas:

- Sospecha, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.
- Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos.
- Recelo a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que comparten vaya a ser utilizada en su contra.
- Percibe ataques a su persona o a su reputación lo que hace reaccionar con ira o a contraatacar (Gálvez, Mingote, & Moreno, 2010).

## **2.8. Psicoticismo (PSIC)**

De acuerdo con el modelo de la personalidad elaborado por Eysenck ésta es una dimensión sobre la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía. Los síntomas que presentan las personas son de ser fríos, egocéntricos e irresponsables, pero también son más creativos, objetivos, realistas, competitivos, originales y críticos (Schmidt, 2010).

Finalmente, en un estudio con internos de medicina del Hospital Honorio Delgado de Arequipa y del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado se pudo evidenciar que en la dimensión de psicoticismo los internos de medicina no presentaron una relación estadísticamente significativa con el nivel de agotamiento emocional, sin embargo, en el nivel de despersonalización presentó un bajo nivel y no se presentó una relación significativa en el nivel de realización personal (Arana Paredes, & Mallea Diaz, 2014).

## **CAPÍTULO II**

### **2. Metodología**

En este capítulo se describe la metodología de la investigación, se explica el procedimiento, la población estudiada e instrumentos utilizados en el presente estudio.

#### **2.1. Tipo y alcance**

La presente investigación es un estudio no experimental de corte transversal. Su alcance es descriptivo, porque se especifican las propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice; se busca precisar los niveles de estrés y síntomas clínicos de los internos de medicina del hospital Homero Castanier Crespo.

#### **2.2. Procedimiento**

- Empezaremos dando a conocer el motivo del estudio que se va a realizar sobre estrés laboral y variables psicológicas. Luego de obtener la autorización pertinente por parte de las autoridades del hospital Homero Castanier Crespo, procederemos a presentarnos e informar a los internos de medicina la razón por la cual se realizará la investigación, además se leerá y aprobará el consentimiento informado de cada entrevistado para garantizar la confiabilidad y guardar la integridad de los mismos dentro del estudio. Se les indicará a los participantes que durante la aplicación de los reactivos son libres de dar por terminado los mismos en el momento en el que creyeren conveniente.
- Se presentarán los resultados a través de estudio y análisis de cada uno de los reactivos aplicados, se elaborará ejes temáticos en base a los objetivos para realizar un análisis global de relación.
- Elaboración de informe final.

#### **2.3. Participantes.**

En vista de que nuestra investigación está enfocada en los internos de medicina, la muestra es de 70 internos rotativos, pero se tomaron en cuenta 60 internos debido a que los 10 internos restantes se encontraban en la rotación de Comunitario, que laboren el hospital Homero Castanier Crespo.

**Criterios de inclusión:**

- Internos de medicina del HHCC
- Deseo de participación voluntaria a la investigación
- Que pertenezcan a las siguientes Universidades: Universidad de Cuenca, Universidad del Azuay, Universidad Católica de Cuenca y Azogues.

**Criterios de exclusión:**

- No sean estudiantes de medicina
- Que sus prácticas preprofesionales sean realizadas en otro hospital.

**2.4. Instrumentos**

**Ficha sociodemográfica.** – Las variables que se tomaron en cuenta fueron: edad, género, estado civil, rotación.

**SCL90-R.-** Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como diagnóstico clínico. Cada uno de los 90 ítems que lo integran se responde sobre la base de una escala de 0-4. Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR), Psicoticismo (PSIC) y tres índices globales de malestar psicológico: Índice global de severidad (IGS), Total de síntomas positivos (TSP), Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP).

**Test de perfil de estrés.** – Este cuestionario es elaborado por Kenneth M. Nowack, el cual proporciona una amplia evaluación del estrés y del riesgo para la salud incluyendo factores que demuestran relación entre estrés y enfermedad. El instrumento consta de 123 reactivos, conformado por siete áreas; estrés, hábitos de salud, red de apoyo social, conducta tipo A, fuerza cognitiva, estilo de afrontamiento y bienestar psicológico; dividido en 15 sub-escalas relacionadas con el estrés y el riesgo de enfermedad.

**Fiabilidad:** SCL-90: 0.78 a 0.90. Test de perfil de Estrés: 0.51 a 0.92

## **2.5. Objetivos**

### **2.5.1 Objetivo general**

Determinar el nivel de estrés y la presencia de síntomas clínicos (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) en los internos de medicina del Hospital Homero Castanier Crespo.

### **2.5.2. Objetivos específicos**

- Examinar el nivel de estrés en los internos de medicina.
- Identificar la presencia de síntomas clínicos (somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo) en los internos rotativos.
- Relacionar los niveles de estrés con la presencia de síntomas clínicos.
- Conocer las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, área de rotación) que ejercen influencia al analizar el nivel de estrés y síntomas clínicos en los internos de medicina.

## **2.6. Análisis de datos**

En la presente investigación los datos obtenidos serán analizados a través del programa estadístico SPSS versión 20. Se realizará un análisis descriptivo de las variables de estudio, luego se procederá con las pruebas estadísticas correspondientes para establecer relación entre las variables.

## CAPITULO III

### 3. Resultados

En este apartado se da a conocer los resultados que se obtuvieron en la presente investigación. Mediante el uso de gráficos se demuestra las diferentes asociaciones entre los niveles de estrés y síntomas clínicos en los internos rotativos de medicina y las variables sociodemográficas.

**Tabla 1**

*Variables sociodemográficas de los internos rotativos de medicina*

Variables	Número	Porcentaje (%)
Edad	22	1,7
	23	51,7
	24	26,7
	25	8,3
	26	8,3
	30	1,7
	31	1,7
Sexo	Masculino	35,0
	Femenino	65,0
Estado Civil	Soltero	71,7
	Casado	20,0
	Divorciado	5,0
	En Pareja	3,3
Rotación	Clínica	28,3
	Cirugía	28,3
	Pediatría	25,0
	Ginecología	18,3

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Angeles Urgilés & Valeria Carrión

Como se puede evidenciar en la tabla 1 muestra las variables sociodemográficas de la población investigada. Con respecto a la edad de los internos de medicina se logra ver que los participantes de 23 años obtuvieron un porcentaje de 51,7% y los de 24 años un porcentaje de 26,7% siendo los más altos mientras que los internos de 22, 30 y 31 años obtuvieron el 1,7% siendo los más bajos. En cuanto al sexo, las mujeres alcanzaron el 65% y el 35% corresponde a los hombres.

Por lo que refiere el estado civil, el porcentaje más alto de 71,7% corresponde a los solteros, y tan solo el 3,3% para el estado civil en pareja. Finalmente, la rotación de clínica y cirugía refleja un porcentaje de 28,3 % lo que resulta ser el más alto, mientras que el 18,3% siendo un porcentaje bajo para ginecología.

**Tabla 2**

*Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Inventario de Síntomas SCL-90. Cuenca 2018.*

Síntomas Clínicos		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Somatizaciones	63	2	3,3
	65	6	10,0
	70	1	1,7
	75	2	3,3
<b>Total</b>		<b>11</b>	<b>18,3</b>
Obsesiones y Compulsiones	63	1	1,7
	65	3	5,0
	70	3	5,0
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>11,7</b>
Sensitividad Interpersonal	63	1	1,7
	65	3	5,0
	70	2	3,3
	75	1	1,7
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>11,7</b>
Depresión	63	3	5,0
	65	3	5,0
	70	2	3,3
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>13,3</b>
Ansiedad	63	2	3,3
	65	1	1,7
	70	3	5,0
	75	1	1,7
<b>Total</b>		<b>7</b>	<b>11,7</b>
Hostilidad	63	1	1,7
	65	1	1,7
	70	2	3,3
<b>Total</b>		<b>4</b>	<b>6,7</b>

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 2 muestra la distribución de los internos de medicina según los síntomas clínicos del inventario de síntomas SCL-90. En la dimensión de somatizaciones el 3,3% de la población dio un puntaje de 70 lo que indica que los internos están es riesgo de tener problemas gastrointestinales, respiratorios, etc.

En cuanto a la dimensión de obsesiones y compulsiones el 5% obtuvo una puntuación de 70 que refleja un peligro en los pensamientos y acciones que son imposibles de evitar para los participantes.

En la dimensión de sensibilidad interpersonal el 1,7% obtuvieron un puntaje de 75 lo que manifiesta que los internos presentan sentimientos de inferioridad. Con respecto a la dimensión de depresión y hostilidad el 3,3% puntuó 70 lo que hace referencia a tener dificultades con el estado de ánimo, pérdida de interés y presencia de sentimientos y acciones negativas de enojo. Por último, en la escala de ansiedad el 1,7% obtuvo un puntaje de 70 siendo el más alto lo que muestra la presencia de nerviosismo, tensión, ataques de pánico en los internos de medicina.

**Tabla 3**

*Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Inventario de Síntomas SCL-90. Cuenca 2018.*

Síntomas Clínicos		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Ansiedad	63	4	6,7
Fóbica	65	3	5,0
	75	2	3,3
<b>Total</b>		<b>9</b>	<b>15</b>
	63	3	5,0
Ideación	65	3	5,0
Paranoide	70	1	1,7
	80	1	1,7
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>13,4</b>
	63	3	5,0
Psicoticismo	65	2	3,3
	70	1	1,7
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>10</b>
Índice de Severidad Global	63	4	6,7
	70	3	5,0
	75	1	1,7
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>13,4</b>
Síntomas Positivos	63	1	1,7
	65	5	8,3
	70	2	3,3
	80	2	3,3
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>16,6</b>
Malestar Sintomático Positivo	63	1	1,7
	65	3	5,0
	70	1	1,7
	75	3	5,0
<b>Total</b>		<b>8</b>	<b>13,4</b>

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Como se aprecia en la tabla 3, la dimensión de ansiedad fóbica obtuvo un porcentaje de 3,3% en la puntuación de 75, demostrando que los internos tienen miedo a personas, lugares y situaciones específicas. Por otro lado, se observa que en la escala de ideación paranoide el 1,7% de la población con un puntaje de 80 están en riesgo de tener desordenes del pensamiento, suspicacia, temor a la pérdida de la autonomía. Asimismo,

se evidencia que solo el 1,7% con puntaje de 70, presenta la dimensión de psicoticismo lo que incluye síntomas a estados de soledad, alucinaciones y control el pensamiento.

En cuanto al índice de severidad global que indica el nivel actual de la severidad del malestar refleja solo el 1,7 % de los participantes. Con una puntuación de 80 apunta el 3,3% en el área de síntomas positivos. finalmente, se observa que solo el 5% de los internos de medicina con un valor de 75 tienden a exagerar o minimizar el malestar que lo aquejan.

**Tabla 4**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Edad								
		22	23	24	25	26	30	31		
Somatizaciones	63	N	0	1	0	1	0	0	0	
		%	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	
	65	N	0	4	0	1	1	0	0	
		%	0,0	66,7	0,0	16,7	16,7	0,0	0,0	
	70	N	0	1	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	75	N	0	1	0	0	0	0	1	
		%	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	
	Obsesiones y Compulsiones	63	N	0	0	1	0	0	0	0
			%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		65	N	0	1	0	1	0	0	1
			%	0,0	33,3	0,0	33,3	0,0	0,0	33,3
70		N	0	3	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En base a los resultados del inventario de síntomas SCL-90 expuestos en la tabla 4, se encontró que las edades de 23 y 25 años son las más vulnerables en las dimensiones de somatizaciones y obsesiones y compulsiones.

**Tabla 5**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Edad							
		22	23	24	25	26	30	31	
Sensitividad Interpersonal	63	N	0	0	0	1	0	0	0
		%	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	0	1	1	0	0	0	1
		%	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	33,3
	70	N	0	1	0	1	0	0	0
		%	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
75	N	0	1	0	0	0	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Depresión	63	N	0	3	0	0	0	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	0	3	0	0	0	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	0	1	0	0	0	0	1
		%	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

En la tabla 5, los internos de medicina que corresponden a las edades de 23, 25 y 31 años son los más afectados a padecer síntomas clínicos tales como sensitividad interpersonal y depresión.

**Tabla 6**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Edad								
		22	23	24	25	26	30	31		
<b>Ansiedad</b>	<b>63</b>	N	0	2	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	<b>65</b>	N	0	0	1	0	0	0	0	
		%	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	<b>70</b>	N	0	2	0	1	0	0	0	
		%	0,0	66,7	0,0	33,3	0,0	0,0	0,0	
	<b>75</b>	N	0	0	0	0	0	0	1	
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	
	<b>Hostilidad</b>	<b>63</b>	N	0	1	0	0	0	0	0
			%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		<b>65</b>	N	0	1	0	0	0	0	0
			%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>70</b>		N	0	1	0	0	0	0	1	
		%	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	50,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

Los resultados obtenidos en la tabla 6, evidencian que las dimensiones de ansiedad y hostilidad tienen puntuaciones clínicamente significativas en las edades de 23 y 31 años de los participantes.

**Tabla 7**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Edad							
		22	23	24	25	26	30	31	
Ansiedad Fóbica	63	N	0	0	1	2	0	0	1
		%	0,0	0,0	25,0	50,0	0,0	0,0	25,0
	65	N	1	0	2	0	0	0	0
		%	33,3	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0
	75	N	0	2	0	0	0	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ideación Paranoide	63	N	0	3	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	0	2	1	0	0	0	
		%	0,0	66,7	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	0	0	0	0	0	0	1
		%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
80	N	0	1	0	0	0	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Psicoticismo	63	N	0	1	1	1	0	0	
		%	0,0	33,3	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0
	65	N	0	1	0	1	0	0	
		%	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	0	1	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

La tabla 7, muestra que las edades de 23 a 25 años de la población puntúan mayor a 63 en ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo mientras que las edades restantes no presentan mayor alteración en estas dimensiones.

**Tabla 8**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Edad.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Edad								
		22	23	24	25	26	30	31		
Índice de Severidad Global	63	N	0	2	1	1	0	0	0	
		%	0,0	50,0	25,0	25,0	0,0	0,0	0,0	
	70	N	0	2	0	0	0	0	1	
		%	0,0	66,7	0,0	0,0	0,0	0,0	33,3	
	75	N	0	1	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	Síntomas Positivos	63	N	0	1	0	0	0	0	0
			%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
65		N	0	3	1	1	0	0	0	
		%	0,0	60,0	20,0	20,0	0,0	0,0	0,0	
70		N	0	0	0	1	1	0	0	
		%	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	0,0	0,0	
80		N	0	1	0	1	0	0	0	
		%	0,0	50,0	0,0	50,0	0,0	0,0	0,0	
Malestar Sintomático Positivo	63	N	0	1	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	65	N	0	2	0	0	1	0	0	
		%	0,0	66,7	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	
	70	N	0	1	0	0	0	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
	75	N	0	1	1	0	0	0	1	
		%	0,0	33,3	33,3	0,0	0,0	0,0	33,3	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

En la tabla 8 se observa que la edad de 23 a 26 años y 31 años están alterados los tres índices globales de malestar como el índice de severidad global, síntomas positivos y malestar sintomático positivo.

**Tabla 9**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)		Sexo		
			Hombre	Mujer	
Somatizaciones	63	N	0	2	
		%	0,0	100,0	
	65	N	2	4	
		%	33,3	66,7	
	70	N	0	1	
		%	0,0	100,0	
	75	N	2	0	
		%	100,0	0,0	
Obsesiones y Compulsiones	63	N	0	1	
		%	0,0	100,0	
	65	N	1	2	
		%	33,3	66,7	
	70	N	1	2	
		%	33,3	66,7	
	Sensitividad Interpersonal	63	N	0	1
			%	0,0	100,0
65		N	2	1	
		%	66,7	33,3	
70		N	0	2	
		%	0,0	100,0	
75		N	0	1	
		%	0,0	100,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

Con respecto a la tabla 9, se indica que son las mujeres con mayor predisposición a presentar las siguientes condiciones clínicas: somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal.

**Tabla 10**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Sexo		
		Hombre	Mujer	
Depresión	63	N	0	3
		%	0,0	100,0
	65	N	2	1
		%	66,7	33,3
	70	N	1	1
		%	50,0	50,0
Ansiedad	63	N	0	2
		%	0,0	100,0
	65	N	0	1
		%	0,0	100,0
	70	N	1	2
		%	33,3	66,7
75	N	1	0	
	%	100,0	0,0	
Hostilidad	63	N	1	0
		%	100,0	0,0
	65	N	0	1
		%	0,0	100,0
	70	N	1	1
		%	50,0	50,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 10 evidencia que las dimensiones de depresión, ansiedad y hostilidad del SCL-90 se presenta con mayor frecuencia en las mujeres (internas de medicina) que los hombres.

**Tabla 11**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Sexo		
		Hombre	Mujer	
<b>Ansiedad Fóbica</b>	<b>63</b>	N	1	3
		%	25,0	75,0
	<b>65</b>	N	1	2
		%	33,3	66,7
	<b>75</b>	N	0	2
		%	0,0	100,0
<b>Ideación Paranoide</b>	<b>63</b>	N	0	3
		%	0,0	100,0
	<b>65</b>	N	1	2
		%	33,3	66,7
	<b>70</b>	N	1	0
		%	100,0	0,0
<b>80</b>	N	0	1	
	%	0,0	100,0	
<b>Psicoticismo</b>	<b>63</b>	N	1	2
		%	33,3	66,7
	<b>65</b>	N	0	2
		%	0,0	100,0
	<b>70</b>	N	0	1
		%	0,0	100,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 11 muestra que los hombres tienen menos tendencia que las mujeres en presentar síntomas de ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

**Tabla 12**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Sexo.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Sexo		
		Hombre	Mujer	
<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>63</b>	N	1	3
		%	25,0	75,0
	<b>70</b>	N	2	1
		%	66,7	33,3
	<b>75</b>	N	0	1
		%	0,0	100,0
<b>Síntomas Positivos</b>	<b>63</b>	N	1	0
		%	100,0	0,0
	<b>65</b>	N	2	3
		%	40,0	60,0
	<b>70</b>	N	1	1
		%	50,0	50,0
<b>80</b>	N	0	2	
	%	0,0	100,0	
<b>Malestar Sintomático Positivo</b>	<b>63</b>	N	1	0
		%	100,0	0,0
	<b>65</b>	N	2	1
		%	66,7	33,3
	<b>70</b>	N	0	1
		%	0,0	100,0
<b>75</b>	N	1	2	
	%	33,3	66,7	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Como en la anterior tabla, nuevamente muestra que la tabla 12 refleja que las mujeres tienen una puntuación más alta que los hombres en los tres índices globales de malestar.

**Tabla 13**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Estado Civil					
		Soltero	Casado	Divorciado	En Pareja		
Somatizaciones	63	N	0	2	0	0	
		%	0,0	100,0	0,0	0,0	
	65	N	3	2	1	0	
		%	50,0	33,3	16,7	0,0	
	70	N	1	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
	75	N	2	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
	Obsesiones y Compulsiones	63	N	1	0	0	0
			%	100,0	0,0	0,0	0,0
		65	N	2	0	1	0
			%	66,7	0,0	33,3	0,0
70		N	3	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
Sensitividad Interpersonal		63	N	0	0	1	0
			%	0,0	0,0	100,0	0,0
		65	N	3	0	0	0
			%	100,0	0,0	0,0	0,0
		70	N	1	1	0	0
			%	50,0	50,0	0,0	0,0
	75	N	1	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 13, con respecto al estado civil son los internos que se encuentran solteros y divorciados con una puntuación superior a 63 en somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensitividad interpersonal.

**Tabla 14**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Estado Civil				
		Soltero	Casado	Divorciado	En Pareja	
Depresión	63	N	3	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	3	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	2	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
Ansiedad	63	N	2	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	2	1	0	0
		%	66,7	33,3	0,0	0,0
75	N	1	0	0	0	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	
Hostilidad	63	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	2	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0%

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 14 se puede ver que es la población de solteros quienes son más vulnerables de presentar los siguientes síntomas: depresión, ansiedad y hostilidad.

**Tabla 15**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Estado Civil					
		Soltero	Casado	Divorciado	En Pareja		
Ansiedad Fóbica	63	N	2	1	1	0	
		%	50,0	25,0	25,0	0,0%	
	65	N	2	0	0	1	
		%	66,7	0,0	0,0	33,3	
	75	N	2	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
Ideación Paranoide	63	N	2	1	0	0	
		%	66,7	33,3	0,0	0,0	
	65	N	3	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
	70	N	1	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
	80	N	1	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	
	Psicoticismo	63	N	2	0	1	0
			%	66,7	0,0	33,3	0,0
		65	N	1	1	0	0
			%	50,0	50,0	0,0	0,0
70		N	1	0	0	0	
		%	100,0	0,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 15, indica que los internos que se encuentran solteros y casados tienen riesgo de presentar síntomas de ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, también los participantes que son divorciados tienen puntuaciones significativas en ansiedad fóbica y psicoticismo.

**Tabla 16**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Estado Civil.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Estado Civil				
		Soltero	Casado	Divorciado	En Pareja	
<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>63</b>	N	3	1	0	0
		%	75,0	25,0	0,0	0,0
	<b>70</b>	N	3	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	<b>75</b>	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
<b>Síntomas Positivos</b>	<b>63</b>	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	<b>65</b>	N	3	1	0	1
		%	60,0	20,0	0,0	20,0
	<b>70</b>	N	0	1	1	0
		%	0,0	50,0	50,0	0,0
<b>80</b>	N	1	1	0	0	
	%	50,0	50,0	0,0	0,0	
<b>Malestar Sintomático Positivo</b>	<b>63</b>	N	0	0	1	0
		%	0,0	0,0	100,0	0,0
	<b>65</b>	N	3	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	<b>70</b>	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
<b>75</b>	N	3	0	0	0	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Úrgilés & Valeria Carrión

La tabla 16 revela que la población casado tienen puntajes alto en índice de severidad global, síntomas positivos; sin embargo, con mayor frecuencia son los participantes de estado civil soltero.

**Tabla 17**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Rotación				
		Clínica	Cirugía	Pediatría	Ginecología	
Somatizaciones	63	N	0	1	1	0
		%	0,0	50,0	50,0	0,0
	65	N	2	3	1	0
		%	33,3	50,0	16,7	0,0
	70	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	75	N	0	2	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
Obsesiones y Compulsiones	63	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	2	1	0	0
		%	66,7	33,3	0,0	0,0
	70	N	1	1	0	1
		%	33,3	33,3	0,0	33,3
	63	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
65	N	1	1	1	0	
	%	33,3	33,3	33,3	0,0	
70	N	0	2	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	
75	N	1	0	0	0	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Como se aprecia en la tabla 17 los internos de medicina que rotan clínica y cirugía son los más propensos a tener puntajes elevados en estas dimensiones: somatizaciones, obsesiones y compulsiones y sensibilidad interpersonal.

**Tabla 18**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Rotación				
		Clínica	Cirugía	Pediatría	Ginecología	
Depresión	63	N	2	0	0	1
		%	66,7	0,0	0,0	33,3
	65	N	1	1	1	0
		%	33,3	33,3	33,3	0,0
	70	N	0	2	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
Ansiedad	63	N	1	0	0	1
		%	50,0	0,0	0,0	50,0
	65	N	0	0	1	0
		%	0,0	0,0	100,0	0,0
	70	N	1	2	0	0
		%	33,3	66,7	0,0	0,0
75	N	0	1	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	
Hostilidad	63	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	65	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	70	N	0	2	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Acerca de la tabla 18 evidencia que en todas las rotaciones tienen dificultades con el área de depresión y ansiedad; sin embargo, en la rotación de clínica y cirugía marcan en hostilidad.

**Tabla 19**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)	Rotación				
		Clínica	Cirugía	Pediatría	Ginecología	
Ansiedad Fóbica	63	N	1	3	0	0
		%	25,0	75,0	0,0	0,0
	65	N	1	0	1	1
		%	33,3	0,0	33,3	33,3
	75	N	1	1	0	0
		%	50,0	50,0	0,0	0,0
Ideación Paranoide	63	N	1	0	1	1
		%	33,3	0,0	33,3	33,3
	65	N	2	1	0	0
		%	66,7	33,3	0,0	0,0
	70	N	0	1	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
80	N	1	0	0	0	
	%	100,0	0,0	0,0	0,0	
Psicoticismo	63	N	2	0	1	0
		%	66,7	0,0	33,3	0,0
	65	N	0	2	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
	70	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 19 se observa que los participantes que se encuentran en la rotación de ginecología tienen menor tendencia a tener ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, mientras que las rotaciones restantes son más perjudicadas en los síntomas clínicos mencionados.

**Tabla 20**

*Resultados del Inventario de Síntomas SCL90 y Rotación.*

Síntomas Clínicos	Puntaje (T)		Rotación			
			Clínica	Cirugía	Pediatría	Ginecología
<b>Índice de Severidad Global</b>	<b>63</b>	N	0	2	1	1
		%	0,0	50,0	25,0	25,0
	<b>70</b>	N	2	1	0	0
		%	66,7	33,3	0,0	0,0
	<b>75</b>	N	0	1	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
<b>Síntomas Positivos</b>	<b>63</b>	N	0	1	0	0
		%	0,0	100,0	0,0	0,0
	<b>65</b>	N	2	1	1	1
		%	40,0	20,0	20,0	20,0
	<b>70</b>	N	2	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
<b>80</b>	N	0	2	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	
<b>Malestar Sintomático Positivo</b>	<b>63</b>	N	1	0	0	0
		%	100,0	0,0	0,0	0,0
	<b>65</b>	N	2	1	0	0
		%	66,7	33,3	0,0	0,0
	<b>70</b>	N	0	0	0	1
		%	0,0	0,0	0,0	100,0
<b>75</b>	N	0	3	0	0	
	%	0,0	100,0	0,0	0,0	

Nota: Los puntajes T normalizados superiores a 63 puntos se consideran elevados (equivalen a un percentil de 90), lo que indica una persona en riesgo.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Por lo que se refiere a la tabla 20 los internos de clínica y cirugía tienen puntuaciones superiores en el índice de severidad global, síntomas positivos y malestar sintomático positivo. Para terminar en pediatría no existe alteración en la última dimensión, pero se puede observar que si tiene puntajes relevantes en índice de severidad global y síntomas positivos.

**Tabla 21**

*Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.*

<b>Perfil de Estrés</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Estrés</b>	<b>&lt;20-39</b>	28	46,7
	<b>40-59</b>	22	36,7
	<b>60-&gt;80</b>	10	16,7
<b>Hábitos de Salud</b>	<b>&lt;20-39</b>	52	86,7
	<b>40-59</b>	7	11,7
	<b>60-&gt;80</b>	1	1,7
<b>Ejercicio</b>	<b>&lt;20-39</b>	23	38,3
	<b>40-59</b>	35	58,3
	<b>60-&gt;80</b>	2	3,3
<b>Descanso/Sueño</b>	<b>&lt;20-39</b>	13	21,7
	<b>40-59</b>	31	51,7
	<b>60-&gt;80</b>	16	26,7
<b>Alimentación/ Nutrición</b>	<b>&lt;20-39</b>	12	20,0
	<b>40-59</b>	45	75,0
	<b>60-&gt;80</b>	3	5,0
<b>Prevención</b>	<b>&lt;20-39</b>	54	90,0
	<b>40-59</b>	3	5,0
	<b>60-&gt;80</b>	3	5,0

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 21 nos indica la distribución de los internos de medicina según las dimensiones del test perfil del estrés. Existen variables cuyos puntajes nos muestran el riesgo en el que se encuentran los encuestados. En la primera dimensión observamos que el 16.7% de la población presentan niveles elevados de estrés percibido en el trabajo y en la vida, mientras que el 46.7 de la población presenta niveles reducidos. En la dimensión de hábitos de salud se observa un porcentaje inferior a T39 de 86.7% lo que refleja que los internos están en riesgo de padecer problemas relacionados con el bienestar físico y psicológico, también refleja que el 1.7% de los encuestados presentan una puntuación superior a T60 lo que indica que estas personas practican conductas orientadas al mantenimiento de la salud. En la variable prevención se obtuvo un porcentaje de 90.0% con una puntuación inferior a T39 lo que indica que los encuestados no desarrollan

estrategias que les ayude a prevenir enfermedades que afecten su salud, se debe también mencionar que el 5% de los internos obtuvieron una puntuación superior a T60 lo que nos muestra que tienden a mantener de manera más regular hábitos de salud preventiva y evitar el empleo de sustancias que podrían incrementar el riesgo de enfermedad. En las variables descanso/sueño y alimentación/nutrición podemos observar que sus puntuaciones son 51.7% y 75% respectivamente en el rango de 40 – 59 lo que indica que estos internos se encuentran dentro de lo normal en estas dimensiones.

**Tabla 22**

*Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.*

<b>Perfil de Estrés</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Conglomerado de Reactivos “ARC”</b>	<b>&lt;20-39</b>	2	3,3
	<b>40-59</b>	1	1,7
	<b>60-&gt;80</b>	57	95,0
<b>Red de Apoyo Social</b>	<b>&lt;20-39</b>	16	26,7
	<b>40-59</b>	33	55,0
	<b>60-&gt;80</b>	11	18,3
<b>Conducta Tipo A</b>	<b>&lt;20-39</b>	15	25,0
	<b>40-59</b>	26	43,3
	<b>60-&gt;80</b>	19	31,7
<b>Fuerza Cognitiva</b>	<b>&lt;20-39</b>	50	83,3
	<b>40-59</b>	9	15,0
	<b>60-&gt;80</b>	1	1,7
<b>Valoración Positiva</b>	<b>&lt;20-39</b>	18	30,0
	<b>40-59</b>	29	48,3
	<b>60-&gt;80</b>	13	21,7
<b>Valoración Negativa</b>	<b>&lt;20-39</b>	11	18,3
	<b>40-59</b>	34	56,7
	<b>60-&gt;80</b>	15	25,0

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 22 revela que en la escala de conglomerado de reactivos ARC se obtuvo un porcentaje igual a 95.0% con una puntuación superior a T60 lo que refleja alerta de

riesgo sobre el abuso de sustancias (alcohol y drogas) y consumo de tabaco, podemos observar también que el 3.3% obtuvo una puntuación inferior a T39 lo que indica que estos internos no presentan ningún tipo de alerta. En la dimensión fuerza cognitiva obtuvieron un porcentaje igual a 83.3% que puntuó inferior a T39 lo que determina que los internos carecen de actitudes y creencias que las personas tienen acerca de la vida y del trabajo, es probable que vean los cambios y los riesgos en su existencia como amenazas y que sean propensos a sentir que no tienen control sobre los acontecimientos más relevantes, ni sobre los aspectos más importantes de su vida, por otro lado el 1.7% obtuvo una puntuación superior a T60 lo que indica que tienden a experimentar un nivel de compromiso y participación relativamente altos en su trabajo y con su familia, así como con ellos mismos, consideran los cambios como oportunidades. Las variables de red de apoyo social y valoración negativa puntúan 55% y 56.7% respectivamente dentro del rango 40 – 59, con lo que podemos concluir que estas dimensiones están dentro de lo normal.

**Tabla 23**

*Distribución de 60 Internos de Medicina del Hospital Homero Castanier Crespo, según Resultados del Perfil de Estrés.*

<b>Perfil de Estrés</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Minimización de Amenaza</b>	<20-39	16	26,7
	40-59	24	40,0
	60->80	20	33,3
<b>Concentración del Problema</b>	<20-39	23	38,3
	40-59	25	41,7
	60->80	12	20,0
<b>Bienestar Psicológico</b>	<20-39	17	28,3
	40-59	24	40,0

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 23 evidenciamos que ciertos valores se encuentran alterados, pero no presentan puntuaciones significativas para ser mencionadas, con lo que se concluye que están dentro del rango de lo normal.

**Tabla 24**

*Resultados del Perfil de Estrés y Edad.*

<b>Variab</b> les	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia/ Edad</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Estrés</b>	<b>60-80</b>	5 (23)	50.0 %
<b>Hábitos de salud</b>	<b>20-39</b>	29 (23) 14 (24)	55.8 % 26.9 %
<b>Ejercicio</b>	<b>20-39</b>	11 (23) 6 (24)	47.8 % 26.1 %
<b>Descanso-sueño</b>	<b>20-39</b>	8 (23)	61.5 %
<b>Alimentación</b>	<b>20-39</b>	6 (23)	50.0 %
<b>Prevención</b>	<b>20-39</b>	27 (23) 16 (24)	50.0 % 29.6 %
<b>Conglomerado Reactivos ARC</b>	<b>60-80</b>	29 (23) 16 (24)	50.9 % 28.1 %
<b>Red de apoyo social</b>	<b>20-39</b>	7 (23) 5 (24)	43.8 % 31.3 %
<b>Conducta tipo A</b>	<b>60-80</b>	10 (23)	52.6 %
<b>Fuerza cognitiva</b>	<b>20-39</b>	23 (23) 14 (24)	46.0 % 28.0 %
<b>Valoración positiva</b>	<b>20-39</b>	8 (23) 5 (24)	44.4 % 27.8 %
<b>Valoración negativa</b>	<b>60-80</b>	7 (23) 5 (24)	46.7 % 33.3 %
<b>Minimización de la amenaza</b>	<b>20-39</b>	9 (23)	56.3 %
<b>Concentración en el problema</b>	<b>20-39</b>	12 (23) 6 (24)	52.2 % 26.1 %
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>20-39</b>	3 (24) 3 (25)	17.6 % 17.6 %

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 24 nos muestra que son los internos en la edad de 23 años los que obtuvieron puntuaciones elevadas, siendo la variable descanso/sueño la que registró la puntuación más alta con un porcentaje igual a 61.5% en el rango 20 – 39, lo que refleja que los evaluados en esta escala no mantienen hábitos en pro de su salud por ello suelen sentirse más agotados y con mucha fatiga, también se muestran menos relajados. Las dimensiones de estrés, hábitos de salud, alimentación, prevención, conglomerado reactivos ARC, conducta tipo A, minimización de la amenaza y concentración del problema presentan valores alterados en los internos de 23 años que podrían ser tomados en cuenta.

**Tabla 25***Resultados del Perfil de Estrés y Sexo.*

<b>Variab</b> les	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia/ Sexo</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Estrés</b>	<b>60-80</b>	7 (M)	70.0%
<b>Hábitos de salud</b>	<b>20-39</b>	33 (M)	63.5 %
<b>Ejercicio</b>	<b>20-39</b>	15 (M)	65.2 %
<b>Descanso-sueño</b>	<b>20-39</b>	7 (M)	53.8 %
<b>Alimentación/nutrición</b>	<b>20-39</b>	7 (M)	58.3 %
<b>Prevención</b>	<b>20-39</b>	36 (M)	66.7 %
<b>Conglomerado Reactivos ARC</b>	<b>60-80</b>	37 (M)	64.9 %
<b>Red de apoyo social</b>	<b>20-39</b>	11 (M)	68.8 %
<b>Conducta tipo A</b>	<b>60-80</b>	9 (M)	60.0 %
<b>Fuerza cognitiva</b>	<b>20-39</b>	32 (M)	64.0 %
<b>Valoración positiva</b>	<b>20-39</b>	12 (M)	66.7 %
<b>Valoración negativa</b>	<b>60-80</b>	10 (M)	66.7 %
<b>Minimización de la amenaza</b>	<b>20-39</b>	8 (M) 8 (H)	50.0 % 50.0 %
<b>Concentración en el problema</b>	<b>20-39</b>	17 (M)	63.9 %
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>20-39</b>	12 (M)	70.6 %

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 25 muestra que los valores más significativos en casi todas las dimensiones (excepto minimización de la amenaza) se encuentran presentes en mujeres. Observamos la dimensión estrés con una puntuación de 70.0% en el rango 60 -80 lo que sugiere que las internas presentan niveles relativamente altos de estrés percibido en los diferentes ámbitos que se desarrollen, en comparación con los internos; la variable bienestar psicológico se destaca por su puntuación más elevada con un porcentaje de 70.6% en el rango 20 – 39, lo que significa que es probable que las encuestadas experimenten una falta generalizada de bienestar en su vida, así como padecimientos psicológicos y físicos que aumentan de manera considerable.

**Tabla 26***Resultados del Perfil de Estrés y Estado civil.*

<b>VARIABLES</b>	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia/ Estado civil</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Estrés</b>	<b>60-68</b>	9 (S)	90.0 %
<b>Hábitos de salud</b>	<b>20-39</b>	36 (S) 11 (C)	69.2 % 21.2 %
<b>Ejercicio</b>	<b>20-39</b>	14 (S)	60.9 %
<b>Descanso-sueño</b>	<b>20-39</b>	8 (S)	61.5 %
<b>Alimentación/nutrición</b>	<b>20-39</b>	8 (S)	66.7 %
<b>Prevención</b>	<b>20-39</b>	38 (S)	70.4 %
<b>Conglomerado Reactivos ARC</b>	<b>60-80</b>	40 (S)	70.2 %
<b>Red de apoyo social</b>	<b>20-39</b>	9 (S) 4 (C)	56.3 % 25.0 %
<b>Conducta tipo A</b>	<b>60-80</b>	14 (S)	73.7 %
<b>Fuerza cognitiva</b>	<b>20-39</b>	36 (S)	72.0 %
<b>Valoración positiva</b>	<b>20-39</b>	12 (S)	66.7 %
<b>Valoración negativa</b>	<b>60-80</b>	13 (S)	86.7 %
<b>Minimización de la amenaza</b>	<b>20-39</b>	12 (S)	75.0 %
<b>Concentración en el problema</b>	<b>20-39</b>	16 (S)	69.6 %
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>20-39</b>	9 (S) 5 (C)	52.9 % 29.4 %

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 26 indica que son los internos solteros quienes obtuvieron puntuaciones elevadas en relación con los otros internos de diferente estado civil. Se puede observar que el índice más alto se obtiene en la variable estrés con una puntuación de 90% en el rango 60 – 80 lo que nos indica que los internos presentan niveles relativamente altos de estrés que se puede manifestar en el trabajo o en la vida de cada uno. De igual manera, la tabla refleja valores significativos en todas las dimensiones

**Tabla 27**

*Resultados del Perfil de Estrés y Rotación.*

<b>Variab</b> les	<b>Rango</b>	<b>Frecuencia/ Rotación</b>	<b>Porcentaje %</b>
<b>Estrés</b>	<b>60-68</b>	2 (CI) 2 (C)	50.0 % 50.0 %
<b>Hábitos de salud</b>	<b>20-39</b>	15 (CI)	28.8 %
<b>Ejercicio</b>	<b>20-39</b>	7 (CI) 7 (C)	30.4 % 30.4 %
<b>Descanso-sueño</b>	<b>20-39</b>	4 (G)	30.8 %
<b>Alimentación/nutrición</b>	<b>20-39</b>	12 (CI, C, P, G)	100.0 %
<b>Prevención</b>	<b>20-39</b>	16 (CI)	29.6 %
<b>Conglomerado Reactivos ARC</b>	<b>60-80</b>	17 (CI)	29.8 %
<b>Red de apoyo social</b>	<b>20-39</b>	6 (CI)	37.5 %
<b>Conducta tipo A</b>	<b>60-80</b>	8 (C)	42.1 %
<b>Fuerza cognitiva</b>	<b>20-39</b>	16 (C) 14 (P)	32.0 % 28.0 %
<b>Valoración positiva</b>	<b>20-39</b>	6 (CI)	33.3 %
<b>Valoración negativa</b>	<b>60-80</b>	5 (CI) 5 (C)	33.3 % 33.3 %
<b>Minimización de la amenaza</b>	<b>20-39</b>	6 (CI)	37.5 %
<b>Concentración en el problema</b>	<b>20-39</b>	7 (CI)	30.4 %
<b>Bienestar Psicológico</b>	<b>20-39</b>	6 (CI)	35.3 %

Nota: Los puntajes T normalizados iguales o superiores a 60 se consideran en riesgo para las siguientes dimensiones: estrés, Conducta tipo A, Valoración negativa y Conglomerado de reactivos ARC; mientras que los puntajes T normalizados iguales o inferiores a 39 se consideran en riesgo para las dimensiones restantes.

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 27 indica valores elevados presentes en las cuatro rotaciones realizadas (clínica, cirugía, pediatría y ginecología), estos valores se destacan en dos dimensiones: estrés y alimentación/nutrición, presentando cada variable una puntuación con un valor igual a 100.0%, estrés en el rango 60 – 80 los que indica que los encuestados presentan niveles relativamente altos que se puede manifestar en el trabajo o en la vida de cada uno; alimentación/nutrición en el rango 20 – 39 cuyo significado es que los internos tienden a mantener hábitos dietéticos menos balanceados y disciplinados, consumen más grasas saturadas, colesterol, azúcar, sal y calorías.

**Tabla 28**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Somatizaciones											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	75	
Estrés	<20-39	N	0	2	2	8	6	5	2	0	2	0	1
		%	0,0	100,0	66,7	66,7	50,0	45,5	28,6	0,0	33,3	0,0	50,0
	40-59	N	2	0	1	3	4	4	4	2	1	1	0
		%	100,0	0,0	33,3	25,0	33,3	36,4	57,1	100,0	16,7	100,0	0,0
	60->80	N	0	0	0	1	2	2	1	0	3	0	1
		%	0,0	0,0	0,0	8,3	16,7	18,2	14,3	0,0	50,0	0,0	50,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 28 muestra la relación entre estrés y síntomas clínicos en donde se observa que el 50% que puntuaron 65 y 75 en la dimensión de somatizaciones presentan estrés lo que se puede concluir que existe una relación entre dichos síntomas.

**Tabla 29**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Obsesiones y Compulsiones											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	75	
Estrés	<20-39	N	3	3	4	5	6	4	2	0	1	0	3
		%	75,0	100,0	44,4	62,5	46,2	50,0	25,0	0,0	33,3	0,0	75,0
	40-59	N	1	0	4	2	6	4	4	0	1	0	1
		%	25,0	0,0	44,4	25,0	46,2	50,0	50,0	0,0	33,3	0,0	25,0
	60->80	N	0	0	1	1	1	0	2	1	1	3	0
		%	0,0	0,0	11,1	12,5	7,7	0,0	25,0	100,0	33,3	100,0	0,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Con respecto a la tabla 29 se evidencia que el 100% de los que obtuvieron una puntuación de 70 en obsesiones y compulsiones tienen estrés por lo que también existe una relación.

**Tabla 30***Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Sensitividad Interpersonal											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	75	
Estrés	<20-	N	4	0	0	11	5	3	3	1	1	0	0
	39	%	66,7	0,0	0,0	73,3	83,3	27,3	33,3	100,0	33,3	0,0	0,0
	40-	N	0	3	2	3	1	7	4	0	0	1	1
	59	%	0,0	100,0	66,7	20,0	16,7	63,6	44,4	0,0	0,0	50,0	100,0
	60-	N	2	0	1	1	0	1	2	0	2	1	0
	>80	%	33,3	0,0	33,3	6,7	0,0	9,1	22,2	0,0	66,7	50,0	0,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
 Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 30 se observa la relación que existe entre sensibilidad interpersonal y estrés ya que el 66,7% que tuvieron un puntaje de 65 y el 50% que puntuaron 70 en esta dimensión tienen Estrés.

**Tabla 31***Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Depresión										
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	
Estrés	<20-	N	3	3	7	3	5	3	2	1	1	0
	39	%	100,0	60,0	53,8	60,0	50,0	42,9	22,2	33,3	33,3	0,0
	40-	N	0	2	4	2	4	4	5	1	0	0
	59	%	0,0	40,0	30,8	40,0	40,0	57,1	55,6	33,3	0,0	0,0
	60-	N	0	0	2	0	1	0	2	1	2	2
	>80	%	0,0	0,0	15,4	0,0	10,0	0,0	22,2	33,3	66,7	100,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
 Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 31 explica los resultados de la relación de los síntomas clínicos analizada por el inventario de síntomas SCL-90 y la presencia de estrés, en el que se vuelve a notar la relación entre estos problemas psicológicos, puesto que el 33,3% que puntuaron 63, el 66,7% en 65 y el 100% en 70 en la dimensión de depresión presentan estrés.

**Tabla 32**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Ansiedad											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	75	
Estrés	<20-39	N	1	4	5	5	8	0	4	0	1	0	0
		%	100,0	57,1	62,5	55,6	57,1	0,0	40,0	0,0	100,0	0,0	0,0
	40-59	N	0	3	1	3	5	4	4	1	0	1	0
		%	0,0	42,9	12,5	33,3	35,7	100,0	40,0	50,0	0,0	33,3	0,0
	60->80	N	0	0	2	1	1	0	2	1	0	2	1
		%	0,0	0,0	25,0	11,1	7,1	0,0	20,0	50,0	0,0	66,7	100,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 32 muestra que existe relación entre estos dos problemas psicológicos debido a que el 66,7% que puntuaron 70 y el 100% de los que sacaron un puntaje de 75 en ansiedad tienen estrés.

**Tabla 33**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Hostilidad									
		30	40	45	50	55	60	63	65	70	
Estrés	<20-39	N	5	6	6	6	3	2	0	0	0
		%	62,5	66,7	75,0	42,9	27,3	33,3	0,0	0,0	0,0
	40-59	N	2	1	2	8	6	2	0	1	0
		%	25,0	11,1	25,0	57,1	54,5	33,3	0,0	100,0	0,0
	60->80	N	1	2	0	0	2	2	1	0	2
		%	12,5	22,2	0,0	0,0	18,2	33,3	100,0	0,0	100,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Por lo que se refiere a la tabla 33 manifiesta nuevamente que el 100% que sacaron 70 en hostilidad existe la presencia de estrés en los participantes.

**Tabla 34**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Ansiedad Fóbica								
		30	45	50	55	60	63	65	75	
Estrés	<20-39	N	16	0	6	2	2	1	1	0
		%	61,5	0,0	54,5	28,6	33,3	25,0	33,3	0,0
	40-59	N	7	1	4	2	3	2	2	1
		%	26,9	100,0	36,4	28,6	50,0	50,0	66,7	50,0
	60->80	N	3	0	1	3	1	1	0	1
		%	11,5	0,0	9,1	42,9	16,7	25,0	0,0	50,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 34 exhibe que solo el 50% que obtuvieron un puntaje de 75 en la dimensión de ansiedad fóbica presenta relación con estrés.

**Tabla 35**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Ideación Paranoide											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	80	
Estrés	<20-39	N	8	0	4	3	7	4	2	0	0	0	0
		%	61,5	0,0	80,0	75,0	46,7	33,3	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	40-59	N	2	1	1	1	6	8	0	2	0	0	1
		%	15,4	100,0	20,0	25,0	40,0	66,7	0,0	66,7	0,0	0,0	100,0
	60->80	N	3	0	0	0	2	0	0	1	3	1	0
		%	23,1	0,0	0,0	0,0	13,3	0,0	0,0	33,3	100,0	100,0	0,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Acerca de la tabla 35 indica que del 100% que obtuvieron un puntaje de 65 y 70 en ideación paranoide también tienen estrés.

**Tabla 36**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Psicoticismo										
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	
Estrés	<20-39	N	7	0	4	5	6	4	0	2	0	0
		%	46,7	0,0	50,0	55,6	66,7	66,7	0,0	66,7	0,0	0,0
	40-59	N	4	1	2	4	3	2	4	0	1	1
		%	26,7	100,0	25,0	44,4	33,3	33,3	66,7	0,0	50,0	100,0
	60->80	N	4	0	2	0	0	0	2	1	1	0
		%	26,7	0,0	25,0	0,0	0,0	0,0	33,3	33,3	50,0	0,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En cuanto a la tabla 36 se observa que los internos que obtuvieron un puntaje superior a 63 en psicoticismo tienen predisposición a tener estrés.

**Tabla 37**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Índice de Severidad Global										
		30	35	40	45	50	55	60	63	70	75	
Estrés	<20-39	N	5	4	4	4	6	2	1	2	0	0
		%	62,5	57,1	50,0	66,7	60,0	25,0	20,0	50,0	0,0	0,0
	40-59	N	3	2	2	2	3	5	3	1	1	0
		%	37,5	28,6	25,0	33,3	30,0	62,5	60,0	25,0	33,3	0,0
	60->80	N	0	1	2	0	1	1	1	1	2	1
		%	0,0	14,3	25,0	0,0	10,0	12,5	20,0	25,0	66,7	100,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

La tabla 37 muestra que el 66,7% que puntuaron 70 en el índice de severidad global de igual manera se relaciona con el estrés.

**Tabla 38**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Síntomas Positivos											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	80	
Estrés	<20-39	N	2	3	5	9	0	3	1	1	3	1	0
		%	66,7	42,9	62,5	81,8	0,0	25,0	33,3	100,0	60,0	50,0	0,0
	40-59	N	1	3	2	2	6	3	2	0	1	1	1
		%	33,3	42,9	25,0	18,2	100,0	25,0	66,7	0,0	20,0	50,0	50,0
	60->80	N	0	1	1	0	0	6	0	0	1	0	1
		%	0,0	14,3	12,5	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	20,0	0,0	50,0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

Por lo que se refiere a la tabla 38 enseña que solo el 50% de los puntuaron 80 en el índice de síntomas positivos se encuentra relacionado con estrés.

**Tabla 39**

*Relación entre nivel de Estrés y Síntomas Clínicos.*

Puntaje		Malestar Sintomático Positivo											
		30	35	40	45	50	55	60	63	65	70	75	
Estrés	<20-39	N	6	6	0	3	4	7	1	0	1	0	0
		%	75,0	60,0	0,0	37,5	36,4	77,8	25,0	0,0	33,3	0,0	0,0
	40-59	N	2	3	0	4	6	2	2	1	1	0	1
		%	25,0	30,0	0,0	50,0	54,5	22,2	50,0	100,0	33,3	0,0	33,3
	60->80	N	0	1	2	1	1	0	1	0	1	1	2
		%	0,0	10,0	100,0	12,5	9,1	0,0	25,0	0,0	33,3	100,0	66,7

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación  
Elaboración: María de los Ángeles Urgilés & Valeria Carrión

En la tabla 39 nos muestra que el 66,7% que obtuvieron un puntaje de 75 en malestar sintomático positivo también existe relación con estrés.

## CAPÍTULO IV

### 4. Discusión

El objetivo de esta investigación fué determinar el nivel de Estrés y síntomas clínicos en los internos de medicina del Hospital Homero Castanier Crespo. Dentro de los objetivos específicos se plantean los siguientes: examinar el nivel de estrés, identificar la presencia de síntomas clínicos, relacionar los niveles de estrés con la presencia de síntomas clínicos y conocer las variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, área de rotación) que ejercen influencia en nuestra investigación. Los participantes de este estudio fueron 60 internos, con una edad promedio de 23 años, en cuanto al sexo, las mujeres se destacan con mayor porcentaje (65%), por otro lado, los solteros (71,7%) son los que sobresalen en el estudio asimismo las rotaciones con mayor porcentaje en presentar puntuaciones significativas fueron de clínica y cirugía (28%, 3%). En comparación con otro estudio para determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en los médicos internos del IMSS, en la Ciudad de Tepic, Nayarit, se encontraron datos sociodemográficos similares a excepción del número de participantes y el sexo: la población fue de 25 internos, un (48%) tienen 23 años. En cuanto al sexo un (60%) son hombres y un (96%) son solteros (Barraza, Romero, Lores, Pérez, Piña, & Romero, 2009).

Se pudo determinar que el 16.7% de la población evaluada presenta estrés. Los puntajes más significativos en lo referente a indicar alertas de riesgo se encuentran en las dimensiones de: hábitos de salud con un (80.7%), prevención que refleja un (90%), conglomerado de reactivos ARC con un (95%) y fuerza cognitiva que puntuó (83.3%).

Al analizar a los evaluados se logró determinar que son los internos en la edad de 23 años quienes manifiestan puntuaciones elevadas en la variable descanso/sueño con un valor de 61.5%; las mujeres presentaron un nivel más elevado de estrés 70.0% y bienestar psicológico 70.6%; los internos solteros obtuvieron valores más altos en la variable estrés con una puntuación de 90.0%, hay que considerar que en el análisis por estado civil los encuestados solteros obtuvieron valores significativos en todas las dimensiones del perfil de estrés; en cuanto a la rotación, fueron las variables estrés (cirugía y clínica) 100.0% y alimentación/nutrición en las cuatro áreas rotantes (cirugía, clínica, pediatría y

ginecología) 100.0%, las que reflejaron puntuaciones elevadas. Existen datos similares en un estudio realizado en estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Coahuila, Unidad Torreón, México, los resultados del análisis efectuado entre los ítems de la escala EUBE del síndrome de estrés estudiantil presentan la comparación por ítem, en ciertas variables se observa que el grado de estudios sí influye, ya que el mayor nivel de estrés se presenta en los alumnos del quinto año de la carrera, mientras en algunos ítems aparece el género masculino sobre el femenino y en otros ítems influyen ambas variables (edad y grado académico) la diferencia en esta investigación en cuanto a hombres y mujeres es mínima, 33 hombres y 31 mujeres (Rodríguez, Sanmiguel, Muñoz, & Rodríguez, 2014), como se aprecia en esta investigación el género masculino se sobrepone, en tanto que en nuestro estudio, son las mujeres quienes obtienen puntuaciones significativas y porcentajes más altos.

Existen hallazgos en la facultad de psicología de la Universidad de Colima (México) donde se realizó una encuesta a 61 internos, los resultados obtenidos presentaron que el 45.9% de los médicos residentes muestran un nivel de estrés moderado, mientras que el 4.9% reflejan un nivel de estrés severo, la manifestación de estrés no parece estar asociada al tipo de especialidad ni al sexo de los individuos (Zurrosa, Oviedo, Ortega, & Gonzalez, 2009), en nuestra investigación los índices encontrados reflejan de igual manera la presencia de estrés en un grado moderado / severo en un 16.7% de los internos rotativos, si bien es cierto los niveles de estrés manifestados están presentes en todas las asociaciones, el sexo femenino se destaca por su mayor puntuación en esta dimensión (70.0%), así también son los internos cursando las rotaciones de clínica y cirugía aquellos en presentar mayores índices de estrés (100.0%).

En lo referente a las variables sociodemográficas sobre edad y sexo, se encontró que en un estudio realizado en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de Ricardo Palma de Lima que solo el sexo se asoció con un OR de 1,8 que se entendería como 1,8 veces más riesgo de que un estudiante de sexo masculino tenga mala calidad de sueño; sin embargo la edad no estuvo asociada (Díaz, 2017). En los datos obtenidos en nuestros encuestados, son los internos de 23 años quienes puntuaron con riesgo en la dimensión de descanso/sueño con un valor de 61.5%, mientras que el sexo no manifestó valores significativos.

De acuerdo con el instrumento aplicado (SCL-90) que permitió evaluar los síntomas clínicos donde predominaron los siguientes problemas por orden de importancia: (18,3%) somatizaciones, (16,6%) síntomas positivos, (15%) ansiedad fóbica, (13,4%) depresión e ideación paranoide, (11,7%) ansiedad, (11,7%) sensibilidad interpersonal, (11,7%) obsesiones y compulsiones, (10%) psicoticismo y (6,7%) hostilidad. En un estudio realizado con estudiantes de los primeros años de medicina de la UNAM utilizando el mismo instrumento SCL-90 para evaluar la sintomatología psiquiátrica donde los resultados obtenidos a través de desviación estándar fueron ubicados de igual forma por orden de mayor significación: (1.0) obsesión-compulsión, (0.8) depresión, (0.8) ansiedad, (0.7) problemas de relaciones interpersonales, (0.7) somatización y (0.5) paranoia (Heinze, Vargas, Cortés, 2008).

Es importante recalcar que se han realizado estudios acerca de la salud mental en el personal de salud; sin embargo, no hay suficientes investigaciones que utilicen estos instrumentos. En un estudio realizado con internos de medicina de dos Hospitales de Perú dentro del análisis de depresión según el sexo obtuvieron los siguientes resultados: los internos de medicina más propensos a tener depresión son del sexo femenino 31.4% (22) y los del sexo masculino 28.6% (20) (Pisconte, 2018). Esto quiere decir que es ecuánime con esta investigación donde se concluye que las mujeres 8,3% (5) son más vulnerables a presentar depresión mientras que los hombres 5% (3) tienen puntuaciones altas en depresión.

Por otro lado, se puede evidenciar en el mismo estudio que no es semejante los resultados con respecto a la rotación que tiene mayor prevalencia de padecer este problema, ya que los internos de medicina con depresión, 11 se encontraba rotando en Ginecoobstetricia, 10 en Cirugía y 9 en pediatría, (Pisconte, 2018). De igual manera en otro estudio realizado con internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social, en Mexicali, Baja California los resultados muestran que los internos con depresión, 7 estaban en la rotación Ginecoobstetricia (Palmer-Morales, Prince-Vélez, Medina-Ramírez, & López-Palmer, 2017). Mientras que en el estudio en curso se obtuvo como resultado que de los 17 internos que encontraban rotando el área de clínica 3 tuvieron puntuaciones altas en depresión, de los 17 internos que rotaban cirugía así mismo 3 presentaron depresión, 15 internos se encontraban en pediatría de los cuales 1 tenía un

puntaje significativo en este síntoma, en cuanto al área de ginecología 11 internos se encontraban en esta rotación y solo 1 tenía depresión.

Para finalizar los internos encuestados muchas veces son sometidos a varias clases de maltratos, por lo que en la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana en la Ciudad de México, se realizó un estudio cuyos resultados muestran que las consecuencias del maltrato tanto psicológico como académico incluyen padecer o haber padecido estrés (89%), depresión (71%) y ansiedad (78%), además de tener una influencia negativa en la calidad de la atención de los pacientes (58%) (Derive, Casas, Obrador, Villa, & Contreras, 2018), se asemeja a nuestra investigación debido a que los datos obtenidos reflejan niveles considerables tanto de estrés (16.7) como de depresión (13.4%).

## CONCLUSIONES

- ❖ Conforme nuestro estudio los internos de medicina presentan niveles moderados / altos de estrés, que se manifiestan en las diferentes asociaciones con las variables estudiadas.
- ❖ De acuerdo con la aplicación del Inventario de Síntomas SCL-90 los internos de medicina obtuvieron puntuaciones significativas en todas las dimensiones lo cual indica cierto riesgo, los síntomas con mayor frecuencia son: Somatizaciones, ansiedad fóbica y depresión. En la escala del test perfil del estrés, los encuestados puntuaron significativamente en todas las dimensiones individuales, presentándose en mayor medida en lo que respecta a estrés y hábitos de salud (descanso/sueño y alimentación y nutrición).
- ❖ Con respecto a una de las preguntas de investigación “¿Existe relación entre los niveles de estrés y los síntomas clínicos presentes en los internos rotativos?” se puede concluir que todos los síntomas clínicos evaluados por el instrumento SCL-90 tienen una relación importante con el estrés, puesto que sus puntuaciones T son superiores a 63. El reactivo Perfil del Estrés nos deja ver de igual manera la relación entre el estrés y las escalas individuales, cuyas puntuaciones T dependen de la subdimensión evaluada y reflejan valores superiores a T60 o inferiores a T39.
- ❖ Al analizar las variables sociodemográficas planteadas en nuestra investigación, podemos decir que son los internos en la edad de 23 años, de sexo femenino, de estado civil soltero y realizando la rotación de clínica y cirugía, quienes obtuvieron las puntuaciones más elevadas.

## RECOMENDACIONES

Al finalizar con este estudio es fundamental plantear aspectos que mejoren las investigaciones afines a la expuesta, así como estrategias para prevenir síntomas psicopatológicos que pueden dar lugar a la presencia de una enfermedad mental. A continuación, se expone algunas sugerencias:

- ❖ Incorporar mayor número de participantes y comparar poblaciones de diferentes centros hospitalarios, con la intención de indagar entre los internos cuales son los síntomas clínicos que se presentan con más frecuencia
- ❖ Utilizar diversas escalas que midan síntomas clínicos y patrones de personalidad que podrían ser un factor importante a la hora de clasificar y categorizar a un individuo.
- ❖ En lo referente a la metodología con la que se realizó este estudio, se sugiere, para futuras investigaciones, implementar una entrevista semiestructurada, con la única intención de tener una visión más profunda sobre la población que va a ser estudiada y obtener datos más completos.
- ❖ Desarrollar programas que permitan a los internos adaptarse de mejor manera a la carga laboral a la que se ven expuestos diariamente, para que puedan tener un mejor desempeño profesional.
- ❖ Elaborar talleres en la que los internos puedan identificar tempranamente los síntomas asociados ya sea al estrés, depresión, ansiedad.
- ❖ Incrementar dentro del programa hospitalario ayuda psicológica en caso de necesitarse para los internos.

## Bibliografía

1. Alulema, M., & Orbe, G. (2014). Nivel de estrés laboral percibido y la asociación con fenómeno ansioso y depresivo en el Personal Médico e Internos Rotativos en los distintos servicios del Hospital IESS Carlos Andrade Marín y el Hospital de Especialidades N°1 de la Fuerzas Armadas en el. Quito.
2. Anguizola, F., Del Vecchio, G., Halphen, J., & Pérez, R. (s.f.). *estrés en los estudiantes de medicina de la universidad latina de panamá*.
3. AEMPPI. (2017). Salud mental en estudiantes de Medicina: depresión, estrés, 'burnout', suicidio... Generación Elsevier
4. Arana Paredes, A. V., & Mallea Díaz, K. M. (2014). *dimensiones de la personalidad y síndrome de burnout en internos de medicina*. UCSM.
5. Barraza, J., Romero, J., Lores, L., Pérez, B., Piña, N., & Romero, D. (2009). Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit. *medigraphic*.
6. Bethesta, MD. (2015). Trastorno de ansiedad generalizada: Cuando no se pueden controlar las preocupaciones. National Institute of Mental Health.
7. Bohórquez, P. A. P. (2007) prevalencia de depresión y de ansiedad en estudiantes de medicina. Pontificia Universidad Javeriana.
8. C. Athié Gutiérrez et al. (2016). Burnout en médicos internos de pregrado del Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Investigación en Educación Médica*.
9. Camargo, D. (2004). estrés, síndrome general de adaptación o reacción general de alarma. *Revista Médico Científica*.
10. Carmona, R. C., Monterrosas, R. A. M., Navarrete, M. A., Acosta, M. E. P., Toccuco, G. U. (2017). ansiedad de los estudiante de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. facultad de medicina de la unam.
11. Castillo, I., Orozco, J., Alvis, L. (2015). Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, vol. 47, núm 2, mayo-agosto, 2015, pp. 187-192. Universidad Industrial de Santander Bucaramanga, Colombia. Recuperado el 02 de 28 de noviembre de 2018. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/3438/343839278010.pdf>
12. Cevallos, Montalvo, D. (2017). Teorías de la ansiedad en la terapia Gestalt. *Poiésis*, (33). 46-57. Recuperado el 28 de noviembre de 2018. Disponible en

<http://funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2495/1913>

13. Cevallos, Montalvo, D. (2014). Trastorno de Ansiedad Generalizada: Una aproximación desde la Terapia Gestalt. *Revista Figura Fondo* No. 36. pp. 103-114. IHPG: México. Recuperado el 28 de noviembre de 2018. Disponible en: [file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/Trastorno de Ansiedad Generalizada\\_Una\\_A.pdf](file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/Trastorno_de_Ansiedad_Generalizada_Una_A.pdf)
14. Cleriga, R. (2009). *¿Preocupación en exceso?*. Reforma; Mexico City (Mexico City).
15. Derive, S., Casas, M. de la Cruz., Obrador, G., Villa, A., Contreras, D. (2018). Percepción de maltrato durante la residencia médica en México: medición y análisis bioético. Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad Panamericana, Campus México, Ciudad de México, México. Recuperado el 02 de marzo de 2019. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572018000200035&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572018000200035&script=sci_arttext)
16. Díaz Martín, Yanet. (2010). Estrés académico y afrontamiento en estudiantes de Medicina. *Humanidades Médicas*, 10(1) Recuperado en 24 de agosto de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000100007&lng=es&tlng=es).
17. Estrada, J. (2015). Los tres tipos de ansiedad según Freud. El psicoasesor. UNAM. Recuperado el 16 de noviembre de 2018, de <http://elpsicoasesor.com/los-tres-tipos-de-ansiedad-segun-freud/>
18. *Foromed*. (26 de Noviembre de 2017). Obtenido de Foromed: <http://foromed.com/estres-causas-sintomas-tratamientos-consecuencias-mas/>
19. Glover, M. (2018). Tipos de ansiedad según Freud. *Psicología online*. Recuperado el 16 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.psicologia-online.com/tipos-de-ansiedad-segun-freud-3878.html>
20. González, S. (2018). Los tres tipos de Ansiedad según Sigmund Freud. La mente es maravillosa. Portada – Psicología – Psicología Clínica. Recuperado el 16 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://lamenteesmaravillosa.com/los-tres-tipos-de-ansiedad-segun-sigmund-freud/>
21. González, C. J. (2018). Estrés y ansiedad de médicos residentes aumentan en las guardias. *Redacción Médica UNIR* Recuperado el 15 de noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/profesionales/estr-s-y-ansiedad-de-m-dicos-residentes-aumenta-en-las-guardias-91958>

22. Guerrero, L. J. B., Heinze, M. G., Ortiz de León, S., Cortés, M. J., Barragán, P. V., Flores, R. M. (2013). Factores que predicen depresión en estudiantes de medicina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México, D.F.; Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes, México, D.F. Recuperado el 23 de agosto de 2018. Disponible en [https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM\\_149\\_2013\\_6\\_598-604.pdf](https://www.anmm.org.mx/GMM/2013/n6/GMM_149_2013_6_598-604.pdf)
23. Gómez, C. (s.f.). El estrés laboral: una realidad actual. *Summa Humanitatis*.
24. Heinze, Gerhard, Vargas, Blanca Estela, & Cortés Sotres, José F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud mental*, 31(5), 343-350. Recuperado en 11 de enero de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252008000500002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000500002&lng=es&tlng=es).
25. Jimenez, J. López, J. Arenas, O. Ulises, A. (2015). Síntomas de depresión, ansiedad y riesgo de suicidio en médicos residentes durante un año académico. *Revista Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado el 28 de diciembre de 2018. Disponible en <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=55097>
26. Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. (Traducción, Barcelona, Martínez Roca, 1986).
27. Medline Plus. (2018). Ansiedad. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Medline Plus. US Department of Health and Human Services.
28. Nogareda, S. (s.f.). *Fisiología del estrés*. España.
29. Naranjo Pereira, M. (2009). una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de este en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33 (2), 171-190.
30. Ortega, M., & Ortiz, G., & Martínez, A. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32 (3), 235-242.
31. Palmer, Y., Prince, R., Medina, M., & López, D. (2016). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. *Investigación en Educación Médica*.
32. Pisconte, A, C., (2018). Depresión y trastornos en internos de medicina de dos Hospitales del Norte del Perú – 2018. Universidad Nacional de

- Piura. Recuperado el 26 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://repositorio.unp.edu.pe/handle/UNP/1196>
33. Pose, G. (s.f.). *EL ESTRÉS EN LA EVALUACIÓN INSTITUCIONAL*. Obtenido de EL ESTRÉS EN LA EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: <https://evaluacioninstitucional.idoneos.com/>
  34. Rodríguez, A. U., Amaya, A. A. M., Argota, P. A. P., (2011). Inteligencia Emocional y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. Universidad del Magdalena – Colombia.
  35. Rodríguez, M., Sanmiguel, M., Muñoz, A., Rodríguez, C. (2014). EL ESTRÉS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA AL INICIO Y FINAL DE SU FORMACION ACADEMICA. Revista Iberoamericana de educación. Recuperado el 02 de marzo de 2019. Disponible en: [file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/rie66a07%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/PERSONAL/Downloads/rie66a07%20(2).pdf)
  36. Sanchez, M., Chichon, P. J., Leon, J. F., Alipazaga, P. (2016). Trastornos mentales en estudiantes d medicina humana en tres universidades de Lambayeque, Perú. Rev. Neurosiquiatria. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372049332002.pdf>
  37. Sánchez, F.A., Flores, E.R., Urbina, B.R. y Lara, F.N.L. (2008). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. Investigación en Salud, X, 14-21.
  38. Schwenk, T.L., Davis, L. y Wimsatt, L.A. (2010). Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in medical Students. Journal of the American Medical Association, 304, 1181-1190.
  39. Suca-Saavedra, R., & López-Huamanrayme, E. (2016). Síndrome de burnout en internos de medicina del Perú: ¿es un problema muy prevalente? . *Rev Neuropsiquiatra*.
  40. Solís, S., Urgilés, F., & Uyaguari, M. d. (2013). *desarrollo y validación del test de estrés laboral en médicos/as e internos/as del hospital vicente corral moscoso, cuenca 2013* . Cuenca.
  41. Vargas, B., Moheno, V., Cortés, José., Heinze, G. (2015). Médicos residentes: rasgos de personalidad, salud mental e ideación suicida. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina. Recuperado el 3 de enero de 2019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007505715000356?via%3Dihub>
  42. Villavicencio , J. (2015). *Asociación entre la depresión y el síndrome de Burnout en médicos residentes e internos de medicina en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2015* . Lima.
  43. Waschgler, K. (5 de octubre de 2015). *Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia*. Obtenido de Digitum: Repositorio Institucional de la Universidad de Murcia: <http://hdl.handle.net/10201/46500>

44. Yusvisaret, P.M., Prince, V.R., Medina, M. C.R., Lopez, P. D. A., (2016) Frecuencia de rasgos de depresion en medicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California. Investigacion en Educacion Medica.
45. Zurrosa, A., Oviedo, I., Ortega, R., González, O., (2009). Relación entre rasgos de personalidad y el nivel de estrés en los médicos residentes. Laboratorio de Neurociencias. Facultad de Psicología. Universidad de Colima. Recuperado el 28 de febrero de 2019. Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Oscar\\_Gonzalez-Perez/publication/26700715\\_Relationship\\_between\\_personality\\_profiles\\_and\\_stress\\_in\\_medical\\_residents/links/0912f50380c1a8f0a3000000.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Oscar_Gonzalez-Perez/publication/26700715_Relationship_between_personality_profiles_and_stress_in_medical_residents/links/0912f50380c1a8f0a3000000.pdf)

## Anexos



Azogues, 05 de junio 2018

Señor Doctor  
Víctor Castillo Lara  
GERENTE GENERAL DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESCO  
Ciudad.-

Luego de presentarle nuestro atento saludo, pedimos a su autoridad que se digne a darnos la autorización para la aplicación de dos pruebas para la medición de estrés y variables psicológicas en los internos de medicina, los datos obtenidos serán de absoluta confidencialidad y con fines estrictamente terapéuticos, ésta información corresponderá al trabajo de investigación para la obtención del título de Psicólogas Clínicas de la Universidad del Azuay.

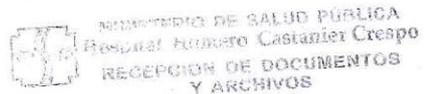
Con sentimientos de alta consideración y estima suscribimos de Usted.

Atentamente,

  
Mg. Sebastián Herrera Puente  
DIRECTOR DE TESIS

  
Ángeles Urgilés  
EGRESADAS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

  
Valeria Carrión



5 JUN 2018

SECRETARÍA DE GERENCIA  
HORA: 15:37



- Consentimiento informado

**Universidad del Azuay Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la  
Educación.**

**Escuela de Psicología Clínica**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INSTRUCCIONES:** Este consentimiento informado luego de ser leído, debe ser firmado antes del desarrollo de los test.

Nosotros, María de los Ángeles Urgilés González, Valeria Patricia Carrión Rivas estudiantes de Psicología Clínica de la Universidad del Azuay, previo a la obtención de Título de Psicóloga Clínica nos encontramos elaborando un proyecto de investigación que lleva como título: “ESTRÉS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS EN LOS INTERNOS DE MEDICINA DEL HOSPITAL HOMERO CASTANIER CRESPO (AZOGUES)”.

Yo, \_\_\_\_\_ con cédula de identidad número: \_\_\_\_\_, voluntaria y conscientemente, doy mi consentimiento para participar en una prueba psicológica (SCL90-R Y Teste de Perfil de Estrés). Por este medio expreso que recibí una explicación clara y completa de la naturaleza general y de los propósitos de la prueba, así como de la razón específica por la que se me somete a esta.

Estoy consciente de que quizá no es posible que la persona que aplica la prueba me explique todos los aspectos de la misma hasta que haya terminado. Entiendo que me informarán sobre los resultados y estos se manejarán con estricta confidencialidad, sin ningún costo, va a ser utilizado únicamente para el estudio antes mencionado. En este momento autorizo a que se envíe una copia de los resultados a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la prueba

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional que aplica la prueba

CI:

- Variables Sociodemográfica

Nombre..... Edad:..... Fecha de hoy: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Estado civil:**

Soltero                       Divorciado                       Viudo/a  
 Casado                       Separado                       En pareja

**Rotación:**

- Clínica
- Cirugía
- Pediatría
- Ginecología

- SCL-90

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

**SCL-90-R**

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero     Divorciado     Viudo/a  
 Casado     Separado     En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.  
 Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).  
 Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:  
**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**  
 No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sinresponder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho







• Perfil de Estrés

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de identificación: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Masculino  Femenino Nivel educativo (años completados):  <12  12  13  14  15  16  >16  
 Nombre del aplicador: \_\_\_\_\_ Número de identificación del aplicador: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**PERFIL DE ESTRÉS**

**Instrucciones**

Primero llene la ficha de identificación. Marque con un círculo **sólo una** respuesta en cada pregunta. Si desea cambiar alguna respuesta que ya marcó, sólo escriba una X sobre la primera respuesta y después dibuje un círculo alrededor de la respuesta correcta.

Hay instrucciones para cada grupo de preguntas en el Cuadernillo de aplicación, las cuales describen las respuestas que puede escoger. Lea cada pregunta con cuidado y marque el número que corresponda a su respuesta en esta Forma. Dibuje un círculo alrededor del número o la letra que corresponda a su respuesta.

**PARTE I**

- 1 ▶ Nunca
- 2 ▶ Rara vez
- 3 ▶ Algunas veces
- 4 ▶ A menudo
- 5 ▶ Siempre

1.	1	2	3	4	5
2.	1	2	3	4	5
3.	1	2	3	4	5
4.	1	2	3	4	5
5.	1	2	3	4	5
6.	1	2	3	4	5

**PARTE II**

- 1 ▶ Nunca
- 2 ▶ Rara vez
- 3 ▶ Algunas veces
- 4 ▶ A menudo
- 5 ▶ Siempre

7.	1	2	3	4	5
8.	1	2	3	4	5
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5
24.	1	2	3	4	5
25.	1	2	3	4	5
26.	1	2	3	4	5
27.	1	2	3	4	5
28.	1	2	3	4	5
29.	1	2	3	4	5
30.	1	2	3	4	5
31.	1	2	3	4	5

- 1 ▶ Ninguno
- 2 ▶ De 1 a 4 cigarrillos
- 3 ▶ De 5 a 10 cigarrillos
- 4 ▶ De 11 a 20 cigarrillos
- 5 ▶ Más de una cajetilla

**PARTE III**

- A**
- 1 ▶ Nunca
  - 2 ▶ Rara vez
  - 3 ▶ Algunas veces
  - 4 ▶ A menudo
  - 5 ▶ Siempre
  - 6 ▶ No aplicable

32.	1	2	3	4	5	6
33.	1	2	3	4	5	6
34.	1	2	3	4	5	6
35.	1	2	3	4	5	6
36.	1	2	3	4	5	6
37.	1	2	3	4	5	6
38.	1	2	3	4	5	6
39.	1	2	3	4	5	6
40.	1	2	3	4	5	6
41.	1	2	3	4	5	6

- B**
- 1 ▶ No del todo satisfecho
  - 2 ▶ Poco satisfecho
  - 3 ▶ Moderadamente satisfecho
  - 4 ▶ Muy satisfecho
  - 5 ▶ Extremadamente satisfecho
  - 6 ▶ No aplicable

42.	1	2	3	4	5	6
43.	1	2	3	4	5	6
44.	1	2	3	4	5	6
45.	1	2	3	4	5	6
46.	1	2	3	4	5	6

(continúa al reverso)

**PARTE IV**

- 1 ▶ Nunca
- 2 ▶ Muy pocas veces
- 3 ▶ A menudo
- 4 ▶ La mayor parte del tiempo
- 5 ▶ Siempre

47.	1	2	3	4	5
48.	1	2	3	4	5
49.	1	2	3	4	5
50.	1	2	3	4	5
51.	1	2	3	4	5
52.	1	2	3	4	5
53.	1	2	3	4	5
54.	1	2	3	4	5
55.	1	2	3	4	5
56.	1	2	3	4	5

**PARTE V**

- 1 ▶ Completamente de acuerdo
- 2 ▶ De acuerdo
- 3 ▶ Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- 4 ▶ En desacuerdo
- 5 ▶ Completamente en desacuerdo

57.	1	2	3	4	5
58.	1	2	3	4	5
59.	1	2	3	4	5
60.	1	2	3	4	5
61.	1	2	3	4	5
62.	1	2	3	4	5
63.	1	2	3	4	5
64.	1	2	3	4	5
65.	1	2	3	4	5
66.	1	2	3	4	5
67.	1	2	3	4	5
68.	1	2	3	4	5
69.	1	2	3	4	5
70.	1	2	3	4	5
71.	1	2	3	4	5
72.	1	2	3	4	5
73.	1	2	3	4	5
74.	1	2	3	4	5
75.	1	2	3	4	5
76.	1	2	3	4	5
77.	1	2	3	4	5
78.	1	2	3	4	5
79.	1	2	3	4	5
80.	1	2	3	4	5
81.	1	2	3	4	5
82.	1	2	3	4	5
83.	1	2	3	4	5
84.	1	2	3	4	5
85.	1	2	3	4	5
86.	1	2	3	4	5

**PARTE VI**

- 1 ▶ Nunca
- 2 ▶ Rara vez
- 3 ▶ Algunas veces
- 4 ▶ A menudo
- 5 ▶ Siempre

87.	1	2	3	4	5
88.	1	2	3	4	5
89.	1	2	3	4	5
90.	1	2	3	4	5
91.	1	2	3	4	5
92.	1	2	3	4	5
93.	1	2	3	4	5
94.	1	2	3	4	5
95.	1	2	3	4	5
96.	1	2	3	4	5
97.	1	2	3	4	5
98.	1	2	3	4	5
99.	1	2	3	4	5
100.	1	2	3	4	5
101.	1	2	3	4	5
102.	1	2	3	4	5
103.	1	2	3	4	5
104.	1	2	3	4	5
105.	1	2	3	4	5
106.	1	2	3	4	5

**PARTE VII**

- 1 ▶ Nunca
- 2 ▶ Rara vez
- 3 ▶ Algunas veces
- 4 ▶ A menudo
- 5 ▶ Siempre

107.	1	2	3	4	5
108.	1	2	3	4	5
109.	1	2	3	4	5
110.	1	2	3	4	5
111.	1	2	3	4	5
112.	1	2	3	4	5
113.	1	2	3	4	5
114.	1	2	3	4	5
115.	1	2	3	4	5
116.	1	2	3	4	5
117.	1	2	3	4	5
118.	1	2	3	4	5

**PARTE VIII**

- 1 ▶ Verdadero
- 2 ▶ Falso

119.	V	F
120.	V	F
121.	V	F
122.	V	F
123.	V	F

## PARTE I

A continuación se le presenta una lista de seis categorías principales de estresores o "problemas" que la gente experimenta en su trabajo y en su vida personal. Los problemas son experiencias y condiciones de la vida cotidiana que se perciben como importantes e irritantes, molestas, hirientes o amenazantes para el bienestar de alguien. Utilice la escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que ha experimentado estos problemas durante los últimos 3 meses.

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre

1 2 3 4 5

1. PROBLEMAS DE SALUD (p. ej., preocupaciones acerca de su salud, tratamiento médico, apariencia física, consumo de alcohol o tabaco en exceso, limitaciones físicas, síntomas físicos, cambio en la condición médica existente, efectos colaterales de la medicación, etc.).
2. PROBLEMAS EN EL TRABAJO (p. ej., insatisfacción laboral, problemas con el jefe, falta de reconocimiento, preocupación por sobresalir, aburrimiento en el trabajo, explotación, preocupación por la seguridad en el trabajo, relaciones laborales, carga de trabajo, presión de tiempo, sueldo, horario, viajes de trabajo, etc.).
3. PROBLEMAS FINANCIEROS (p. ej., impuestos, inversiones, pago de hipoteca, deudas, inseguridad financiera, préstamos, falta de dinero para viajar, cuentas pendientes; financiamiento para la educación de los hijos, problemas legales, reparaciones de casa y automóvil, planes de jubilación, etc.).
4. PROBLEMAS FAMILIARES (p. ej., problemas de salud de los miembros de la familia, preocupación por parientes, problemas con padres ancianos, líos en las relaciones familiares, dificultades con los hijos, equilibrio entre el trabajo y la familia, cuidado de mascotas, etc.).
5. PROBLEMAS SOCIALES (p. ej., problemas con los vecinos, obligaciones y expectativas sociales, dificultades con amigos, conocer a otras personas, soledad, incapacidad para expresarse, chismes, celos, demasiadas responsabilidades sociales, poco tiempo para descansar, compañía inesperada, tiempo insuficiente para realizar actividades sociales, conflictos interpersonales, etc.).
6. PROBLEMAS AMBIENTALES (p. ej., clima, ruido, contaminación, noticias sobre eventos actuales, delincuencia, prejuicios, política, seguridad ambiental, etc.).

## PARTE II

¿Con qué frecuencia estas afirmaciones lo describen en los últimos 3 meses?

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre

1 2 3 4 5

7. Invirtió algo de su tiempo libre en deportes o actividades físicas, como jardinería, reparaciones en la casa, baile, tenis, golf, softbol, básquetbol, boliché, caminata, raquetbol, etc.
8. Hizo ejercicio durante al menos de 20 a 30 minutos, tres veces a la semana para mejorar su tono muscular, fuerza o flexibilidad (p. ej., estiramiento, fisicoconstructivismo, calistenia, ejercicios isométricos, etc.).
9. Invirtió al menos de 20 a 30 minutos para realizar algún tipo de ejercicio físico intenso al menos tres veces por semana (p. ej., aeróbicos, trotar, nadar, caminar a paso vivo, etc.).
10. Se motivó a sí mismo(a) mientras trabajaba o jugaba, aun cuando se sintiera cansado(a), fatigado(a) o exhausto(a).
11. Perdió una noche completa de sueño o gran parte de ésta debido al trabajo o a actividades recreativas.
12. Durmió menos de lo que necesitaba porque se desveló o tuvo que levantarse demasiado temprano.
13. Durmió menos de lo que necesitaba porque tuvo problemas para conciliar el sueño o durmió menos tiempo del usual.
14. Dejó de hacer actividades frecuentes que le resultaban relajadoras y tranquilizantes (p. ej., pasatiempos, leer, ver televisión, escuchar radio, etc.).
15. Mantuvo contacto físico cercano o íntimo con alguien que tenía un padecimiento, infección o enfermedad (p. ej., besos, compartió comida, ocuparon el mismo auto u oficina, usó los mismos cubiertos o el mismo vaso, etc.).

continúe en la siguiente página

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre  
1 2 3 4 5

16. Continuó con su trabajo u otras actividades, aun cuando experimentó el síntoma de alguna enfermedad (p. ej., fiebre, nariz constipada, estornudos, calosfríos, etc.).
17. No tuvo tiempo para orinar o evacuar de manera regular diariamente.
18. Practicó sexo seguro (p. ej., tomó las precauciones necesarias como limitar el número de sus compañeros sexuales o utilizar condones para minimizar el riesgo de contraer o esparcir enfermedades de transmisión sexual).
19. No pudo tomar las medicinas que le recetó el doctor o los complementos que no necesitan receta (p. ej., vitaminas o minerales), los cuales suele consumir.
20. No pudo mantener sus hábitos de salud preventiva (p. ej., evitó revisiones médicas, descuidó la higiene bucal, no se hizo su autoexamen mensual de mama, ignoró los niveles elevados de colesterol y presión arterial).
21. Ingerió una o dos tabletas de aspirina, no sustitutos como el acetaminofen (p. ej., Tylenol) o ibuprofeno (p. ej., Advil, Nuprin, Mediprin), tres o cuatro veces a la semana.
22. No tomó un desayuno adecuado o nutritivo al principio de cada día.
23. A diario comió una variedad balanceada de alimentos nutritivos de los principales grupos en cada una de sus comidas principales (p. ej., frutas, vegetales, pescado, carnes, pollo, productos lácteos y granos como arroz, pan, cereales).
24. Estuvo al tanto o restringió su consumo diario de grasas saturadas, colesterol, sodio, azúcar y calorías totales.
25. Comió comida rápida o chatarra (p. ej., pastelillos, dulces, papas fritas) en lugar de una comida completa.

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre  
1 2 3 4 5

26. No tomó una comida importante que usted acostumbra tener durante el día.
27. Tomó medicinas o alimentos a los que es muy sensible o alérgico, lo que le produjo malestar estomacal u otros efectos colaterales negativos (p. ej., mareo, náuseas, jaqueca).
28. Tomó dos o más tazas de bebidas cafeinizadas en 24 horas (p. ej., café, té, cocoa, bebidas sin alcohol) o comió a diario comida con mucha cafeína (p. ej., chocolate).
29. Consumió más de dos copas de alcohol en 24 horas (p. ej., vino, cerveza, whisky, cóctel).
30. Consumió drogas con motivos sociales, recreativos o no médicos (p. ej., cocaína, marihuana, estimulantes, depresores).

Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar el número de cigarrillos que fuma durante un día.

Ninguno  
1 a 4 cigarrillos  
5 a 10 cigarrillos  
11 a 20 cigarrillos  
Más de una cajetilla  
1 2 3 4 5

31. Consumo de cigarrillos

continúe en la siguiente página

**PARTE III**

¿Con qué frecuencia estas personas se escapan de sus propias ocupaciones para hacerle a usted ya sea el trabajo o la vida personal más fáciles y satisfactorios? (Marque su respuesta con la siguiente escala para los enunciados 32 al 41.)

**A**

- Nunca
  - Rara vez
  - Algunas veces
  - A menudo
  - Siempre
  - No aplicable
- 1 2 3 4 5 6

- 32. Jefe inmediato o supervisor
- 33. Otras personas en el trabajo
- 34. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
- 35. Miembros de la familia o parientes
- 36. Amigos

¿Con qué frecuencia se refiere a estas personas para mantener su rutina diaria y laboral de manera eficiente (p. ej., les expresa sus sentimientos, busca su consejo, ellos apoyan sus esfuerzos, le brindan aceptación, amor, empatía, etc.)?

- Nunca
  - Rara vez
  - Algunas veces
  - A menudo
  - Siempre
  - No aplicable
- 1 2 3 4 5 6

- 37. Jefe inmediato o supervisor
- 38. Otras personas en el trabajo
- 39. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
- 40. Miembros de la familia o parientes
- 41. Amigos

Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar qué tan satisfecho se siente con el apoyo social que le han proporcionado las personas listadas en los enunciados 42 a 46 cuando usted lo necesita.

**B**

- No del todo satisfecho
  - Poco satisfecho
  - Moderadamente satisfecho
  - Muy satisfecho
  - Extremadamente satisfecho
  - No aplicable
- 1 2 3 4 5 6

- 42. Jefe inmediato o supervisor
- 43. Otras personas en el trabajo
- 44. Cónyuge, novio(a) o persona significativa
- 45. Miembros de la familia o parientes
- 46. Amigos

**PARTE IV**

En los enunciados del 47 al 56 utilice la siguiente escala de respuestas para indicar la frecuencia con que estas afirmaciones describen la forma en que usted actúa o se siente.

- Nunca
  - Muy pocas veces
  - A menudo
  - La mayor parte del tiempo
  - Siempre
- 1 2 3 4 5

- 47. Me siento apurado(a) y presionado(a) por el tiempo (p. ej., sin el tiempo suficiente para hacer todo en el trabajo o las cosas de la casa).
- 48. Mis actividades y mi horario me hacen estar tan activo(a) y ocupado(a) como es posible llevándome al límite de mi energía y capacidad.
- 49. Cuando me siento molesto(a), incómodo(a) o enojado(a) ante el trabajo y el estrés, tiendo a expresar lo que siento y lo que pienso a los demás.
- 50. Tiendo a ser brusco(a) y competitivo(a) tanto en el trabajo como en el juego.
- 51. Cuando estoy formado(a) en una fila, suelo preguntarme por qué los demás son tan incompetentes (p. ej., empleados, cajeros, aquellos que están al principio en la fila, etc.).
- 52. Tengo una gran necesidad de superarme y ser el(la) mejor en cualquier cosa en la que participo.
- 53. Tiendo a sentirme molesto(a) e impaciente cuando tengo que esperar por cualquier cosa (p. ej., el tráfico, las filas al hacer las compras, el servicio lento, los retrasos en las citas, etc.).
- 54. Tiendo a comer, caminar, hablar y hacer la mayoría de las cosas de manera rápida.
- 55. Me parece fácil decirle a los demás en el trabajo o en la casa cuando me siento frustrado(a), molesto(a) o enojado(a) con ellos.
- 56. Tanto en el trabajo como en la casa tiendo a verificar lo que mis compañeros o familiares hacen para asegurarme de que todo esté bien hecho.

continúe en la siguiente página

Completamente de acuerdo  
De acuerdo  
Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
En desacuerdo  
Completamente en desacuerdo

1 2 3 4 5

79. No siento que en los últimos tiempos haya logrado mucho que en realidad sea importante o significativo con respecto a mis objetivos de vida y al futuro.
80. Suelo pensar que soy inadecuado(a), incompetente o menos importante que otros que conozco y con quienes trabajo.
81. Muchas veces siento que tengo poco control e influencia sobre las cosas que me pasan.
82. Si algo cambiara o saliera mal en mi vida en este momento, siento que no sería capaz de afrontarlo con eficiencia.
83. Cuando hay algún cambio en el trabajo o en la casa, suelo pensar que va a suceder lo peor.
84. Las cosas en el trabajo y en la casa son bastante predecibles, hasta el momento y cualquier cambio sería demasiado difícil de manejar.
85. En realidad no puedes confiar en demasiadas personas porque la mayoría de ellas está buscando cómo mejorar su bienestar y su felicidad a costa tuya.
86. La mayoría de las cosas significativas proviene de definiciones internas, más que externas, de éxito, logro y satisfacción.

PARTE VI

Aunque cada problema o estresor que experimentamos puede manejarse de manera diferente, la mayoría de nosotros emplea formas características para afrontarlos cada día. Los enunciados del 87 al 106 describen maneras comunes de afrontar los estresores, las incomodidades, las molestias y los retos que se nos presentan. Utilice la siguiente escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que usted tiende a recurrir a cada una de estas técnicas y aproximaciones para manejar su vida personal y laboral.

Nunca  
Rara vez  
Algunas veces  
A menudo  
Siempre

1 2 3 4 5

87. Concentro mis pensamientos en los aspectos más positivos del evento o situación (p. ej., lo que puedo aprender del evento o situación o las consecuencias positivas que puede tener).
88. Pienso en momentos, eventos y experiencias felices cuando enfrento problemas y frustraciones.
89. Imagino que las cosas mejoran y me siento confiado(a) de que puedo manejarlas.
90. Me concentro en lo que me molesta hasta que me siento más seguro(a) y cómodo(a) acerca del problema.
91. Digo y pienso en cosas positivas para mí que me hacen sentir mejor en cuanto a la situación o evento estresante (p. ej., "todo va a salir bien").
92. Me culpo, me critico y "me pongo por los suelos" por crearme o causarme de alguna manera mi problema.
93. Me dedico a pensar sobre lo que debí o no haber hecho en una situación particular.
94. Pienso y me concentro en lo peor que pudo suceder en una situación determinada.
95. Saco el tema y lo hablo con otros de manera excesiva ("machacando sobre lo mismo").
96. Pienso en el problema constantemente, de día y de noche (no soy capaz de "abandonarlo" y dejar de ahondar en lo que me molesta).

continúe en la siguiente página

- Nunca  
 Rara vez  
 Algunas veces  
 A menudo  
 Siempre
- 1    2    3    4    5

97. Minimizo la importancia de lo que me molesta burlándome o bromeando sobre ello (es decir, uso el humor para poner el evento o la situación en perspectiva).
98. Evito pensar en ello cuando me viene a la mente (es decir, soy capaz de olvidarme y dejar de ahondar en lo que me molesta).
99. Me impulso a seguir adelante con mi vida y a canalizar mi energía en cosas más productivas para minimizar mi frustración e insatisfacción.
100. Me digo cosas como "deja de pensar en eso" o "no es momento para pensar en eso", cuando me siento frustrado(a), irritado(a) o molesto(a).
101. Lo veo como algo que ya sucedió y que se terminó (o sea, "lo que pasó, pasó")
102. Hablo con otros y les pido su opinión, un consejo, recomendaciones, ideas o sugerencias.
103. Les pido a otros que cambien o modifiquen su conducta de modo que las cosas mejoren para mí.
104. Desarrollo un plan de acción y lo llevo a cabo para afrontar de manera más eficaz la situación en el futuro.
105. Cambio la situación o modifico mi conducta para minimizar o aliviar mi frustración o insatisfacción.
106. Recuerdo mis experiencias pasadas y me imagino la manera más conveniente de resolver el problema o mejorar la situación de forma productiva y eficaz.

**PARTE VII**

A continuación se presenta una lista de sentimientos y actitudes comunes que la gente experimenta. Utilice la escala de respuestas para indicar la frecuencia con la que ha experimentado o sentido cada una de ellas durante los últimos 3 meses.

- Nunca  
 Rara vez  
 Algunas veces  
 A menudo  
 Siempre
- 1    2    3    4    5

107. Sentirse feliz y satisfecho(a) con su vida social.
108. Sentirse estimulado(a) y motivado(a) por su trabajo y su vida.
109. Sentirse capaz de relajarse y experimentar bienestar fácilmente.
110. Sentirse mental y físicamente calmado(a), relajado(a) y libre de tensión.
111. Despertarse anticipando un día interesante y emocionante.
112. Sentirse amado(a), querido(a) y apoyado(a) sinceramente por las personas cercanas a usted.
113. Disfrutar de manera genuina las cosas en las que participa.
114. Sentir que su futuro es esperanzador y promisorio.
115. Sentirse confiado(a), optimista y seguro(a) de sí mismo(a).
116. Sentirse a gusto con su vida.
117. Sentirse comprometido(a) con sus actividades cotidianas y sus relaciones actuales.
118. Sentirse satisfecho(a) con sus logros personales y profesionales.

**PARTE VIII**

En los enunciados 119 a 123 marque con una V para "Verdadero" o una F para "Falso".

- Verdadero  
 Falso
- V    F

119. Nunca en mi vida he estado enfermo(a) ni un día.
120. He estado deprimido(a) al menos una vez en mi vida.
121. Nunca he dicho algo malo acerca de otra persona.
122. Nunca en mi vida he mentado.
123. Siempre he tenido malos pensamientos sobre otras personas.