

245



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

0294849

NIVELES DE ESTRÉS Y ANSIEDAD EN EL PERSONAL  
MEDICO, PARAMEDICO Y DE ENFERMERIA DE LA  
CRUZ ROJA MEXICANA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

TELLEZ ROMERO ALMA TERESA

DIRECTOR DE TESIS: DR. RODOLFO E. GUTIERREZ

MEXICO, D.F.

2001



PROYECTO CONACYT 27774 H

PROYECTO DGAPA IN 305098



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **Considero que...**

El terminar la licenciatura no fue algo fácil, y no lo hubiera logrado sin el apoyo de Dios que me brindó la fortaleza necesaria para seguir siempre adelante.

A mi familia y muy particularmente a mi padre, quien siempre confió en mí y quien me enseñó a ser responsable y fuerte. Gracias por todo el apoyo brindado a lo largo de todos estos años de estudio.

Dedico este trabajo, al hombre que durante todos estos años siempre ha estado a mi lado, apoyándome, dándome ánimos y entregándome su absoluta confianza en que lograría finalizar esta meta. Gracias Erick por todo tu amor, amistad y cariño.

A mis amigos, por todo su cariño y consejos. Deseo dejar plasmado en este trabajo, los nombres de algunos de ellos, que tanto en los buenos como en los malos momentos siempre estuvieron a mi lado: Blanca E. Carranza Guerrero, Ma. Luisa Pacheco Camara, Blanca Martinez, Xóchitl Prado, Gisela Muro, Benjamín Hurtado y, de forma muy especial a todos mis compañeros de TUM, mis amigas de la secundaria y a mis compañeras del cubículo, por todo su cariño y confianza.

Agradezco mucho el apoyo brindado por el Dr. Felipe Vega para la realización de esta investigación; así como también al Dr. Jorge Beltrán García, Dr. Sergio Delgadillo, Dr. Gilberto Piña, Dr. Alejandro Bello, Dr. Fernando Fernández, Dr. Walter Querevalle, al Comandante Alejandro Gómez de la Lluta, al Comandante Rafael Gudiño, a la Jefa de Enfermeras Marquelia Alvarez, a la Subjefa de enfermeras, Patricia Lerma, y un especial agradecimiento a todo el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana, que participaron en esta investigación.

Le doy las gracias también al Dr. Rodolfo Gutiérrez, así como al resto del sínodo, por haberme apoyado con su tiempo y recomendaciones en la elaboración de esta tesis: Lic. Horacio Quiroga, Lic. Blanca Elena Mancilla, Dr. Juan José Sánchez Sosa y Dra. Marcia Morales Figuerola.

**Alma T. Téllez Romero**

# ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	
<b>INTRODUCCION</b> .....	1
<b>I. PSICOLOGIA Y SALUD</b>	4
1.2 Concepto de Salud .....	5
1.3 Proceso de Enfermedad .....	6
1.4 Medición de Salud Mental .....	7
<b>II. EL ESTRÉS</b>	
2.1 Antecedentes del Concepto Estrés .....	9
2.2 El Estrés .....	11
2.3 Psicofisiología del Estrés .....	14
2.4 Estrés agudo y Estrés Crónico .....	17
2.5 Eustrés y Distrés .....	18
2.6 Agentes productores de Estrés .....	20
2.7 Diferencias Individuales y Vulnerabilidad al Estrés .....	25
2.8 Conducta propensa al estrés .....	29
2.9 Estrés y enfermedades cardiacas .....	31
2.10 Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y salud mental .....	32
2.11 Estrés Laboral .....	35
2.12 Estrés de la decisión .....	37
2.13 Consecuencias del Estrés .....	39
<b>III. LA ANSIEDAD</b>	
Introducción .....	41
3.1 Historia de la Ansiedad .....	41
3.2 Diferentes enfoques sobre la Ansiedad .....	44
3.3 Teoría de la Ansiedad: Rasgo-Estado .....	46
3.4 Causas de la Ansiedad .....	47
3.5 Clasificación de la Ansiedad .....	48
3.6 Ansiedad y Estrés .....	49
<b>IV. APOYO SOCIAL</b>	
Introducción .....	51
4.1 Concepto de Apoyo Social .....	51
4.2 Teorías de Apoyo Social .....	52
4.3 Apoyo Social y Salud .....	54
4.4 Afrontamiento y Apoyo Social .....	55
<b>V. MÉTODO</b> .....	56
<b>VI. RESULTADOS</b> .....	66
<b>VII. DISCUSION DE RESULTADOS</b> .....	92
<b>VIII. CONCLUSIONES</b> .....	98
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	101
<b>ANEXOS</b> .....	111

## RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar los niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana, con la finalidad de analizar diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo, respecto a la edad, estado civil, escolaridad, horas trabajadas a la semana, turno de trabajo, antigüedad y presión arterial. Se utilizó una muestra de 222 personas, distribuidos en tres grupos: 87 paramédicos, 83 enfermeras y 52 médicos. Los instrumentos utilizados fueron el Inventario IDARE de ansiedad rasgo-estado y el Instrumento SWS-Survey, los cuales se aplicaron en forma colectiva e individual, en diferentes sesiones, asignadas por cada uno de los departamentos (médico, paramédico y de enfermería) para poder considerar los diferentes turnos de trabajo. Se tomó la presión arterial a cada uno de los participantes con el esfignomanómetro digital. Para el análisis de resultados se utilizó la estadística descriptiva, el alpha de Cronbach, la correlación de Pearson, el análisis de varianza para varios grupos independientes y la prueba post-hoc de Tukey. Se encontró que las escalas del Inventario IDARE correlacionaron significativamente con las escalas del Instrumento SWS-Survey. Se encontró con el Inventario IDARE mayor puntaje en la escala de ansiedad estado en el personal médico y paramédico en comparación con el grupo de enfermería, donde se reportó mayor ansiedad rasgo en comparación con los otros dos grupos, lo cual se relacionó con la presión arterial sistólica. Con el SWS-Survey, se encontró que el grupo de médicos es el que se encuentra más expuesto a los factores de estrés y ansiedad, pero también es el que posee mayor apoyo (personal, social y laboral) y, que el grupo de enfermería es el que presentó los puntajes más bajos en las escalas de apoyo. Los resultados obtenidos sugieren que los factores de apoyos y de afrontamiento adaptativo disminuyen el impacto del estrés y la ansiedad en el personal de salud; inhibiendo las conductas de riesgo y reforzando las conductas dirigidas a una buena salud mental.

*Descriptores:* Estrés, Apoyo Social, Ansiedad, IDARE, SWS, Personal de Salud, Médicos, Paramédicos, Enfermeras, Cruz Roja Mexicana.

## INTRODUCCIÓN

El estrés es un factor psicofisiológico que, cada día más, afecta a un mayor número de personas en nuestro país, posiblemente debido a los requerimientos de la modernización y a los diferentes cambios que imperan en las perspectivas económicas, políticas y sociales.

Enfrentarse al estrés y a la ansiedad, es una necesidad diaria en el crecimiento y desarrollo de todo ser humano. Ingresar a un nuevo trabajo, dudar de la propia capacidad de adaptación en las relaciones con las demás personas; las presiones de trabajo, son algunas de las muchas fuentes organizacionales potenciales de estrés y ansiedad.

En la actualidad, las personas observan que su salud se encuentra, cada vez más amenazada por su propia conducta, su estilo de vida y sus reacciones, pero también, por las exigencias cotidianas de la vida socio-profesional y por las dificultades que tienen para adaptarse a ellas. Así, debido a una demanda excesiva de adaptación, el estrés se convierte en una de las primeras causas de agotamiento del organismo y de mortalidad. El origen del infarto de miocardio, de hipertensión arterial, de úlcera, de fatiga, de dolores de cabeza y de otras muchas alteraciones en la salud, están relacionadas con el estrés disfuncional.

Las personas que sufren estrés suelen ser afectadas por diferentes tipos de estresores, entre ellos, los sociales, familiares, personales, económicos y laborales. Sin embargo, aunque ciertas presiones y demandas ambientales pueden ser estímulos potencialmente estresantes, las diferencias individuales y/o de grupo y las condiciones medio ambientales son siempre manifiestas, de tal forma, que la percepción, interpretación y estilo de afrontamiento, también difieren. Así, la forma de responder de algunas personas frente al trabajo pesado y las responsabilidades, puede ser fuente de preocupación y ansiedad; en otras, estas mismas condiciones pueden ser tomadas como desafío y ser gratificantes.

La necesidad de profundizar en la demarcación conceptual y fáctica de los diferentes "grados" de estrés y sus vínculos con otros estados emocionales afines, ha despertado el interés de muchos investigadores en torno al establecimiento de las diferencias entre los estados que pueden considerarse como reacciones "normales" ante los acontecimientos negativos de la vida, de aquellas reacciones que pueden considerarse "patológicas", y que por ende, repercuten en el área de la salud, estabilidad psíquica y la personalidad del individuo.

Cada empleo contiene muchas fuentes potenciales de tensión - largas jornadas, presiones de tiempo, relaciones difíciles con los supervisores y compañeros- que individualmente o en combinación, pueden ocasionar presiones nocivas en la salud y estabilidad del individuo. Algunos trabajos producen, por sí mismos, más tensión que otros, ya sea por la actividad realizada, por las características del área de trabajo, o bien, por la cantidad, exigencia y responsabilidad que implique su desempeño.

En el caso del personal médico, paramédico y de enfermería, el contacto cotidiano con el dolor humano, las catástrofes, las enfermedades y la muerte, pueden generar un intenso impacto, lo que conllevaría a un estado de estrés. Conocer los esfuerzos que hacen los individuos para enfrentar el estímulo estresante, nos lleva a investigar las diversas formas de reacción y conductas utilizadas con el fin de minimizar los efectos del estrés y de responder a las demandas de éste para recuperar el equilibrio tanto físico, psicológico y social del individuo.

De esta manera, el presente estudio tiene, como primer objetivo, conocer si existen diferencias entre los niveles de estrés y ansiedad en el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana. En segundo lugar, identificar si existen diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo (social, personal y laboral) con relación al sexo, edad, estado civil, turno, horas trabajadas a la semana y antigüedad. Por último, determinar si existía relación entre el estrés y la ansiedad.

Es importante estudiar el estrés y la ansiedad dentro del personal de salud, debido a que el desempeño de su actividad profesional implica el contacto con situaciones críticas, así como la constante interacción con factores potencialmente estresantes, que pueden poner en riesgo tanto el bienestar físico y mental de estos profesionales de la salud; y porque tanto el estrés como la ansiedad suelen ocasionar más costos que beneficios por problemas directamente vinculados con ellos, y repercutir en problemas de absentismo, deficiente desempeño y baja productividad, relaciones laborales conflictivas, accidentes, enfermedad, errores humanos, etc. Esta es un área donde el psicólogo puede intervenir de manera preventiva o correctiva para evitar estos problemas a corto y/o largo plazo.

El presente trabajo se encuentra dividido en capítulos que contienen información sobre la psicología en el campo de la salud, el estrés, la ansiedad y el apoyo social.

El capítulo I contiene información sobre la importancia y los objetivos de la Psicología en el campo de la salud, se analizan los conceptos de salud y enfermedad, así como su medición.

Dentro del capítulo II se plantea la definición, psicofisiología y consecuencias del estrés, se describen los diferentes tipos de estrés y estresores, diferentes estrategias de afrontamiento, así como las diferencias individuales y vulnerabilidad ante el estrés.

En el capítulo III se plantea brevemente la historia de la ansiedad, así como también diferentes enfoques y clasificaciones de la misma y su relación con el estrés.

En el capítulo IV contiene el tema de apoyo social como modulador del estrés y su relación con la salud, principalmente.

En el capítulo V se plantea el método que se utilizó para realizar la investigación, cuyo contenido es: el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, variables, población, instrumentos, procedimiento y el análisis estadístico.

El capítulo VI contiene, en forma de gráficas y tablas, los resultados obtenidos de la evaluación realizada y la comparación entre el personal médico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana.

En la parte final se encuentra la discusión y conclusiones finales de la investigación.



# I

## PSICOLOGIA Y SALUD

### 1.1 Psicología y salud

La Psicología de la salud, es la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología a la comprensión de los problemas de salud y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en este campo. Aplicar la psicología al campo de la salud, significa el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana, *técnicas diagnósticas y de intervención estresantes*, organizaciones del cuidado de salud, etc. Actividades tales como la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud son el resultado de las interacciones entre los profesionales y los usuarios de este sistema (Alvaro, 1996).

La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que: “un abordaje psicológico, puramente individual, probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad” (Rodríguez-Marín, Martínez y Valcárcel, 1990 citado en Alvaro, 1996.). Por otro lado, la circunstancia sociocultural determina, entre otras cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y a la enfermedad, puesto que da contenido a estos mismos conceptos. Esa circunstancia proporciona, por ejemplo, el papel social de enfermo, e incluso, determina muchas veces la aparición de “patologías”.

De esta manera, la influencia del contexto sociocultural, y, más concretamente, de los grupos sociales, sobre el campo de la salud/enfermedad se puede determinar entre otras, en las siguientes áreas (Huici, 1985; Rodríguez-Marín, 1995, citado en Alvaro, 1996):

1. Las teorías, definiciones o interpretaciones de la enfermedad pueden influir en la optimización o empeoramiento de la utilización de los servicios de salud, retrasando así, el acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando al cumplimiento de las prescripciones, al uso de medicinas alternativas o de procedimientos populares, a la automedicación, una actitud negativa hacia los servicios de salud, etc. En ésta área, la familia tiene un papel muy importante, como “unidad básica de comportamientos de enfermedad y salud”, en la interpretación de los

síntomas del enfermo, en la prescripción de determinados tratamientos, en el hecho de que produzca o no automedicación, en la decisión de buscar o no ayuda profesional y de cumplir o no un tratamiento, en la practica de conductas preventivas, etc. (Huici, 1985, citado en Alvaro, 1996.).

2. Las conductas de expresión de síntomas. En este caso, por ejemplo, el grupo social influye en las manifestaciones de la enfermedad en la medida en que “permite o no su expresión” y por consecuencia, en su tolerancia o resistencia.
3. Las conductas orientadas a la salud.
4. La interacción entre el profesional de la salud y el enfermo. En la medida en que el subsistema social y cultural establece los roles correspondientes y las demandas específicas para cada uno de los participantes.
5. Los hábitos de conducta saludables. En la medida en que son desarrollados y mantenidos por las influencias sociales y culturales.

El comprender todos estos aspectos del binomio salud/enfermedad, nos proporcionará las herramientas necesarias para promover la salud, prevenir la enfermedad, facilitar la experiencia de la misma, mejorar su tratamiento y recuperación facilitando, así, la interacción del usuario con la organización sanitaria.

## 1.2 Concepto de Salud

Tradicionalmente se ha definido la salud como “ausencia de enfermedad”. Frecuentemente, la enfermedad se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, etc., claramente perceptibles, y que inciden directamente en la capacidad funcional de la persona. En cambio, el estado de salud no se “*percibe*”. De este modo, el concepto más convencional de salud está ligado a parámetros biológicos, igual que la enfermedad lo está como alteración anatómica o fisiológica que se manifiesta en desviaciones de los parámetros “normales”. La salud se define, así, como “la normalidad” frente a la “anormalidad” de la enfermedad. Hay pues, una estrecha relación entre los conceptos de salud, enfermedad y los de “normalidad/anormalidad”. Pero la normalidad no se define sólo estadísticamente, sino que se establece también socio-culturalmente, (figura 1); es por

ello que el concepto de salud ha cambiado desde el comienzo de siglo, añadiendo el marco de referencia biológico, psicológico y social, dando lugar al concepto “integral” de salud, definido como: “el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”. (Congreso de constitución de la OMSS, 1948 citado en Alvaro, 1996).

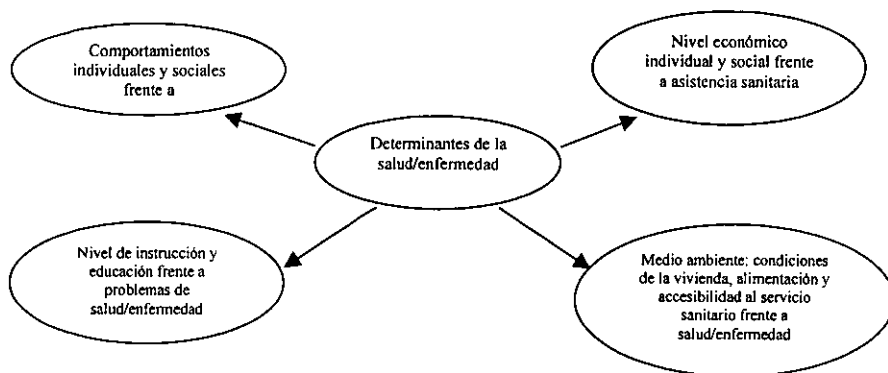


Figura 1.

En el campo de la salud, los comportamientos preventivos tienen como objetivo la disminución de la incidencia de enfermedades (prevención primaria), la disminución de la prevalencia, acortando el período de duración de la enfermedad (prevención secundaria) o la disminución de las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria) (Costa y López, 1986, citado en Alvaro, 1996).

El objetivo de la promoción de la salud supone no sólo la instalación y mantenimiento de comportamientos saludables, sino también implica la promoción del óptimo estado físico, mental y social de la persona y de la comunidad.

### 1.3 Proceso de Enfermedad

Como hemos visto, la Psicología social de la salud contribuye al estudio de los factores psicosociales asociados al padecimiento de la enfermedad, en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad) mejorando las condiciones de curación, rehabilitación y adaptación de la enfermedad, y lo hace estudiando la percepción e interpretación de

los síntomas por parte de los pacientes, la construcción social de la enfermedad y de la salud en nuestra cultura, los efectos de las actitudes de los profesionales de la salud sobre el diagnóstico, tratamiento y proceso rehabilitador, así como de las actitudes de los enfermos y sus familias acerca de estos mismos procesos. Igualmente, estudia los factores psicosociales que promueven, mantienen o agravan el proceso de enfermedad, del estudio de los procesos de aprendizaje social, de la investigación sobre el *estrés*, *afrentamiento* y *apoyo social*, (Rodríguez-Marín, 1995, citado en Alvaro, 1996) como se muestra en la siguiente figura :

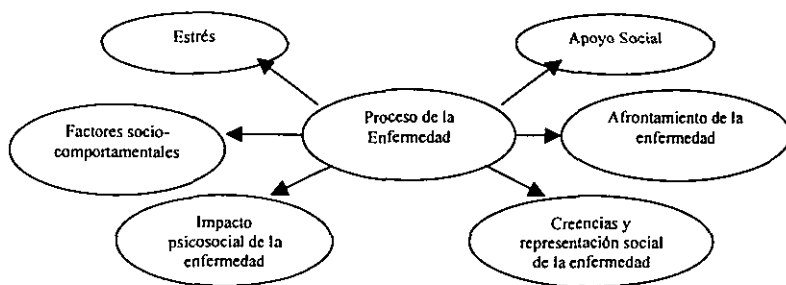


Figura 2.

Respecto al tema de la etiología de la enfermedad física se encuentra asociado, sin duda, el tema del *estrés*, las variables psicosociales, y los estilos de vida ligados a enfermedades, principales responsables de la morbilidad y mortalidad en nuestros días, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares.

#### 1.4 Medición de la Salud Mental

Los síntomas y procesos tanto afectivos como cognitivos y comportamentales que se utilizan para designar a una persona o grupo social como mentalmente sano o enfermo, varían según las representaciones sociales y los parámetros de la cultura, así como del periodo histórico en el que nos encontremos.

El que una persona sea considerada como enferma o con un deterioro en su bienestar psicológico, no sólo depende de alteraciones emocionales o de la personalidad, sino también de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones.

De esta manera, aún reconociendo que la salud mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada, ésta se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias:

- 1) Como la ausencia de enfermedad
- 2) Como la manifestación de un bienestar subjetivo
- 3) Como la manifestación de una buena calidad de vida
- 4) Como la presencia de un conjunto de atributos individuales positivos

En psiquiatría, los criterios que se utilizan para el diagnóstico del deterioro en la salud mental incluyen la presencia relativa de síntomas, su duración y el funcionamiento no integrado de la persona, pero dicho método podría ser insuficiente, puesto que se excluye a numerosas personas, que sin ser diagnosticadas sufren un deterioro en su bienestar psicológico, de tal manera que la ausencia de síntoma sería una condición necesaria, pero no suficiente, para definir la salud mental.

Por otra parte, el trastorno psicológico, en la práctica, se puede medir de dos maneras: la primera de ellas hace referencia a que el propio individuo sea quien refiera sus síntomas, respondiendo a índices estandarizados, como lo son las escalas de ansiedad de Hamilton, ZUNG o IDARE; o bien, la segunda, mediante la valoración realizada por el personal técnico o investigadores que utilizan entrevistas estructuradas y criterios de diagnóstico como el DSM IV.

Si bien estas dos formas de medición descritas, la salud mental se indica, generalmente, por la ausencia relativa de síntomas diagnosticados. La utilización de escalas nos permite establecer diferencias entre distintos grupos sociales en salud mental, solventando los problemas de subestimación de trastornos psicológicos en la población en los que, generalmente, se incurre cuando se utilizan medidas enfocadas al diagnóstico (Alvaro, 1996).

En el siguiente capítulo se abordará el tema de estrés y su relación con la salud mental; así como su psicofisiología, la definición de eustrés y distrés, los principales agentes productores de estrés y diferencias individuales, para finalizar con las consecuencias y su repercusión en las diferentes áreas: física, psicológica, social y laboral, principalmente.

# I I

## EL ESTRÉS

### 2.1 Antecedentes del Concepto de Estrés

Desde una perspectiva histórica, la palabra *estrés*, ha sufrido diversos cambios en su acepción. En un principio, en la antigua Grecia, Hipócrates, considerado frecuentemente como el “padre de la medicina” reconoció, claramente, la existencia de una *vis medicatrix naturae* o poder curativo de la naturaleza, compuesto de mecanismos inherentes al cuerpo y destinados al restablecimiento de la salud después de una exposición del cuerpo a los agentes patógenos.

En el siglo XIX, se referían al estrés como la fuerza externa, presión o tensión a que eran sometidos personas u objetos, resistiendo sus efectos.

El fisiólogo francés Claude Bernard (1978) realizó grandes progresos en las investigaciones sobre este problema. Demostró que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno cualesquiera que sean las condiciones externas y las modificaciones que se produzcan en el ambiente exterior. “La estabilidad del medio ambiente interno es la condición indispensable para una vida libre e independiente”.

El hombre puede verse expuesto a un frío intenso o al calor sin que su temperatura interna sufra modificación. Pero cuando esta facultad autoreguladora se ve atacada tenemos la enfermedad e incluso la muerte.

En realidad, muchos objetos inanimados son más independientes de su medio ambiente que los seres vivos. Lo que distingue y caracteriza la vida y el ser vivo, es la facultad de adaptación al cambio y no una fijeza rígida.

Lo que Claude Bernard legó fue un estímulo para los investigadores que le sucedieron; para proseguir los estudios de pioneros respecto a la adaptación a los cambios particulares, que asegura un “estado de estabilidad”.

En el siglo XX el fisiólogo americano Cannon (1939) propuso el término “homeostasis” (del griego *homoiós*, similar, y *statis*, posición) para designar los procesos fisiológicos coordinados que mantienen la mayor parte de los estados constantes en el organismo. También descubrió la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina y desarrolló el concepto de reacción de lucha o huida como la respuesta básica del organismo a toda situación percibida como peligrosa y concibió al estrés como “todo estímulo susceptible de provocar una reacción de huida”.

Esto se relaciona con “la Teoría de Campo en Psicología Social” que propone Kurt Lewin (1944), quien dice que la conducta del individuo se caracteriza por una locomoción, alejando a la persona de la región que le produce tensión y dirigiendo su conducta hacia alguna meta. (citado en Ocampo, 1996).

Tiempo después, Selye (1956,1980) define el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él. Dicha respuesta produce una ruptura de la homeostasis del organismo, ocasionado por un estímulo, al que llamó estresor. También introdujo el concepto de “síndrome de adaptación general (SGA)”, definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés.

En este síndrome se pueden observar tres etapas: *una reacción de alarma*, en la que después de un tiempo de inhibición se produce una respuesta de gran intensidad, caracterizada por una rápida activación del sistema nervioso simpático, la cual conlleva la movilización por parte del organismo, de todos los recursos posibles para hacer frente al desafío que se le plantea; *una segunda fase de resistencia*, en la cual el organismo mantiene activados los sistemas sanguíneo, respiratorio y hormonal, mientras siga estando presente el estímulo causante de la amenaza y se encuentre dispuesto a hacerle frente. Cabe mencionar que si el agente persiste durante un periodo de tiempo prolongado, se iniciara la tercera fase, que es la de *agotamiento*, donde se producen con mayor intensidad, los fenómenos iniciales de la reacción de alarma. Esta reacción de estrés puede en determinadas circunstancias, causar o favorecer la instauración de procesos patológicos, llamados por Selye “enfermedades de adaptación”.

Junto a estos conceptos de estrés biológico, Engel (1962) definió el estrés psicológico como un proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa, antes de que sea activado algún otro sistema.

Lazarus (1966) configura un modelo en el que el estrés viene definido por su carácter de amenaza para el individuo e introduce una perspectiva cognitivo-conductual e interactiva. De esta manera, la evaluación cognitiva es “*un proceso evaluativo que determina porque y hasta que punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante*”. Distinguió la respuesta al estrés en tres procesos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación.

En la *evaluación primaria*, el individuo se pregunta si la situación le perjudica o le beneficia y en que forma, si se refiere a este momento o al futuro. En la *evaluación secundaria* el individuo reconoce los recursos que tiene para hacer frente a la situación, además de hacer una valoración de la posible eficacia de las estrategias de afrontamiento y la evaluación de las consecuencias de utilizar dichas estrategias; esta evaluación siempre aparece cuando hay una confrontación estresante y por último, el concepto de *reevaluación*, hace referencia a una nueva evaluación de una situación que sigue a otra previa y que es capaz de modificarla; esta reevaluación puede eliminar la tensión del individuo o bien aumentarla, con base en la información que se desprende de las propias reacciones de éste.

Toro (1983) define el estrés como un fenómeno genérico, basado en un modelo interactivo que se incluye en la concepción biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad.

Posteriormente, Lazarus y Folkman (1986) lo consideraron como la relación existente entre el sujeto y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El estrés también puede ser definido en términos de demandas (estresor) y recursos. Cuando un individuo pierde sus recursos internos o externos, se encuentra a merced de la demanda y, entonces, experimenta estrés. Los recursos externos incluyen *el apoyo social* (familia, amigos, compañeros) y otras actividades, así como los recursos internos se refieren a las variables psicológicas moduladoras del papel patógeno del estrés, tales como la percepción de control, las expectativas, las actitudes, las habilidades de afrontamiento, los valores del individuo y los conocimientos.

## 2.2 El Estrés

El estrés es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga. Que significa que cualquier demanda, sea la que sea, física, psicológica o emocional, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo. Esta respuesta es mensurable y corresponde a unas secreciones



hormonales\* responsables de nuestras reacciones al estrés, somáticas, funcionales y orgánicas (Bensabat, 1994).

En otros términos, tanto en una emoción agradable, una alegría intensa, un beso, una buena noticia, como en una emoción desagradable o una mala noticia son causas de estrés; en ambos casos hay una demanda, agresión y respuesta similar, biológica y hormonal, responsable a su vez de las diferentes modificaciones a nivel de los órganos (corazón, músculos, hígado, cerebro...) que aseguran la defensa contra la agresión, la supervivencia y la adaptación a las nuevas condiciones.

La mayoría de las veces, las respuestas del organismo se hacen en armonía, con la mayor naturalidad y sin consecuencias, ya que están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto. Otras veces, sin embargo, las respuestas exigidas por una demanda intensa y prolongada, agradable o desagradable, son excesivas y superan las capacidades de resistencia y de adaptación del organismo. De esa definición se deduce que el estrés es la respuesta de adaptación a las demandas existentes, llamadas *factores de estrés*; tales como la fatiga, la enfermedad, el frío, el calor, la alegría, el fracaso, entre otros.

Además de la respuesta específica de cada factor de estrés, existe una respuesta complementaria biológica y común a todos esos factores y, por tanto, no tan específica, es decir, independiente del tipo de factor causante, y que se traduce por un conjunto de cambios y de reacciones biológicas y orgánicas de adaptación general.

El estrés está íntimamente unido a esas reacciones no específicas de adaptación, a lo que Selye llamó el *síndrome general de adaptación*. Y gracias a ese síndrome general de adaptación o S.A.G. nos adaptamos a las condiciones cambiantes del medio ambiente y a las diferentes circunstancias de la vida (Bensabat, 1994).

El estrés se manifiesta por un estado, el estado de estrés que corresponde al conjunto de modificaciones provocadas por el síndrome general de adaptación. Se trata de esas modificaciones biológicas, psicológicas, somáticas, funcionales y orgánicas, visibles y cuantificables, que permiten apreciar el estado de estrés (Bensabat, 1994).

---

\* Una hormona es una sustancia química segregada y vertida en la sangre por las glándulas endocrinas, y que actúan a distancia sobre diferentes órganos.

Solo se puede identificar el estrés por las modificaciones que provoca. El estrés ya no es una noción abstracta sino una realidad biológica y orgánica accesible al diagnóstico y al examen clínico. En la vida cotidiana, se puede experimentar como un estado de fatiga, cansancio, tensión nerviosa y agotamiento.

El estado de estrés negativo es responsable de enfermedades llamadas de "adaptación" y del desgaste del organismo. Dado que el estrés es un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta, es indispensable la adaptación, para el óptimo desarrollo y funcionamiento del organismo, ya que gracias a él, el hombre se adapta y progresa. Lo que en muchas ocasiones resulta nocivo son las demandas y las reacciones excesivas de adaptación, que puede llevar a un estado de estrés disfuncional.

Ahora bien, el estrés no es un fenómeno social nuevo. Ha existido siempre íntimamente ligado al proceso de la vida y de la evolución del hombre. Desde hace milenios el ser humano sufre el estrés y se puede, incluso, decir que gracias a él ha sobrevivido, obligándole a adaptarse a un mundo en transformación constante.

Lo que es nuevo es la cualidad del estrés, que se ha hecho más psicológico y emocional que físico, pero también nefasto y mortífero.

Lo que caracteriza a la sociedad de hoy es el cambio permanente. El estrés ha llegado a ser un fenómeno social importante. Vivimos en un mundo en constante evolución, donde todo cambia y se transforma. La revolución tecnológica ha creado un nuevo modelo de sociedad, hiperindustrializada, que modifica nuestro modo de vivir y los valores tradicionales, culturales, morales y familiares.

El hombre moderno se encuentra sometido a tensiones permanentes nerviosas y psico-emocionales, debidas a una constante confrontación en un mercado exigente, dominado por la competencia y la rentabilidad. Además, esta evolución socioprofesional no ha sido siempre armónica; con frecuencia se logra con detrimento del equilibrio familiar que antaño aportaba una compensación afectiva y un factor de estabilización.

La transformación social es cada vez más rápida y los instrumentos de trabajo se ven modificados sin cesar. De ello resulta una obligación frecuente de adaptación y de reconversión y una tensión psicológica importante y responsable de un estado de estrés crónico.

El hombre de hoy se ve constantemente solicitado y agredido por coacciones de todo origen: la inseguridad del empleo, la competencia, la eficacia, la rentabilidad... se ve acorralado y llevado al "retroceso", sin poder huir ni batirse físicamente como lo haría el hombre prehistórico; a lo sumo, lucha intelectual y psicológicamente, e incluso en esos casos está limitado, a menudo, por coacciones sociales de conveniencia (Bensabat, 1994).

Su energía de adaptación es acumulada frecuentemente en vez de ser consumida físicamente de manera natural y así resulta nociva para los diferentes órganos y el equilibrio psicológico. El mecanismo natural del estrés es desviado. La respuesta ya no es mas física y saludable sino sobre todo psicológica. Y eso es lo que resulta nuevo y desbastador.

### 2.3 Psicofisiología del Estrés

El hombre ve que hoy su salud se encuentra cada vez más amenazada por su propia conducta, su forma de vivir y sus reacciones, pero también por las exigencias cotidianas de la vida socio-profesional y por las dificultades para adaptarse a ellas.

Enfermedad de las civilizaciones modernas, debida a una demanda excesiva de adaptación, el estrés se convierte en una de las primeras causas de agotamiento del organismo y de mortalidad. El origen del infarto de miocardio, de hipertensión arterial, de úlcera de estómago, de depresión nerviosa, de fatiga, de dolores de cabeza, de muchas otras alteraciones psicósomáticas e incluso del cáncer no será extraño al estado de estrés crónico.

El papel de los factores psicológicos en la enfermedad ha sido intensamente enfatizado por numerosos psicólogos y profesionales de la salud, durante los últimos quince años. Este campo empezó a conocerse como medicina psicósomática desde que Thomas Frech sugirió que determinadas enfermedades surgían de conjuntos distintivos de características psicológicas (Bensabat, 1994). Actualmente los estudios de medicina psicósomática han ampliado sus objetivos y, actualmente, van desde las evaluaciones globales de emociones, estrés y enfermedad, hasta la explicación de relaciones específicas entre emociones y respuestas o condiciones corporales.

Todos los seres vivientes responden, bioquímicamente, a su ambiente; los seres humanos, además, responden psicológicamente. La adaptación que exige el afrontar el estrés, produce numerosas alteraciones bioquímicas, que pueden resultar importantes para garantizar una respuesta eficaz o no ante un evento estresante. Si la adaptación es incorrecta, los efectos de las alteraciones pueden

acumularse a través del tiempo, hasta que ocurren cambios fisiológicos significativos que señalan el inicio de enfermedad.

En el momento en que una situación exige un análisis, reflexión y ajuste a nuestra respuesta y comportamiento, el mecanismo de adaptación se ve solicitado para hacer frente a la demanda, ya sea física, psico-emocional o biológica.

La respuesta del organismo al estrés se hace por medio de dos sistemas de defensa: *el sistema nervioso* y *el sistema endocrino u hormonal*, que desempeñan un papel importante en la adaptación y la resistencia a las agresiones. Esos sistemas contribuyen a mantener la homeostasia del organismo, es decir, el equilibrio biológico y la estabilidad fisiológica del medio interior, a pesar de los diferentes cambios provocados por los factores de estrés.

El sistema nervioso está representado esencialmente por el sistema nervioso simpático\* y la médula-suprarrenal\* que producen una hormona llamada adrenalina.\* Otras hormonas y derivados son segregados también por el sistema simpático, como la noradrenalina y la epinefrina.

El sistema endocrino está representado, esencialmente, por las glándulas córticosuprarrenales o córtex suprarrenal, que producen unas hormonas llamadas corticoides, y, entre ellas, principalmente, la cortisona o cortisol.

Las hormonas segregadas se vierten en la sangre y actúan a distancia sobre los diferentes órganos y tejidos para provocar las modificaciones necesarias con el fin de asegurar la defensa contra la agresión provocada por el agente causante de estrés. Estas hormonas se denominan también hormonas de estrés u hormonas de adaptación. Las principales vías mediadoras de la respuesta a un agente causante de estrés se representan en la Figura 3.

---

\* El sistema nervioso simpático, llamado también vegetativo, es un sistema nervioso autónomo. Constituido por la porción craneal y la espinal integrada por las fibras dorsales de la médula y sus núcleos, innervando los diferentes órganos (estómago, intestinos, corazón). Las acciones de la división parasimpática están mediadas por la liberación de acetilcolina y comprenden fundamentalmente la protección, conservación y restablecimiento de los recursos del organismo.

\* La médula-suprarrenal y el córtex suprarrenal son respectivamente la parte interna y externa de una glándula endocrina llamada glándula suprarrenal. Las glándulas suprarrenales son dos, situadas cada una encima de los riñones. La médula suprarrenal forma parte del sistema simpático y segrega adrenalina.

\* La adrenalina segregada a nivel de las terminaciones nerviosas posee una acción local directa sobre el órgano innervado. La segregada por la médula-suprarrenal tiene una acción general. Es vertida en la sangre y actúa a distancia. La médula-suprarrenal segrega, igualmente, noradrenalina.

Desde el momento en que un agente causante de estrés actúa sobre el organismo produce un mensaje de estrés que va de la región agredida (piel, músculos, órganos sensoriales, etc.) al cerebro.

A nivel del cerebro recurre a un eje llamado hipotálamo-hipofisario representado por dos glándulas, el hipotálamo y la hipófisis. El hipotálamo envía el mensaje recibido a la hipófisis, que va a segregar una hormona llamada ACTH (corticotropina); esta última, a través de la circulación sanguínea, va a estimular, a su vez, la glándula córticosuprarrenal que segrega los corticoides.

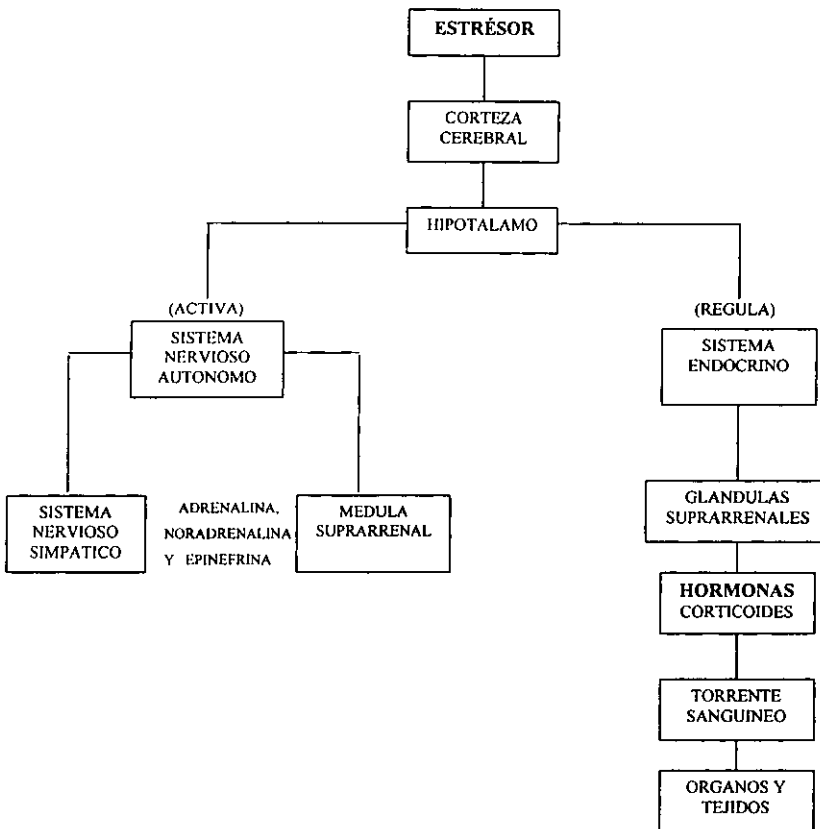


Figura 3.

Podemos distinguir dos tipos de respuesta al estrés:

- Una inmediata, correspondiendo a la reacción de alarma y respondiendo a una demanda urgente; es la respuesta adrenalínica que se traduce por una secreción brusca de adrenalina.
- Otra relativamente más tardía, lenta y continua; es la respuesta córticosuprarrenal que se traduce por una secreción de corticoides.

La adrenalina va a responder a las necesidades energéticas inmediatas, haciendo liberar el azúcar de las reservas que se encuentran en el hígado, ya que este azúcar es indispensable para los músculos y el cerebro. También es responsable de otras acciones, sobre todo cardio-vasculares, responsables de la aceleración del ritmo cardíaco, de la elevación de la presión arterial, de la circulación sanguínea, etc.

Los corticoides, por otra parte, inhiben las reacciones inflamatorias producidas por los factores de estrés, son responsables de una disminución de las defensas inmunitarias y provocan un catabolismo (destrucción) protídica y, a partir de esos prótidos, una producción de azúcar en el hígado, fuente de energía fácilmente disponible.; además, los corticoides tienen una acción de frenado sobre la hipófisis, reduciendo la secreción de nuevos corticoides desde que su índice sanguíneo es suficiente para las necesidades.

Otros cambios hormonales y químicos intervienen en gran número en el transcurso del estrés y controlan y equilibran la estabilidad y el funcionamiento del organismo. Cuanto más intenso es el factor causante de estrés, más importante es la reacción de adaptación, tanto en el aspecto biológico como psicológico y físico.

Las consecuencias patológicas de la intensidad del estrés están vinculadas a la cantidad de hormonas segregadas. En determinados casos, la cantidad de adrenalina puesta en circulación alcanza unos porcentajes elevados, responsables de un acceso de hipertensión arterial y de trastornos coronarios o cerebrales (Selye, citado en Bensabat, 1994)

En el plano psicológico, la intensidad del estrés puede tener consecuencias igualmente molestas. Una estimulación psíquica violenta y repentina es responsable, a veces, de una reacción de excitación, o al contrario, de un estado de agotamiento.

La duración del estrés y el tiempo de exposición al mismo, condicionan el agotamiento del organismo. Un estrés prolongado, físico o psico-emocional, va acompañado de una secreción duradera

de adrenalina, hormona de adaptación, pero si el estrés se prolonga le acompaña, asimismo, una secreción secundaria de hormonas suprarrenales y, al cabo de cierto tiempo, le sigue un agotamiento hormonal, que puede conllevar a trastornos psicológicos y psicosomáticos.

## 2.4 Estrés agudo y Estrés Crónico

El estrés agudo corresponde a una agresión frecuentemente violenta, física o psico-emocional, pero limitada en el tiempo. La respuesta del organismo es también inmediata, violenta e intensa. Es una respuesta de supervivencia a dicho evento, como lo podría ser una emoción fuerte.

El estrés crónico, en cambio, corresponde a las agresiones violentas o con más frecuencia moderadas, pero repetidas y próximas en el tiempo, exigiendo una adaptación frecuente. Es la suma del estrés continuo, que constituye, a la larga, una dosis total excesiva y que sobrepasa el umbral de resistencia.

En ambos casos, el organismo responde de manera física, psicológica y biológica, repercutiendo a diferentes niveles de su equilibrio.

El estrés agudo puede ocasionar, en determinados casos, unos trastornos psicosomáticos, úlcera y accidentes cardiovasculares; se ha encontrado que la tensión profesional se relaciona a las enfermedades cardíacas y hipertensión (Casa, 1974, citado en: Barney, Joseph; Fredericks, Janet, 1996). Por otro lado, el estrés crónico lleva consigo un agotamiento psicológico y glandular progresivo, responsable de las enfermedades de adaptación.

## 2.5 Eustrés y Distrés

El nivel óptimo de estrés es la dosis de estrés, biológicamente necesaria, para cada individuo, con el fin de que funcione de manera armónica en condiciones compatibles con su personalidad y sus posibilidades de adaptación. Evidentemente, ese nivel es variable de un individuo a otro y depende de los factores que caracterizan y determinan a un individuo, es decir, su herencia, su perfil psicológico, su estado de salud, etc.

El término estrés abarca dos situaciones distintas: una positiva, denominada eustrés (eutrés del griego “e” – bueno); otra negativa, que es el distrés (distrés del latín “dis” – nocivo, dañino, malo).

El estrés positivo es todo lo que se quiere o que se acepta hacer en armonía con uno mismo, con su medio ambiente y su propia capacidad de adaptación; gracias a él, logramos subir peldaños cada vez

más altos de desarrollo personal, ya que ejerce en el organismo una función protectora y motivacional. (Troch, 1982, citado en Ocampo, 1996). Así, el éxito y el trabajo, son ejemplos de estrés positivo, fuente de bienestar o de equilibrio. Para términos de la presente investigación, a este tipo de estrés lo denominaremos: - *estrés funcional* -.

Por el contrario, el estrés negativo o distrés, es todo aquello que disgusta, todo cuanto se hace en contradicción con uno mismo, con el medio ambiente y con su propia capacidad de adaptación. La tristeza, el fracaso, la enfermedad, las frustraciones, etc. Son ejemplos de distrés, fuentes de desequilibrio, de alteraciones psicósomáticas y de enfermedades de adaptación (Bensabat, 1994). A este tipo de estrés lo llamaremos - *estrés disfuncional* -.

En los dos casos existe una respuesta biológica de adaptación, sin embargo, el eustrés biológicamente se puede convertir en distrés cuando supera el nivel de adaptación propio de cada individuo y provoca una respuesta biológica excesiva que acarrea las respuestas somáticas características de los estados de distrés, como son las palpitaciones, la boca seca, la transpiración, etc. (Bensabat, 1994).

En este sentido, las diferencias individuales juegan un papel muy importante, ya que dependiendo de la manera como se reciben e interpretan los acontecimientos será la manera de reaccionar y de afrontarlos; así un evento estresante puede ser percibido de manera positiva para unas personas y negativas para otras.

La interpretación del agente del estrés depende, asimismo, del nivel de estrés, del umbral de resistencia y del ritmo de adaptación de cada uno.

El estrés es indispensable en la vida; es la consecuencia natural de todas nuestras actividades, es la dosis fisiológica, estimuladora y necesaria para nuestro despertar y nuestro equilibrio es diferente y específico de la estructura de cada uno (citado en Bensabat, 1994).

⇒ Si nos apartamos de la dosis óptima de estrés, bien por exceso o por defecto, el estrés se convierte en distres y exige una adaptación particular de nuestro organismo por encima de las normas fisiológicas, tanto en el plano biológico como en el físico y en el psicológico.

⇒ Por debajo del umbral óptimo, el organismo está subestimulado, poco solicitado física, psicológica y biológicamente. La inactividad exagerada y el reposo completo no son



recomendables y es un error forzar a un hombre activo por naturaleza al reposo o a una actividad que no se corresponde con su ritmo biológico. Y al contrario, por encima del nivel óptimo, el organismo se ve sobreestimulado, agotado por cansancio, demasiado solicitado, sometido a una adaptación excesiva que exige una secreción importante de hormonas de adaptación (adrenalina y cortisona), responsable, a su vez, de efectos secundarios y de alteraciones metabólicas y orgánicas.

## 2.6 Agentes productores de Estrés

El estrés es un proceso fisiológico normal de estimulación y de respuesta indispensable para la vida y el funcionamiento del organismo. En teoría, toda la actividad física o psíquica es un factor de estrés, sin embargo, hay otros que pueden desencadenar el estrés, puesto que exigen un exceso de adaptación física, psicológica o biológica.

La respuesta al estrés, es el esfuerzo de nuestro cuerpo por adaptarse al cambio, es decir, por mantener la homeóstasis. Experimentamos estrés cuando no podemos mantener o recuperar este equilibrio personal. Si no se percibe una amenaza externa, no hay necesidad de adoptar una postura de adaptación y no puede haber estrés. Un estresor es el estímulo que provoca la respuesta al estrés, es un agente externo perturbador (Ivancevich y Mattenson, 1985).

No todos los estresores provocan una respuesta en todas las personas., ya que desempeñan un papel con diferencia de significación a nivel individual, grupal, organizacional y/o físico.

Según McLean (1976) (citado en Ivancevich y Mattenson, 1985), existen dos variables que ayudan a determinar el grado en el que un estresor provoca una respuesta al estrés: *el contexto*, que es el medio ambiente social y físico en el cual se presenta el estresor y *la vulnerabilidad*, que son las características individuales de edad, sexo, rasgos de personalidad y predisposiciones emocionales.

Müller-Limomorth (1976) (citado en Ocampo, 1995) hizo una clasificación general de los estresores, dividiéndolos en cuatro categorías:

- 1) **Estresores Físicos:** que a su vez se puede clasificar en: a) *actividades corporales*, como lo son el correr nadar, etc., ya que al disponer una mayor cantidad de energía para realizar la actividad, causan estrés, b) *condiciones físicas del medio*, como son los cambios de temperatura, el ruido, el polvo, la contaminación, etc., que nos obligan, en muchas ocasiones, a una reacción de estrés, y

por último, c) *las condiciones internas del organismo*, que son aquellas que ponen en marcha, dentro del cuerpo, procesos que deben responder con el estrés, por ejemplo, las bacterias, los virus, las sustancias tóxicas o la sensación de dolor.

- 2) **Estresores Mentales:** que implica cualquier proceso cognitivo que obligue a la persona a concentrar, totalmente, su atención para poder realizar la tarea seleccionada, como leer, jugar ajedrez, etc. (Tronch, 1982, citado en Ocampo, 1995)
- 3) **Estresores Psicológicos y 4) Estresores Sociales:** ambos estresores se encuentran íntimamente relacionados. El individuo experimenta ansiedad, conflictos, presión, etc., que son producidos por la interacción de la persona con su medio, por ejemplo, en la vida laboral, el hogar, los medios de comunicación social, así como las relaciones sociales. (Tronch, 1982, citado en Ocampo, 1995)

Ivancevich y Mattenson (1985) clasifican a los estresores en el trabajo en cinco categorías:

- 1) Estresores del medio ambiente físico
- 2) Estresores individuales
- 3) Estresores grupales o colectivos
- 4) Estresores organizacionales
- 5) Estresores extraorganizacionales

### 1. Estresores del ambiente físico

Son condiciones o fenómenos ambientales que producen emociones estresantes, como son: los niveles extremos de temperatura, la iluminación, el ruido, la vibración y movimiento y la contaminación del aire.

El ambiente, particularmente el ambiente hospitalario, exige que las personas que trabajan en él, se deban de ajustar a las demandas que se les exigen, tales como presiones de tiempo, las amenazas a su seguridad y autoestima, las normas de actuación y las amenazas que han de venir, etc. (Jones, 1995).

### 2. Estresores individuales

Están asociados, directamente, con el papel que se desempeña, o bien, con las tareas con las que se tienen que cumplir en la organización. Es importante, en este punto, enfatizar la manera en como este tipo de estresores afectan al individuo, que puede ser:

- a) *El rol conflictivo* (que se presenta cuando existe una discrepancia de lo que se espera y exige dentro del puesto, o entre las de éste y las convicciones o valores del individuo).

- b) *La ambigüedad de rol* (que es la ausencia de la definición del papel del individuo dentro de su trabajo); Por ejemplo, la transición del estudiante médico a la práctica médica, implica enfrentarse a la incertidumbre sobre la *ambigüedad de rol*, así como también, acerca del tratamiento de enfermedades, la inexperiencia y la necesidad de tomar decisiones sobre vida-y-muerte. Varios estudios han confirmado que varios de estos factores implican estrés en los residentes (Alexander, Monk y Jonas, 1985; Bunch, Dvonch, Storr, Baldwin y Hughes, 1992; Jex, Hughes, Storr, Balwin, Conard y Sheehan, 1991; Mazie, 1985; Revicki, Whitley y Gallery, 1993; Schwartz, Black, Goldstein, Jozefowicz y Emmings, 1987, citado en Hillhouse, Adler, Walters, 2000)
- c) *Sobrecarga de trabajo* (que puede ser de carácter, tanto cuantitativo como cualitativo, dependiendo de la dificultad de una tarea para su realización, así como la cantidad de trabajo y el tiempo que se tiene para realizarlo). Small (1981) ha descrito un “síndrome de tensión casa funcionario” (house officer stress syndrome) que consiste en enojo crónico, depresión, pensamientos de suicidio, deterioro cognoscitivo episódico, cinismo, discordia familiar y abuso de la substancia. El atribuyó la causa de este síndrome a la carga de trabajo excesivo, los cambios frecuentes en condiciones de trabajo, la suspensión de sueño y la competencia que enfrentan la mayoría de los residentes (Citado en Hillhouse, et.al., 2000).
- d) *Nivel de complejidad en la tarea* (esto hace referencia a los cambios y esfuerzos que debe realizar una persona para la realización eficaz de una tarea, ya sea simple o compleja).
- e) *Autonomía relacionada con la tarea* (que se encuentra relacionada con el nivel jerárquico y las responsabilidades; a mayor jerarquía mayor el control que se tiene sobre la conducta laboral)
- f) *Cambio Organizacional* (que implica una reorganización a las nuevas condiciones dentro de una institución, que puede implicar un nuevo jefe, método, políticas, etc, lo que repercute en la persona creando incertidumbre y, por consiguiente, estrés).
- g) *La evaluación del desempeño*, entre otras.

### 3. Estresores grupales o colectivos

La afectividad de la organización está influenciada por la naturaleza de las relaciones entre los miembros de un grupo. No obstante, la influencia del grupo puede crear estrés en el individuo debido a:

- a) *La falta de cohesión en el grupo* (la cohesión, implica la tendencia a mantenerse unidos los miembros de un grupo. Para algunos individuos, el formar parte de un grupo cohesivo es un factor importante, su ausencia podría causar un desempeño pobre; sin embargo, la falta de cohesión puede no ser significativa para otros trabajadores. (González y Kupferman, 1987, citado en Ocampo, 1995).
- b) *El apoyo inadecuado del grupo* (los efectos de los estímulos estresores en el empleado se reducen cuando otros comparten el estrés. Kahn y Quin (1970) (citado en Ivancevich y Mattenson, 1985) señalaron que el apoyo grupal es un recurso que tiene el individuo ante una situación de estrés. Un trabajador que no encuentra ningún apoyo dentro de su ambiente laboral puede presentar estrés, aunque algunas personas siguen presentándolo independientemente de que cuenten con el apoyo o no (Turcotte, 1986, citado en Ocampo, 1995)

Revicki, Whitley y Gallery (1993) examinaron un modelo simple de estrés, apoyo social y depresión; encontrando que la ambigüedad de rol conducía a las percepciones de estrés y la *ausencia de apoyo* conllevaba al incremento de la depresión en residentes de medicina de emergencia (Citado en Hillhouse, et.al., 2000)

- c) *Los conflictos intragrupales* (son aquellos conflictos que pueden surgir dentro del mismo grupo y que pueden ser causados por los conflictos de rol, los conflictos en torno a la solución de algún problema y los conflictos debido a la misma interacción del grupo).
- d) *Los conflictos intergrupales* (son los conflictos entre los diferentes grupos de una organización. Un ejemplo de ello, es cuando los grupos tienen que depender mutuamente para la realización de una tarea y las metas no se pueden alcanzar simultáneamente y, por lo tanto produce estrés).

#### 4. Estresores organizacionales

Son conocidos como macrofenómenos, pues están asociados a una perspectiva global del trabajo, entre ellos encontramos:

- a) *El clima organizacional* (que implica el ambiente que prevalece en el lugar de trabajo y que depende de la interacción entre las personas, las políticas de la empresa y las metas tanto personales como organizacionales). El clima organizacional puede hacer que los empleados gocen de un ambiente relajado con poco estrés, o que sufran de un ambiente tenso de trabajo y, por consiguiente, las consecuencias de un estrés intenso (citado en Ivancevich y Mattenson, 1985);

Irónicamente, los estudiantes médicos, residentes y médicos en práctica, tienden a luchar comúnmente con problemas que rodean sus propias enfermedades y cuidado de salud. Los residentes tienden evitar usar licencia por enfermedad, con la finalidad de impedir el aumento de los workload\* a sus colegas, pero también, porque *la atmósfera de entrenamiento* tradicional promueve la competencia con éstos mismos individuos y crea un miedo de “ estar fuera” y perderse de algo importante. De igual manera, los médicos pueden verse como menos susceptible a la enfermedad que otros, a pesar del hecho de no adoptar los estilos de vida saludables que ellos mismos prescriben (Ametz, 1997); considerando la admisión de enfermedad como una señal de debilidad (Asociación Médica canadiense, 1998.,Citado en Hillhouse, et al., 2000)

- b) *El nivel jerárquico organizacional* (se refiere al lugar que ocupa el individuo dentro de la jerarquía de la organización y que dependerá, del tipo de responsabilidad que se tenga y de las características de la tarea)
- c) *El lugar o área de trabajo* (es el espacio personal que se ocupa dentro del área de trabajo). French y Caplan (1973), en un estudio del impacto del territorio organizacional, mostraron que las personas que laboran en lugares ajenos experimentan mayor estrés, en comparación con aquellos trabajadores que laboran en territorios familiares (citado en Ivancevich y Mattenson, 1985);
- d) *La tecnología* (se refiere a las formas en que la organización transforma los recursos y otros insumos, en productos deseables. Entre mayor sean las limitaciones tecnológicas de una organización, mayor será el número de estresores; aunque para algunos empleados, la tecnología en sí, ya representa un estresor importante (Ivancevich y Mattenson, 1985)
- e) *El liderazgo* (en cualquier situación organizacional, existe un agente de influencia que, a menudo, ejerce un impacto significativo sobre las actividades del trabajo, el clima y el grupo: el líder. Dependiendo de la manera de dirigir del líder y de las necesidades del empleado, el liderazgo puede causar estrés a los empleados y viceversa)
- f) *Los turnos de trabajo* (el trabajo de noche ocasiona la perturbación de los ritmos biológicos del individuo y dependiendo de la capacidad de adaptación del individuo, este puede ser un estresor que afecte la conducta, desempeño, la fisiología y las relaciones familiares del mismo).

---

\* workload: cantidad de trabajo asignado en un periodo de tiempo.

Los trabajadores, que trabajan por turnos, se encuentran sometidos a un nuevo ritmo de actividad y de reposo, de alimentación y de sueño, al que deben adaptarse sin cesar el funcionamiento de sus órganos y la secreción de su glándulas. Esos trabajadores están obligados constantemente a adaptarse. De igual manera, la desincronización de los ritmos biológicos es responsable de numerosas alteraciones patológicas que aparecen de forma tardía, varios años después: irritabilidad, dificultad para la concentración, ansiedad, trastornos cardiovasculares, etc.

En una revisión de la literatura, Butterfield (1988) reporta que el sueño inadecuado, fatiga, demandas de tiempo excesivas y un inadecuado soporte social representa un estrésor mayor en los residentes (citado en Hillhouse y Walters, 2000).

Aparentemente, hay tres formas en las que el horario de trabajo puede actuar como moderador del estrés. En primer lugar, la diferencia en el tiempo que se pasa en el trabajo modera la exposición a los estresores del trabajo. El individuo con ochenta horas a la semana se encuentra más expuesto a los estresores que el individuo que trabaja cuarenta horas a la semana. En segundo lugar, excesivas horas de trabajo podrían acabar con la energía física y mental, que de otra forma, servirían para ayudar al individuo a hacer frente a las situaciones estresantes. En tercer lugar, el aumento en la cantidad de tiempo dedicado al trabajo, normalmente está vinculado a la disminución del tiempo disponible para el descanso y el ocio, durante el cual, pueden abastecerse parcialmente las reservas de energía necesarias para la adaptación (citado en Ivancevich, 1985).

## 5. Estresores extraorganizacionales

Son las acciones, situaciones o los sucesos ajenos a la organización, que podrían causar estrés en los individuos, tales como: *La familia y la situación económica*. La familia puede implicar un apoyo para aliviar el estrés, o bien, contribuir al aumento de éste, dependiendo de la dinámica y de las buenas relaciones entre los integrantes de éste círculo.

## 2.7 Diferencias Individuales y Vulnerabilidad al Estrés

Ante las diferentes situaciones estresantes que podemos sufrir, ya sean físicas, psicológicas, afectivas, etc., no reaccionamos todos de la misma manera; algunas personas se verán gravemente afectadas, otras poco y otras absolutamente nada.

El organismo se defiende y adapta; el poder de adaptación desempeña un papel decisivo en el desarrollo de numerosas enfermedades; sin embargo, existen diferentes factores condicionantes que pueden modificar nuestra receptividad a los agentes causantes del estrés. Estos factores condicionan y

determinan la respuesta física, psicológica y biológica del organismo. Entre estos factores, encontramos los hereditarios y los adquiridos, así como los propios de lo vivido por cada individuo. Como los factores condicionantes son diferentes de un sujeto a otro, la reacción al estrés será distinta, así como la enfermedad de adaptación provocada por una inadaptación al estrés.

Una persona se encuentra sometida a estrés cuando la cantidad de estrés acumulado supera el umbral óptimo de adaptación y su organismo empieza a manifestar señales de agotamiento. La fecha de aparición de esa fatiga de la adaptación puede variar, dependiendo, por una parte, del perfil psicológico de la persona, y por otra, de la cantidad y de la frecuencia de las adaptaciones vividas. De esta manera, la expresión clínica de la “sobredosis” de estrés será por ende muy variable.

La fatiga es una señal frecuente y precoz; puede ser física, expresada por un cansancio, falta de energía y ausencia de gusto para realizar actividades; o bien, la fatiga intelectual, expresada por dificultad de concentración, “vacíos de memoria” y el descenso de rendimiento intelectual.

De igual forma, la impaciencia, la irritabilidad, el nerviosismo, la ansiedad, la angustia, la tristeza y el desaliento, son también reveladores de una sobredosis de estrés. La relación social y familiar puede volverse más difícil y tensa.

Todas esas señales, evidentemente, no se presentan asociadas en el mismo sujeto ni aparecen al mismo tiempo. Una manifestación aislada y pasajera es completamente normal y no es significativa. Lo grave puede ser la repetición o la persistencia de esas señales de alarma, ya que pueden indicarnos que se está llegando a un estado de estrés crónico, cuya persistencia puede desembocar en trastornos más agudos, como la hipertensión arterial, infarto, úlcera de estómago, una depresión nerviosa, una enfermedad de la piel, etc.,

El mecanismo biológico del estrés es siempre idéntico, pero los resultados varían en función del agente causante del estrés y de los factores que condicionan el grado de vulnerabilidad ante él. Es por ello, que al plantear una prevención del estrés, debe tomarse en cuenta no-solo el factor causante, sino también, la personalidad del individuo y el órgano vulnerable que hay que proteger.

Otros factores que hay que considerar son: la edad, el sexo, el estado físico, la educación, la ocupación y las horas de trabajo.

1. **La edad:** Hay tres tipos de edad, la edad cronológica, que es el tiempo transcurrido desde el nacimiento, la edad fisiológica o edad verdadera, que depende del grado de deterioro experimentado por el cuerpo y, la edad psicológica, que es la edad que el individuo tiene a nivel mental.

Cada vez que hay estrés, se da una adaptación y secreción de hormonas de adaptación (adrenalina, ACTH y hormonas suprarrenales) más importantes y prolongadas cuanto más violenta es la emoción, la situación imprevista duradera o repetida. De ello se deduce un agotamiento progresivo del poder de adaptación. La rapidez de ese agotamiento está en función de la *edad*, o más bien, de la frecuencia y de la suma de las sollicitaciones. Ante esto, un consumo excesivo de esa energía provoca un agotamiento de los medios naturales de defensa y, asimismo, un envejecimiento prematuro. (Ivancevich, 1985; Bensabat, 1994)

Por tanto, el estrés es el equivalente a un fenómeno de desgaste del organismo; tanto más importante y precoz, cuanto mayor es la dosis de estrés y con más rapidez se acumula. El envejecimiento estará determinado más por la dosis total de estrés y de desgaste, que por el tiempo transcurrido.

El reposo observado, tras un período de agotamiento por cansancio, no compensa la energía de reserva consumida y agotada en el caudal de base; únicamente permite reconstituir reservas superficiales disponibles de inmediato.

Desde el punto de vista fisiopatológico, el estrés, por mediación de la adrenalina segregada, provoca una lipólisis y libera ácidos grasos, de los cuales, una parte se deposita en la pared de las arterias, que se va espesando, se endurece y pierde su elasticidad. El calibre de los vasos disminuye, lo mismo que la irrigación y los cambios relativos a los tejidos. Así mismo, la agregación de plaquetas favorecidas por el estrés agrava la vascularización y la oxigenación de los tejidos. Esa elasticidad arterial es un reflejo del envejecimiento (citado en Bensabat, 1994).

2. **Sexo:** la reacción al estrés no es idéntica en el hombre y en la mujer; cada experiencia es vivida y somatizada de forma distinta entre un sexo y el otro. Eso puede obedecer a una diferencia de educación, conducta y reacciones muchas veces condicionadas por el modo de vida, las responsabilidades y las obligaciones familiares y socioprofesionales particulares de uno y otro sexo.



En un principio, el hombre era el que se ganaba la vida y era su responsabilidad proporcionar los medios para satisfacer las necesidades de subsistencia para su familia; la mujer, en cambio, desempeñaba principalmente el papel de esposa y madre, su rol era más pasivo y se concentraba en crear una atmósfera de apoyo hogareño para su marido (citado en Ivancevich, 1985).

Sin embargo, las cosas han cambiado, el clima social actual, la división del género de papeles profesionales y domésticos está volviéndose menos polarizada y, por consiguiente, algunos estresores son comunes para ambos géneros, como lo son las tensiones laborales. Hay que señalar, que aunque el estresor sea el mismo, la reacción al estrés no es idéntica en el hombre y en la mujer. Anteriormente, a la mujer se le atribuían dolores de cabeza, vértigos, asma y sobre todo alteraciones cutáneas. La piel, es a menudo, el primer blanco del estrés; otro trastorno puede ser la alopecia en los primeros días que siguen al parto, o bien un encanecimiento espontáneo del cabello y, por último, los trastornos de la regla o la completa amenorrea durante meses, como consecuencia del estrés crónico de la mujer. El hombre, al contrario, está más sujeto a las enfermedades cardio-vasculares, como la hipertensión arterial y la úlcera gástrica (Bensabat, 1994).

Pero, hoy en día, todo parece indicar que, a medida que se va reduciendo la diferenciación entre los roles masculino y femenino, también está sucediendo lo mismo con las diferencias sexuales en relación con las indicaciones de estrés. Por ejemplo, el padecimiento de las coronarias entre las mujeres menores de 45 años, de las que se había pensado durante mucho tiempo que tenían una inmunidad hormonal contra tales problemas, va en aumento, al igual que la incidencia de úlceras pépticas entre las mujeres (citado en Ivancevich, 1985); otro ejemplo, es un estudio en el que se relacionó el incremento en la complejidad del rol para hombres y mujeres médicos, sugiriendo un incremento en la convergencia de los papeles profesionales y las actividades domésticas de ambos sexos. También se registraron niveles más altos de tensión profesional para las variables de trabajo a casa que las variables de casa a trabajo, tanto en hombres como en mujeres médicos, confirmando la permeabilidad asimétrica de tales papeles y no encontrando diferencias significativas en cuanto al género (Swanson y Power, 1998).

**3. Estado de Salud:** las personas que se encuentran en buenas condiciones físicas y de salud, resistirán mejor los efectos nocivos del estrés en comparación con las personas no tan sanas. Un medio eficaz para disminuir los efectos del estrés, es mediante el ejercicio físico, ya que de esta manera se mejora el estado de salud del individuo (Schultz, 1985, Citado en Ocampo, 1996).

En un estudio realizado por Chappell y Novak (1994), se examinó la relación entre las características de los pacientes y la *salud física* entre el personal encargado de sus cuidados; al finalizar su estudio, encontraron que las conductas de los pacientes poseen un impacto significativo en la salud del personal (Rebekah; Stratton-Powell, Hilary; 1998).

**4. Ocupación:** La elección de la ocupación es más un producto de las diferencias individuales que una diferencia en sí misma. También es cierto que las condiciones de estrés a las que se encuentra sujeto el individuo, varían en forma de la ocupación. Por lo tanto, parte del estrés que podemos experimentar cuando ejercitamos nuestro campo de acción, es en función de variables asociadas a la ocupación misma. Independientemente de si se desempeña un trabajo con alto o bajo grado de estrés, siempre habrá un ajuste ocupacional en el que las personas que no logren adaptarse a su empleo, tendrán mayor probabilidad de experimentar el estrés que aquellas que se encuentren adaptadas. La capacidad que tiene cada persona para la ejecución de su trabajo, es un factor significativo en la vulnerabilidad al estrés.

El envejecimiento prematuro se encuentra también en todas las personas que ejercen una profesión, en la que el estrés psicológico es importante y repetido y responsable de una mayor frecuencia de enfermedades coronarias y mentales ( Bensabat, 1994).

**5. Educación:** Los individuos con diferentes niveles educativos tendrán diferencias en cuanto a sus experiencias y, por consiguiente, su manera de responder al estrés será diferente, siendo ésta, una variable moderadora de estrés.(citado en Ivancevich, 1985).

Ante esto, muchos autores consideran que el involucramiento en papeles profesionales, ofrece oportunidades para el crecimiento personal y está, por consiguiente, asociado con un mayor bienestar mental (Baruch, Biener y Barnett, 1987; Campbell, Campbell y Kennard, 1994; el Espino, 1982; Johnson, 1989; Kandel, Davies y Raveis, 1985; Kopp y Ruzicka, 1993; Nelson, Hitt y Moesel, 1990, citado en Swanson y Power, 1998).

## **2.8 Conducta propensa al estrés**

La resistencia al estrés depende de la capacidad de adaptación del organismo a las diferentes agresiones. La capacidad de adaptación depende, en sí, de la cualidad de la respuesta física y biológica solicitadas en la resistencia al estrés.

De la misma manera, existen diferentes tipos de reacción ante el estrés, ya que aunque el estrés es el mismo, el modo de responder es diferente, específico de cada individuo y depende de la personalidad y perfil psicológico de cada uno; lo importante no es el factor de estrés, sino nuestra forma de reaccionar, de interpretar el factor causante del estrés.

Existen tres modos de respuesta y de comportamiento, que corresponden con tres tipos de personalidad:

**El tipo A** que corresponde a las personas extrovertidas, que exteriorizan su respuesta al estrés por medio de reacciones excesivas. La menor contrariedad se traduce en una irritabilidad y en un acceso de cólera importantes con relación al factor desencadenante. El tipo A corresponde a sujetos agresivos, impulsivos, que viven constantemente bajo tensión, en competencia con su medio ambiente y con ellos mismos, queriendo siempre hacer más y mejor, perfeccionistas, siempre con prisas, pendientes del reloj, preocupados por el tiempo y los plazos de vencimiento. Frecuentemente estas personas no saben relajarse, siempre se encuentran inmersos en su trabajo, que es su principal placer.

**El tipo C** al contrario, es el tipo introvertido, obsesivo. Corresponde a las personas que interiorizan su reacción al estrés. Aparentemente resignados y apacibles, los sujetos del tipo C son menos agresivos, pero se trata de una falsa imagen, puesto que reprimen sus sentimientos.

**El tipo B** es un tipo intermedio; el tipo ideal de comportamiento, ya que corresponde a las personas que dominan bien y de forma natural su estrés, reaccionando con calma, con prudencia, poseen un carácter optimista y positivista.

A cada tipo de comportamiento y de respuesta al estrés corresponde una patología específica. Los sujetos *tipo A* están más predispuestos a una patología de tipo cardiovascular (Friedman, Rosenman y Rosenman, 1959) como la hipertensión arterial y el infarto de miocardio. También a la úlcera gastroduodenal y a la obesidad.. El colesterol sanguíneo es también y, con frecuencia, elevado en los sujetos del tipo A, cuya consecuencia principal es la hipertensión arterial y el exceso de peso.

Los sujetos *tipo C* están más predispuestos a la depresión nerviosa, a los reumas, a las infecciones a la alergia y, posiblemente, al cáncer, en relación con una baja más importante de las defensas inmunitarias y, por último, los sujetos del *tipo B* que son al parecer los más protegidos.

De esta manera, el perfil psicológico juega un papel importante en el modo de reacción al estrés, pues condiciona el grado y la forma de dominio del estrés y las posibilidades de ajuste de las

respuestas psicológicas y biológicas. Depende, a la vez, de la herencia, de la educación, del equilibrio psico-afectivo y de las experiencias vividas.

La secreción de catecolaminas, provocada por el estrés, resulta más importante en los sujetos del tipo A, que reaccionan de mejor grado al estrés por un mecanismo catecolaminico\*, mientras que los sujetos del tipo C reaccionan más bien por un mecanismo córticosuprarrenal.\*

## 2.9 Estrés y enfermedades cardíacas

La relación entre el estrés psico-emocional y el sistema cardio-vascular se conoce desde hace tiempo. Sin embargo, y sobre todo, después de los trabajos de Cannon, seguidos de los de Selye, esa relación ha adquirido una base científica. Los progresos llevados a cabo en ésta área tienden:

1. A una mejor comprensión de las vías neuro-hormonales del estrés
2. A una mejor comprensión de los mecanismos de la isquemia.
3. A la definición de un perfil psicológico predispuesto a la enfermedad coronaria.
4. A la apreciación del impacto del nivel socio-económico sobre el pronóstico del infarto.
5. A la definición de un estilo de vida más humano y satisfactorio hacia las personas cardíacas.

Las consecuencias fisiológicas del estrés pueden resumirse en la siguiente expresión “reacción fisiológica de defensa”, es decir, una respuesta de base provocada por diversos tipos de estímulos que van acompañados de cambios cardio-vasculares que permiten que la persona haga frente a una situación amenazante; así, de una manera simple, la reacción de defensa aumenta el débito cardíaco y lo redistribuye hacia el sector músculo-esquelético y hacia el propio músculo cardíaco, en el que será posible que el organismo decida pelear o huir.

De una manera general, la respuesta del sistema cardiovascular al estrés se efectúa sobre todo por medio del sistema nervioso simpático por tres vías principales ( Figura 4).

Todos los efectos vasculares de la reacción de defensa tienen por resultado un aumento del débito cardíaco y de la presión arterial sistólica y diastólica.

---

\* Mecanismo catecolaminico: puesta en juego del sistema simpático y secreción de adrenalina.

\* Mecanismo córticosuprarrenal: puesta en juego de la córticosuprarrenal que segrega cortisona.

Paralelamente se producen unos ajustes hormonales que tienden a la movilización de la energía destinada a los músculos y que se realizan por medio de la liberación de epinefrina y de la producción de corticoides suprarrenales.

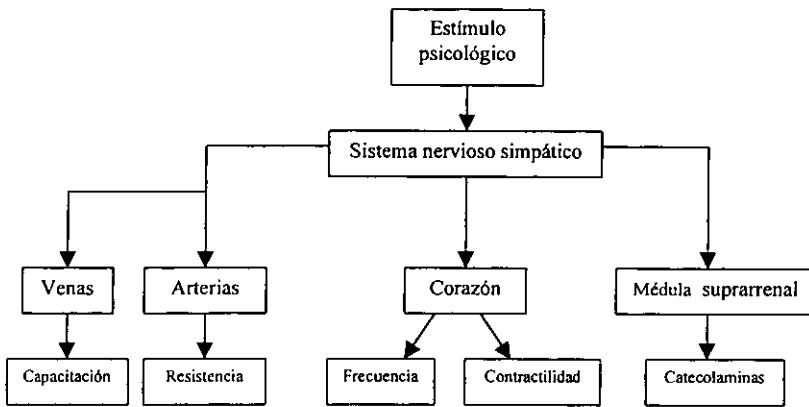


Figura 4.

Así que, en resumen, la reacción de defensa, tan importante para la supervivencia, crea en el hombre una movilización de recursos cardio-vasculares y metabólicos que, necesariamente, no serán utilizados. Esta disociación de la respuesta de defensa, unida a la ausencia de descarga músculo-esquelética, podría conducir a un estado de despertar vásculo-visceral permanente que, probablemente, tendría un papel nocivo sobre el sistema cardio-vascular. Es por ello, que parte del estudio sobre orígenes y progresión de las enfermedades relacionadas con el corazón, se han centrado en las emociones y el estrés psicológico.

## 2.10 Estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento y salud mental

Otra forma de concebir a la salud mental es, refiriéndose a un equilibrio positivo de afectos, en el que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas; de esta manera, una alta afectividad negativa estará asociada al *estrés* y a la *ansiedad*, mientras que, una baja afectividad positiva estará asociada a la depresión, así como a déficits de refuerzo positivo y de interacción social (Wagner, 1988, citado en Alvaro, 1996).

De esta manera, es como numerosos estudios en salud mental se han preocupado por investigar las causas sociales del deterioro psicológico. En la presente investigación se dará mayor importancia al impacto psicológico del estrés, así como en las variables mediadoras de sus efectos como son las estrategias de afrontamiento y el *apoyo social*.

El afrontamiento es definido por Lazarus y Folkman (1991), como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específica externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Existen dos categorías generales de afrontamiento: aquellas estrategias *enfocadas al problema* o su resolución y aquellas estrategias de afrontamiento *centradas en las emociones*. El afrontamiento dirigido a los problemas incluye la búsqueda de información y la resolución de problemas. El afrontamiento centrado en las emociones se dirige a la regulación afectiva y la descarga emocional. En esta última forma de afrontamiento se incluyen diversas pautas de conducta, entre las que se incluyen la confrontación hostil, la descarga emocional y la búsqueda de apoyo emocional (Folkman y Lazarus, 1988, citado en Alvaro, 1996)

Debemos diferenciar, asimismo, entre estrategias de afrontamiento activas (refuerzos conductuales y cognitivos para manejar sucesos estresantes) y estrategias de evitación (intentos para evitar tratar con el problema o de reducción de la tensión mediante actitudes de huida) (Taylor, 1990 citado en Alvaro, 1996). Estas estrategias de evitación incluyen la represión de la vivencia, la negación del hecho externo estresante, la minimización del mismo y la evitación del problema.

Otras investigaciones sobre estrategias de afrontamiento y síntomas psicológicos han encontrado que la evitación cognitiva y conductual –también la descarga afectiva– están asociadas a una intensificación de síntomas depresivos y emociones negativas (Folkman y Lazarus, 1988, Alvaro, 1996). Contrariamente, la utilización de estrategias de afrontamiento activas, tales como la redefinición cognitiva y la resolución de problemas, se relacionan con un alta autoestima (Moss, 1988 citado en Alvaro, 1996), aunque no necesariamente con una mejor resolución de la situación estresante (Páez, 1986, citado en Alvaro, 1996).

El afrontamiento activo también puede estar asociado a una afectividad negativa en la fase previa o inicial de un suceso estresante y cuando no hay posibilidad de cambiar la situación. El afrontamiento de evitación es frecuente en la fase inicial y puede ser eficaz a corto plazo mientras que el afrontamiento activo es más eficaz, a largo plazo, para asimilar hechos estresantes específicos.

El carácter del estresor también influye en las respuestas de afrontamiento y su eficacia. Cuando las situaciones son controlables predominan las estrategias de afrontamiento activo, mientras que cuando las situaciones parecen ser menos controlables surgen, preferentemente, estrategias alternativas (Carver, Schier y Weintraub, 1989, citado en Alvaro, 1996).

También existen influencias recíprocas entre el nivel de estrés, el nivel de apoyo social, el deterioro afectivo y las estrategias de afrontamiento: mientras peor es el equilibrio de afectos y más severo el estrés, más probable es que las personas utilicen formas de afrontamiento inadaptativas (de evitación y escape) y menos probable es, que utilicen formas de afrontamiento adaptativas y, por ende, más probabilidades tienen de empeorar su ajuste psicológico (Aldwin y Revenson, 1987, citado en Alvaro, 1996).

El *apoyo social* que el sujeto tiene también influye en el tipo de afrontamiento que emplea. Por ejemplo, el apoyo familiar es un buen predictor de la menor utilización de estrategias de evitación.

Finalmente, cabe indicar que las funciones del *apoyo social* se pueden conceptualizar como fuentes y formas externas de *afrontamiento*. El modelo integrativo de apoyo social y afrontamiento de Thoits (en Valencia, Paéz y Echebarría, 1989, citado por Alvaro, 1996 ) sugiere que el apoyo afectivo y el afrontamiento centrado en las emociones mejoran las reacciones afectivas del paciente ante el *estrés*. El apoyo instrumental y el afrontamiento centrado en la resolución de problemas, están ambos dirigidos a transformar y manejar los estresores. Por último, el apoyo evaluativo y el afrontamiento centrado en lo cognitivo intentan alterar los aspectos representacionales del hecho negativo y de sus consecuencias.

Algo similar plantea Lazarus cuando manifiesta que el apoyo social puede actuar en la evaluación del estresor, sobre la reacción emocional y, finalmente, sobre las formas de afrontamiento (Ovejero, 1990).

Podemos definir al apoyo social, como un efecto positivo de las relaciones sociales de la persona. Los efectos positivos del apoyo social y del afrontamiento se pueden explicar mediante cuatro mecanismos:

1. El apoyo social inhibe conductas de riesgo y refuerza conductas de salud

2. El apoyo emocional subjetivo y el afrontamiento adaptativo disminuyen el impacto del *estrés* y, por ende, posibles conductas inadaptativas de afrontamiento que agraven el problema (ignorar la enfermedad y el tratamiento, son ejemplo de ellas) (Stroebe y Stroebe, 1995, citado en Alvaro, 1996). Este efecto amortiguador del estrés se puede dar mediante tres mecanismos. Primero, la existencia de apoyo social puede hacer que el hecho se evalúe como menos estresante. Segundo, el apoyo social puede disminuir las formas de afrontamiento negativas y reforzar las positivas, lo que permite regular la afectividad negativa y la *ansiedad*. Tercero, la mera presencia de otros disminuye el impacto fisiológico del estrés.
3. El apoyo social permite validar creencias básicas de control del mundo social y refuerza la afectividad positiva.
4. Los sujetos aislados socialmente, tienen dificultades para compartir y hablar sus experiencias estresantes, por lo que tienden a inhibir sus vivencias negativas.

### 2.11 Estrés Laboral

Para la mayoría de los empleados, en lo individual, el trabajo es mucho más que un compromiso de 40 horas a la semana. Aún cuando el tiempo de trabajo sea realmente de este número de horas, - el traslado al escenario de trabajo, los preparativos para las labores, el tomar alimentos durante la jornada,- hace que esto aumente a más 10 horas diarias. Si a esto aumentamos que muchas de éstas personas permanecen más horas en su oficina, se llevan el trabajo a casa por las tardes y, en ocasiones, regresan a éste por actividades pendientes, hacen que la inversión en cantidad de tiempo en el trabajo sea significativo.

Mucha gente encuentra una parte sustancial de su satisfacción y de su identidad en el propio trabajo. Consecuentemente, su vida laboral y no laboral se entrelazan y son interdependientes. Se reconoce que la relación entre las demandas del trabajo y a la casa es una fuente importante de tensión profesional. Esta relación se concibe como bidireccional. Las fuentes de estrés en el trabajo inciden en la vida no profesional de las personas, lo que puede conducir a que las relaciones con otros sean tensas. Esta tensión a su vez, puede constituir una fuente de su estrés posterior y, afectar negativamente, su desempeño en el trabajo y provocar un grado mayor de estrés.

Swanson y Power (2000) realizaron un estudio en Escocia, sobre la relación entre la tensión profesional y la vida en el hogar de los doctores. El estudio sugiere que las características del trabajo



médico hace que éstos sean especialmente vulnerables a enfatizar entre el estrés del trabajo a la casa (work-to-home WH), en comparación de la tensión producida de la casa al trabajo (home-to-work HW); encontrando un nivel mayor de tensión profesional para el primer caso (WH).

Las emociones y las conductas de los trabajadores influyen en su bienestar personal y en el desarrollo de su trabajo. El estrés laboral, según definición de Karasek (1981), es: “una variable dependiente del efecto conjunto de las demandas del trabajo y los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador”. Los diversos estresores que padecen los trabajadores incluyen: ejecución de tareas de forma repetitiva, rol ambiguo y conflictivo, malas relaciones con los jefes, supervisores y compañeros, expectativas no satisfechas, sentimientos experimentados en cuanto a la competencia personal, autonomía, identidad profesional, etc. (Mestre Nava, 2000). Ya sean estresores provenientes de fuentes externas o internas, la satisfacción laboral disminuye y se desarrollan actitudes negativas hacia los demás y hacia uno mismo, el rendimiento laboral disminuye y, por tanto, la cantidad de trabajo realizado y la calidad del mismo se deteriora.

Otra hipótesis es la que plantean ciertos autores sobre el encuadre laboral, según el cual, las altas demandas laborales junto a una disminución de la capacidad de tomar decisiones, podrán representar un incremento de factores de riesgo para la aparición del estrés.

Burke y Richardson (1991) analizaron las diferencias marcadas por el sexo en la valoración del estrés ocupacional y la satisfacción laboral entre médicos. Identificaron estresores específicos del medio laboral como la sobrecarga de trabajo, el excesivo tiempo de dedicación, conflictos de trabajo y la vida personal, confrontaciones con pacientes problemáticos, con situaciones de muerte y presiones económicas. Hallaron una relación inversa entre dichos estresores y la satisfacción laboral, así como diferencias significativas en cuanto al sexo, en el ámbito de variables sociodemográficas y situacionales. Así mismo, se encontraron diferentes estilos de trabajo en hombres y mujeres; así, a pesar de la menor sobrecarga de trabajo en las mujeres (menos horas, menos pacientes), éstas encontraban la práctica médica tan estresante como los hombres.

Los hallazgos de diversas investigaciones sugieren que las experiencias estresantes de las personas en el trabajo no son simples reflejos de sus problemas personales. Se manejan tres hipótesis acerca de estas relaciones:

1. Las experiencias desagradables del trabajo se llevan al terreno no laboral.

2. Las deficiencias en el medio ambiente laboral son compensadas en la familia y en las actividades del tiempo libre.
3. Se conjuga lo realizado en el trabajo y lo hecho fuera de él.

La primera hipótesis es la que ha recibido una mayor consideración, ya que la evidencia de las influencias laborales sobre las no laborales han sido halladas en al menos dos estudios longitudinales (Klitzman, House, Israel y Mero, 1990).

En cuanto a la segunda, hay evidencias que sugieren que las presiones familiares negativas pueden afectar a las oportunidades de trabajo y que el estrés diario en el trabajo y en el ambiente no laboral se relacionaron de forma significativa con el ausentismo laboral (aunque no con la ejecución del trabajo).

Así pues, las variables más relevantes se centran en el contexto propio del trabajo, las características personales y las manifestaciones y efectos del estrés. La persona intenta con todos sus recursos controlar y dominar las situaciones vitales, eventos que cuando desencadenan respuestas inadecuadas, debidas a la pérdida del autocontrol del individuo, es decir, cuando la presión de las circunstancias no es asumible de forma correcta, se produce estrés.

En resumen, parece que los procesos patológicos del estrés que relacionan el encuadre laboral con la aparición de enfermedades tiene algunas de las siguientes características:

1. Los estresores laborales tienden a ser crónicos más que intermitentes o autolimitados.
2. Hay demandas laborales externas, tales como las creadas por máquinas,
3. La adaptación o habituación a la situación crónica es difícil y se mantiene alguna forma de vigilancia o "arousal" de forma permanente.
4. El fracaso en el cumplimiento de las demandas conduce a drásticas consecuencias
5. Hay una "contaminación" de los efectos del trabajo sobre otras áreas de funcionamiento (por ejemplo, la familia), así que, el impacto diario de la situación de demanda en el trabajo se mantiene y se acumula amenazando a la salud.

De todas formas, hay que tener en cuenta que, dado un estresor laboral determinado, no todas las personas expuestas al mismo desarrollarán una enfermedad, ya que hemos de contar con factores individuales (percepción y evaluación del estresor, rasgos de personalidad, técnicas de afrontamiento) y externos (sistemas de apoyo disponibles) los cuales modularán la respuesta a dicho estresor.

## 2.12 Estrés de la decisión

Como hemos analizado a lo largo de este capítulo, el hombre moderno se ve en numerosas ocasiones obligado a elegir, a seleccionar y a decidir. Vivimos en un sistema social en el que la decisión interviene en todo y en cada instante, exigida por situaciones nuevas, económicas, políticas, socioprofesionales y, por un medio ambiente cambiante.

Cuando el ritmo de información a tratar resulta demasiado rápido y la masa de informaciones es abundante y diversificada, se crea una saturación cerebral responsable, a veces, de una crisis de la decisión. Así un mando, un director general, un responsable puede de forma súbita, sentirse superado e incapaz de decidir y, entonces, puede adoptar una posición contraria a sus intereses. Cuando más numerosas son las elecciones, más lentas y menos precisas resultan las reacciones.

Existen dos clases de decisiones, las rutinarias y las decisiones nuevas. Las decisiones rutinarias son fáciles de tomar, ya programadas en nuestro cerebro; no precisan esfuerzo de adaptación alguno; en cambio, las decisiones nuevas son imprevistas y no están programadas, por lo cual, exigen un esfuerzo de adaptación. Este tipo de decisiones resultan más costosas en el plano psíquico, ya que han de tener en cuenta lo desconocido, lo imprevisible y han de ser justas y eficaces. La vida es una mezcla de esas dos clases de decisiones. Un exceso de decisiones no programadas engendra el agotamiento por cansancio, fatiga y la paralización de la decisión. Lo ideal es una dosis equilibrada de esas dos clases de decisiones. Nuestro equilibrio psicológico y también el biológico dependen de ello.

Respecto a este punto, se ha investigado que las implicaciones legales relacionadas con la toma de decisiones de los médicos, generan ansiedad en dicho personal. Por una parte, la ansiedad es generada por la forma de comportarse de los pacientes y los familiares; por otro lado, por las limitaciones que le permite la ley al médico para desenvolverse y tomar con libertad sus decisiones sin que éstas interfieran con las reglas preestablecidas y, por último, por las decisiones personales que el mismo médico toma con los recursos y contexto en el que se enfrenta (Kapp, 1999),

Las personas que deben hacer frente a decisiones repetitivas y rápidas, por razón de su profesión se encuentran especialmente sujetos al estrés y, con mayor motivo, si sus decisiones tienen consecuencias más importantes, incluso en ciertos casos, cuando se trata de vida o muerte. Así, los médicos y las enfermeras que ejercen en centros de cuidados intensivos están expuestos a un estrés profesional crónico e intenso.

En resumen, cada uno de nosotros se expone diariamente a cierto grado de estrés unido a su trabajo, pero ciertas profesiones son más causantes de estrés, en general, todas aquellas que implican responsabilidades y tomas de decisiones importantes, pero asimismo, aquellas en las que el trabajador sufre una estimulación demasiado rápida y variable o, al contrario, excesivamente lenta y monótona.

### 2.13 Consecuencias del Estrés

La activación de los mecanismos de defensa del organismo no constituyen la única consecuencia del contacto con un estresor, ya que los efectos o consecuencias del estrés pueden ser muy diversos. Algunas consecuencias pueden ser primarias y directas, otras indirectas y constituir efectos secundarios o terciarios (citado en Ivancevich, 1985). Algunas pueden ser positivas como el incremento de la automotivación, pero otras provocan desequilibrio, son disfuncionales y pueden resultar peligrosas, sobre todo, cuando se produce una situación de inadaptación al estresor y las respuestas de estrés son mantenidas de forma crónica, lo que favorece al desarrollo de diversas alteraciones (Bensabat, 1994).

Las investigaciones realizadas al respecto, demuestran que los estresores aversivos tienen efecto a largo plazo en todos los sistemas biológicos del organismo, si la estimulación dura un tiempo excesivo o se repite con frecuencia, se pueden producir cambios permanentes con traducción patógena (Bensabat, 1994).

En general, se asume que el estrés puede alterar la salud actuando a cuatro niveles al menos, que a su vez están relacionados entre sí (Cox, 1978; Holroyd y Lazarus, 1982; Lazarus y Folkman, 1986, citado en Gillén, 2000 p. 272). Éstos son:

- a) *Alteración de los mecanismos fisiológicos*: como aumento de catecolaminas y colesterol de la sangre y orina, sequedad de la boca, escalofríos, entumecimiento, etc.,
- b) *Adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas*: como la agresión, la depresión, frustración, irritabilidad, nerviosismo y aislamiento.
- c) *Establecimiento de alteraciones fisiológicas con funciones de "coping"* como la excitabilidad y el habla afectada.

- d) *Alteración de procesos psicológicos*: como la incapacidad para tomar decisiones, concentrarse, olvidos frecuentes y bloqueo mental.

La alteración de los mecanismos fisiológicos parece ser una de las áreas por la cual el estrés psicológico influye sobre la salud, fundamentalmente en la salud física.

Estudios prospectivos que incluyen ajusten multivariados para establecer factores de riesgo (particularmente edad, presión arterial, niveles de colesterol sérico y estatus de fumador) han subrayado la importancia del estrés como predictor en el mismo nivel que aquéllos. Para el infarto de miocardio un cierto grupo de síntomas y quejas (sueño pobre, agotamiento e incapacidad para relajarse) parecen confirmarse como factores de riesgo.

En paralelo al reconocimiento de estos factores de riesgo, se ha prestado atención en estas últimas décadas a determinados estilos de comportamiento que, de igual manera, parecen sólidamente asociados al surgimiento y desarrollo de trastornos cardiovasculares.

Por ejemplo, la tensión-ansiedad y “burnout” entre los estudiantes y maestros (Blase, 1982); las profesiones de servicio humanas (Barbero, 1983); las ocupaciones; la depresión en enfermos mayores ambulatorios médicos (Neal y Baldwin, 1994); la depresión en internos quirúrgicos y médicos pediátricos (Schneider y Phillips, 1993); y enfermedad física en estudiantes de la universidad (Rawson y Florecimiento, 1994)., revelaron que la tensión profesional se relaciona con las enfermedades cardíacas e hipertensión (Casa, 1974).

Como se ha tratado en este capítulo, el estrés es un factor que afecta no solo a la persona, física, psicológica y emocionalmente, sino que repercute también hacia otros y a la organización en sí; sin embargo, no es el único factor que puede afectar. En el siguiente capítulo se abordará el tema de la ansiedad y sus repercusiones en la salud.

## III

# LA ANSIEDAD

### Introducción

Aunque la ansiedad siempre ha sido parte del hombre, no es sino hasta este siglo que emerge como un problema explícito y penetrante que se agudiza debido a problemas actuales como la crisis económica, el rápido cambio social y la competencia entre sociedades; como estas, hay muchas otras situaciones que pueden inducir en las personas sentimientos de vulnerabilidad e impotencia, afectando así, su seguridad personal y creando en ellas problemas para establecer su identidad psicológica elevando entonces, su ansiedad.

En los momentos actuales las alteraciones psíquicas alcanzan proporciones inusitadas a nivel mundial, hasta el punto que un por ciento considerable de las consultas clínicas tienen, como causas enfermedades psicológicas. También es reconocido que las particularidades que caracterizan a los estados patológicos de ansiedad se expresan psicológicamente, en el plano subjetivo, en vivencias, en alteraciones de los procesos cognoscitivos y en la función autorreguladora de la personalidad, es decir, en la alteración del autocontrol, en el cambio de la actitud hacia los problemas vitales y su solución, en la esfera de las relaciones interpersonales y en la capacidad de trabajo (Citado en Ramírez, 1996).

Por tanto, para poder conocer con mayor claridad la propia dinámica del desarrollo de la ansiedad, resulta de interés estudiar las situaciones que la engendra, así como aquellas características del individuo que intervienen en su aparición, de esta manera, al contar con mayor información sobre ella podremos hacerle frente y, evitar el daño a corto y/o largo plazo en la salud física, psicológica, emocional, social y laboral de las personas y, por otra parte, prevenir el estado agudo de la ansiedad, mejor conocido como: ansiedad patológica.

### 3.1 Historia de la ansiedad

En el siglo XI el filósofo Ala Ibn Hazm de Córdoba (Spielberger, 1972, Vol. I) en su tratado "A Philosophy of character and conduct" hablaba de la universalidad de la ansiedad como una condición básica de la existencia humana y planteaba la liberación de la ansiedad como lo deseable de toda acción (Citado en Ramírez, 1996).

En el siglo XVII B. Spinoza, sostenía que las emociones eran signo de debilidad mental y que podían controlarse racionalmente. Conceptualizaba a la ansiedad como la expectativa de que algo doloroso ocurriera. Para él los deseos frustrados o no realizados eran una fuente más de ansiedad, como lo eran: la venganza, el amor, el anhelo, la gula, la embriaguez, etc (citado en Chagoya, Maza, 1980; Spielberger, 1972, Vol. I).

Esta conceptualización fue criticada por filósofos del siglo XIX como: Rousseau, Koenisberg, Schelling Nietzsche, Schopenhaver, Kierkegaard y Pascal, cuyas aportaciones fueron las de desarrollar y divulgar el concepto de ansiedad existencial (Citado en Ramírez, 1996).

En 1872 el biólogo Charles Darwin (Spielberger, 1972. Vol. I), publicó "the expression of emotion in man and animals" donde proporcionó una descripción de las manifestaciones físicas típicas del miedo y la ansiedad, como son: elevación de la frecuencia cardiaca, resequedad de la boca, dilatación pupilar, temblor, etc. (Citado en Ramírez Vargas, 1996).

El descubrimiento de la neurosis experimental de Pavlov en 1927 (Spielberger, 1972 Vol. I) que sirvió para estimular numerosas investigaciones del miedo, la frustración, el conflicto y la ansiedad en animales. Hasta antes de 1950 había poca investigación experimental sobre la ansiedad en humanos. La complejidad del fenómeno, la falta de instrumentos apropiados para evaluarla y los problemas éticos asociados con la ansiedad inducida en el laboratorio, contribuyeron a ello (Citado en Ramírez, 1996).

Tampoco el término "Anxiety" existía en los libros de psicología, solo en los psicoanalíticos. No fue sino hasta los años 50's cuando la teoría e investigación experimental de la ansiedad, así como su publicación en libros y revistas científicas, fue estimulada por la aparición de una gran cantidad de obras, entre las que destacan: *The Meaning of Anxiety* escrito por May; *Anxiety and Stress* por Basowitz y colaboradores; *The Dynamics of Anxiety and Hysteria* por Eysenck; *Psychological stress* por Janis; *Anxiety in Elementary School Children* por S.B. Saranson y colaboradores; *The meaning and measurement of Neuroticism and Anxiety* por Cattell y Scheier (Spielberger, 1966; 1972, Vol. I, Citado en Ramírez, 1996).

No fue sino hasta 1964 en la Universidad de Vanderbilt y El Colegio Peabody George que se organizó una serie de coloquios y un seminario intitulado "Experimental Approches Personality", los cuales tenían como tema central la ansiedad, en donde participaron científicos de diversas áreas.

“Anxiety and Behavior” promovió el crecimiento de la investigación, la literatura y los estudios clínicos de casos experimentales. Sin embargo, a pesar de las grandes contribuciones no existió la confrontación por lo que no se pudo llegar a una integración literaria y empírica de la ansiedad.

En 1970 se organizó un segundo simposium en la Universidad de Florida sobre estrés y ansiedad con la finalidad de estimular la confrontación de los diversos puntos de vista y esclarecer así, la terminología y eliminar confusiones semánticas sobre la ansiedad y el estrés.

Actualmente, existen diversas definiciones de ansiedad y aunque todas se refieren al mismo fenómeno, los términos varían, por ejemplo:

Devaux y Logre (1917) definen a la ansiedad como una emoción caracterizada por un estado de dolor moral y de incertidumbre, con frecuente sensación de malestar físico. Estos autores destacan las reacciones físicas y psíquicas como dos elementos esenciales e insolubles de toda emoción. Dentro del elemento psíquico de la ansiedad destacan tres aspectos constitutivos: la duda, la inseguridad y la irresolución, siendo la inseguridad el único aspecto específico y característico; los otros dos serían accesorios y contingentes. En cuanto al elemento físico, refieren primero los síntomas inespecíficos como aceleración del pulso y del ritmo respiratorio, temblores, etc., enfatizando que están especialmente comprometidos los órganos de la vida vegetativa, en particular las vías respiratorias y digestivas (citado en Chagoya y Maza, 1980).

Bleger (1977) señala que la ansiedad es una conducta desordenada que tiende imperiosamente a ordenarse, como todo equilibrio del campo psicológico. Subraya que la finalidad de la conducta es el mantenimiento de cierto grado y tipo de equilibrio homeostático, de ahí que la ansiedad desempeñe un papel de señal de alarma, promoviendo nuevas manifestaciones del comportamiento tendientes a restablecer equilibrio (citado en Chagoya y Maza, 1980).

Spielberger (1979) define la ansiedad como un estado emocional que consiste en sentimientos displacenteros, percibidos conscientemente, de nerviosismo, tensión y aprensión con acciones asociadas o activación del sistema nervioso autónomo; la persona con frecuencia responde a sus sentimientos con pensamiento, palabras o acciones que parecen inapropiados, perturbados, irracionales o desorganizados (citado en Mercado, 1992).



Cooper (1995) explica que la ansiedad es un sentimiento de intranquilidad, aprensión o tensión, en respuesta a circunstancias estresantes o amenazadoras. Algunas personas sienten más ansiedad que otras; también puede ser moderada o intensa como el sentimiento de pánico. Normalmente la ansiedad es temporal, pero cuando esto permanece por un tiempo largo u ocurre en ausencia de estrés o amenaza, es considerado como una enfermedad.

### **3.2 Diferentes enfoques sobre la Ansiedad**

Existen diferentes enfoques para abordar el tema de la ansiedad, a continuación se presentan cuatro de ellos, correspondientes a diferentes corrientes en la psicología:

#### **1) Teoría Existencialista**

Esta teoría se centra en considerar que la vida se presenta como una fuerte obligación que requiere ser asumida responsablemente. Para los existencialistas la naturaleza humana incluye contradicciones, lo que constituye una fuente constante de ansiedad. Dentro de esta postura, todas las formas de ansiedad se convierten en variedades de aquella experiencia básicamente humana, frente a la constante posibilidad de dejar ser, en otras palabras, se centra en el presente y el futuro y la ansiedad aparece ante las amenazas contra la integridad existencial (citado en Chagoya y Maza, 1980).

#### **2) Teoría Psicoanalista**

Freud (1925) define a la ansiedad como un estado afectivo o unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con actos de descarga por vías determinadas. Supone una energía psíquica y otra física, no independientes sino interactuantes. Corresponden a la ansiedad sensaciones físicas, siendo las más frecuentes las que afectan a los órganos respiratorios y al corazón.

La ansiedad tiene su ubicación en el Yo, solamente éste puede experimentar ansiedad. La fuente de esta ansiedad puede encontrarse en el mundo exterior (ansiedad frente a un peligro real), en el Ello (ansiedad neurótica) y en el Superyo (ansiedad moral). La ansiedad frente a un peligro real se presenta ante la amenaza real existente en el mundo externo, es decir, el Yo se relaciona con el mundo exterior y lucha contra él para obtener una gratificación sin causar un desequilibrio en el organismo. En la ansiedad neurótica, el Yo lucha con el mundo de las necesidades instintivas. La

ansiedad moral se presenta cuando se teme un castigo como consecuencia de haber sobrepasado un valor moral (citado en Chagoya y Maza, 1980).

### 3) Teoría Culturalista

En este enfoque, se considera que la ansiedad aparece cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar su relación con las demás personas. Se considera que estos impulsos internos que amenazan la seguridad son, en gran parte, fuerzas producidas por ciertas exigencias culturales.

Entre algunos de sus exponentes, encontramos a Horney (1953), quien señala que la génesis de la ansiedad se encuentra en toda situación conflictiva entre la necesidad de depender de otros y la hostilidad que despierta esta situación. Cuando dicha hostilidad es reprimida, surge la ansiedad.

Sullivan (1966) refiere que la ansiedad, es el resultado de las relaciones de uno para con otros y, por tanto, la concibe como una experiencia de tensión que surge como una expresión a la disyuntiva que representan las relaciones interpersonales, por último, mencionaremos la postura de Schachatel (1969) quien concibe a la ansiedad como un estado afectivo que surge, siempre que el sujeto ha perdido su sentimiento de seguridad, familiaridad, intimidad hogareña y adaptación ambiental (citado en Chagoya y Maza, 1980).

### 4) Teoría Factorial

El fenómeno de la ansiedad con su conjunto de componentes (factores) ha sugerido considerarlos también como rasgos; es decir, características relativas constantes que se hallan en cada individuo. Cada factor es un rasgo cuya magnitud varía y está organizada de diversas maneras, que se expresa fenomenológicamente en cada individuo. Thorndike (1970), señala que un rasgo es una cantidad variable que se mide por los diferentes grados del mismo encontrado en todos los sujetos de un grupo definido, por el número de veces que aparece. De aquí dos resultantes: una constante y otra transitoria, la constante (rasgo) es caracterológica también y común a muchos; la transitoria es más compleja, más difícil de someter a patrones, responde al concepto de estado (citado en Chagoya y Maza, 1980).

Esta tendencia de factores y rasgos ha sido estudiada por varios investigadores y, en este caso en particular, nos enfocaremos a la teoría de ansiedad rasgo-estado propuesta por Spielberger (1972).

### 3.3 Teoría de la Ansiedad: Rasgo-Estado

Spielberger (1972) señala que la ansiedad es un estado subjetivo de sentimientos de aprensión y tensión percibidos conscientemente y acompañados por la activación del sistema nervioso autónomo cuyo nivel ansioso fluctúa en tiempos y personas como respuesta a estímulos internos y externos. Como rasgo implica un motivo o disposición conductual adquirido que predispone al individuo a percibir un amplio rango de circunstancias objetivas no peligrosas, pero amenazantes y responde a éstas con reacciones de ansiedad estado desproporcionadas en intensidad a la magnitud del peligro objetivo (citado en Chagoya y Maza, 1980):

La Teoría de la Ansiedad: Rasgo-Estado proporciona un esquema conceptual que permite clasificar las principales variables que se deben considerar en la investigación de la ansiedad y sugiere posibles interrelaciones entre ellas.

Esta teoría esta interesada en esclarecer las propiedades de la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo como constructos psicológicos y especificar las características de las condiciones estimulantes estresantes (externas e internas) que evocan diferentes niveles de Ansiedad-Estado en personas con diferente Ansiedad-Rasgo.

Spielberger (1966), Spielberger y Díaz Guerrero (1975) distinguieron entre la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo. Determinando para la primera como “una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprehensión subjetivos, conscientemente percibidos y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Estos estados de ansiedad transitoria pueden variar de intensidad, duración y fluctuar a través del tiempo, con lo que el estado de ansiedad se refiere a la ansiedad experimentada en un momento dado”.

La Ansiedad-Rasgo la explicaron como “las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad es decir, las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes de un amplio rango de situaciones estimulantes, con diferentes elevaciones en la intensidad de la Ansiedad-Estado.

La Ansiedad-Estado es un proceso multicomponente que no se eleva ante cualquier estímulo aversivo, solo ante los que las personas con alta Ansiedad-Rasgo perciben como amenazantes para

su autoestima, especialmente en las relaciones interpersonales en las cuales la adaptación personal es evaluada (Spielberger, 1966. Spielberger y colaboradores, 1971, citado en Ramirez, 1996).

La Ansiedad-Estado tiene estímulos y propiedades que se expresan directamente en la conducta y sirven para desarrollar mecanismos de defensa psicológicos (negación, intelectualización, etc), que reducen o eliminan la ansiedad (Spielberger, 1972, Vol. 1, citado en Ramirez Vargas, 1996).

En cambio, la Ansiedad-Rasgo no se manifiesta directamente en la conducta, pero puede inferirse a partir de la frecuencia e intensidad de la Ansiedad-Estado sobre el tiempo y así determinar la probabilidad de que tales estados se experimenten en el futuro (Spielberger, 1966; 1972, Vol. I y II , citado en Ramirez Vargas, 1996).

Los sujetos con alta Ansiedad-Rasgo por ejemplo, los psiconeuróticos que son autodesaprobativos, perciben el mundo como más amenazante que los sujetos con Ansiedad-Rasgo baja. Por lo tanto, son más vulnerables al estrés y tienden a experimentar reacciones Ansiedad-Estado de mayor intensidad con mayor frecuencia que las personas con baja Ansiedad-Rasgo (Spielberger, 1972).

### 3.4 Causas de la Ansiedad

Independientemente del enfoque teórico, la ansiedad puede ser causada por situaciones externas como enfermedades, estar frente a alguna experiencia estresante donde se dañe física o emocionalmente a la persona; o bien, puede ser causada por estímulos internos, como pensamientos, impulsos, necesidades, etc., que varían de sujeto a sujeto y dependerán de su experiencia previa a dichas situaciones.

Ante esto, la ansiedad puede funcionar como una reacción somática o psicológica ya sea ante un estímulo externo o interno y, a la vez, como una señal de alarma ante la integridad física o emocional que activa las defensas del organismo. (Escalante 1988, citado en Ramirez, 1996).

Del mismo modo López Escalante (1988) clasifica los síntomas de la ansiedad en tres grupos:

- a) **Trastornos somáticos:** pueden aparecer de manera aguda y brusca, o estar presentes de modo constante, con periodos de remisión y reactivación. Su base es neurovegetativa, por lo que, en

ocasiones, puede llegar a inhabilitar con seriedad al individuo. Entre éstos trastornos encontramos las extrasístoles, la sensación de constricción precordial, las variaciones del nivel tensional, el dolor pectoral, las crisis disnéicas, los trastornos hipogástricos, irregularidades del ritmo excretorio, etc.

- b) **Trastornos psíquicos:** En este caso, las personas refieren una sensación de peligro, como si se encontraran ante un peligro inminentemente desconocido; como es el caso de las preocupaciones inmotivadas.
- c) **Trastornos conductuales:** caracterizados por inquietud motora, irritabilidad, perturbaciones en el sueño y trastornos de la alimentación, principalmente.

Herrera, Portero, Cabrera, Dalia; Horruitiner, Reinaldo, García, (1987), señalan algunas situaciones que pueden generar ansiedad:

- i) Situación de “divorcio”.
- ii) El conflicto laboral, en trabajadores, quienes manifiestan deseos insatisfechos en el ámbito laboral, así como dificultades en las relaciones con los compañeros de trabajo, especialmente con los jefes, llegando a dar incumplimientos laborales e indisciplinas que han conducido a la llamada de atención
- iii) El exceso laboral, ya que está condicionada por el sometimiento constante a estados reiterados de tensión y expectativa, que debilitan el sistema nervioso y propician las condiciones para que el sujeto se enferme.
- iv) Falta de éxito en la actividad que se realiza por no existir correspondencia entre el nivel de aspiraciones y las capacidades reales del individuo.

### 3.5 Clasificación de la Ansiedad

La ansiedad puede clasificarse en:

1. **Ansiedad situacional o reactiva:** es aquella que se manifiesta como una reacción, como un estado transitorio, que se caracteriza como una fuerte tensión ante determinadas situaciones estresantes.

**2. Ansiedad Personal:** es aquella que interviene como particularidad de la personalidad, como una predisposición o rasgo.

**3. Ansiedad Patológica:** es aquella que se manifiesta como un síndrome particularmente en las enfermedades neuróticas.

Tanto la ansiedad patológica, la ansiedad situacional, así como la ansiedad personal, tienen en su base un estado psíquico como un agente de valor genético fundamental. Las condiciones de surgimiento de este estado, su magnitud y dinámica condicionan, en gran parte, el curso y desarrollo, es decir la manifestación principal de la ansiedad (Citado en Herrera, Portero, Cabrera, Dalia; Horruitiner, Reinaldo, García, 1987).

### 3.6 Ansiedad y Estrés

El término ansiedad suele confundirse con el término estrés, sin embargo, son producidos por diferentes procesos. El estrés tiene que ver con las condiciones o circunstancias ambientales que se caracterizan por algún grado de peligro objetivamente físico o psicológico para la mayoría de la gente; mientras que la ansiedad se relaciona con la subjetividad de las reacciones emocionales que provocan estos estímulos.

Zuckerman (1960) define la ansiedad como una actitud mental comprensiva que precede la respuesta actual, el estrés (Citado en Mercado, 1992)

Spielberger (1975) explica que si bien el estrés contiene elementos orgánicos, la percepción subjetiva del mismo se denomina ansiedad, es decir, la "ansiedad como proceso se refiere a una secuencia compleja de acontecimientos cognoscitivos, afectivos y conductuales evocada por alguna forma de estrés". Así pues, "la mayor parte de la gente responde ante situaciones productoras de estrés con un incremento en la ansiedad y... las reacciones de ansiedad se caracterizan por sentimientos de preocupación, tensión y activación del sistema nervioso autónomo", (citado en Arias, 1990)

En consecuencia, la ansiedad es una expresión constante del estrés que se manifiesta, a menudo bajo la forma disfrazada de un trastorno psicossomático, variable de un individuo a otro. La aceleración del ritmo cardíaco es una traducción frecuente de ello que llega hasta la crisis de

taquicardia que aparentemente sucede sin causa, al reposo y, a veces, a distancia de la situación que causa estrés, lo que implica un fenómeno circular.

Otros síntomas pueden expresar ansiedad, son: dolor torácico a nivel del corazón, una respiración rápida y superficial, una sudoración excesiva, alteraciones del sueño, dolores abdominales y molestias digestivas diversas como el ardor de estómago, estreñimiento o diarrea, trastornos cutáneos, sin olvidar los dolores de espalda y cuello, que no son más que el resultado de la tensión nerviosa muscular provocada por la ansiedad. De esta manera, la ansiedad es una causa de estrés y el estrés crónico es una causa de la ansiedad.

La ansiedad corresponde a la esfera psicológica y al temor de un acontecimiento, feliz o negativo, de una situación difícil o peligrosa, desconocida y amplificadas por el paciente. Va acompañada de un "dolor psíquico" penoso que puede ser muy vivo y, en determinados casos, de ademanes desordenados, de manías, de palabras calculadas, de excitación o, al contrario, en las formas de gran ansiedad, de postración, con la mirada siempre fija.

Desde el punto de vista fisiológico, la ansiedad se confunde con el estrés psico-emocional que la provoca. El estímulo emocional provoca a nivel de cerebro y de los neurotransmisores\* unas reacciones que pueden ser anormalmente amplificadas y que modifican las percepciones sensoriales y el análisis cognoscitivo y real de la situación. La excitación simultánea de los sistemas vegetativos y del hipotálamo provoca unas descargas hormonales responsables de las manifestaciones somáticas (palpitaciones y sudores).

De esta manera, podemos darnos cuenta que si bien el estrés puede llegar a confundirse con la ansiedad, son dos factores diferentes, pero, cuyas consecuencias a corto y/o largo plazo pueden afectar al individuo; por ello, en el último capítulo se presentará el concepto y función del apoyo social como amortiguador de éstos dos factores.

---

\* Receptores de la zona del cerebro que regulariza nuestras emociones.

## I V

### APOYO SOCIAL

#### INTRODUCCION

Durante mucho tiempo, se ha hablado del apoyo social como un sistema de “buffer” (modulación) entre el padecimiento de adversidades psicosociales y el desencadenamiento posterior de enfermedad (Alloway y Bebbington, 1987 en Gillén 2000).

Tal teoría postula que un buen nivel de apoyo social reduce el riesgo de enfermedad cuando existen condiciones adversas o bien, cuando la enfermedad ya ha hecho su aparición, protege evitando la cronificación o empeoramiento de la misma.

El contenido potencial del concepto ha estado influido por muchas corrientes de pensamiento que incluyen, entre otras, el desarrollo de la idea de Durkheim de “anomia”, el concepto de Cooley de “grupo primario” y las ideas de Bowlby de “asociación”.

De esta manera, el apoyo social conforma un puente entre explicaciones de propósitos diferentes y puede ser visto en términos de función social, como un rol en el mantenimiento de relaciones sociales, como un aspecto del afrontamiento de las situaciones estresantes, en términos de conducta de otros hacia el sujeto y como reforzador de las conductas del propio sujeto, entre otras. Estos diferentes roles son los encargados de determinar las variables significativas del apoyo social para la investigación de la salud.

#### 4.1 CONCEPTO DE APOYO SOCIAL

Para entender cómo las funciones de protección del apoyo social se llevan a efecto, es necesario distinguir los aspectos del constructo de apoyo social. Desde ésta perspectiva se han elaborado distintas definiciones que consideran al apoyo social como un factor multidimensional, dada la diversidad de efectos positivos que proporciona; entre ellas:

Caplan (1974) considera que el apoyo social es una relación entre sujetos y/o grupos, que sirve para mejorar la competencia adaptativa para tratar con eficacia tensiones y privaciones psicológicas



a corto plazo; de esta manera, el apoyo es el grado en que un individuo necesita encontrar el afecto, aprobación, pertenencia y seguridad en otros. (Citado en Guillen y Palomares, 1999).

Walliston (1983), afirma que el apoyo social describe la comodidad, apoyo y/o información que uno recibe a través de contactos formales e informales con individuos o grupos; considerando diferentes tipos de apoyo social: a) Informativo, b) Afectivo-emocional, c) Tangible, d) de Filiación y e) Estimativo. Asimismo, señala las variables que influyen en su aprovechamiento, como son: los recursos previos del individuo, el impacto del trastorno y el conjunto de habilidades del sujeto para utilizar los recursos que se le ofrecen (Citado en Guillen y Palomares, 1999).

Saranson (1983) lo define como las interacciones que ocurren en las relaciones, sociales, especialmente la forma como son evaluadas por el individuo en cuanto a su calidad como apoyo.

Thoits (1983) define al apoyo social como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros. Dichas necesidades son: filiación, afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación. Tales necesidades son fundamentales en un individuo normal y, por supuesto, en el individuo enfermo deben de ser satisfechas por la provisión de ayuda socio-emocional (afecto, simpatía, comprensión y aceptación), así como de ayuda instrumental (consejo, información, ayuda con la familia o con el trabajo, ayuda económica, etc.).

En casi todas las definiciones de apoyo social se incluye la proximidad emocional o intimidad, considerada como un elemento fundamental del apoyo (Brow y Harris, 1978). Esta dimensión garantizaría la expresión de sentimientos y emociones (Barrera, 1981), la discusión de problemas personales (Fisher, 1982), y la confianza de que estos serán atendidos adecuadamente (Walker, 1977) (Citado en Guillen y Palomares, 1999).

## 4.2 Teorías de Apoyo Social

El entorno social proporciona los recursos vitales con los que el individuo puede y debe sobrevivir y evolucionar; al respecto, se ha logrado un avance sobre el conocimiento e identificación de los tipos de apoyo social, así como de los elementos más afectivos para proporcionar apoyo y sobre diversas situaciones en las que funciona.

Algunas teorías de Psicología social, permiten ahondar en las interpretaciones conceptuales del apoyo social, entre ellas:

- a) **Teoría de la atribución:** la cual postula que el individuo formula atribuciones para comprender, predecir y controlar su medio ambiente de acuerdo a la importancia, asignada a factores internos o externos. Cuando un individuo asigna la culpa al origen de un problema, provee o recibe la influencia de las relaciones de ayuda.
- b) **Teoría del afrontamiento:** considera que el apoyo social puede influir en el proceso de afrontamiento en el nivel de la evaluación primaria o secundaria, en la reevaluación (Lazarus, 1966), o bien como lo establece Thoits (1983), puede funcionar como una estrategia, para proporcionar las fuentes o recursos requeridos, con el fin de controlar las necesidades específicas evocadas por el estresor.
- c) **Teoría del intercambio social:** establece la existencia de un deseo de mantener una igualdad de intercambios en las relaciones.
- d) **Teoría de la comparación social:** postula que las personas tienden a evaluarse a sí mismas y a facilitar información sobre sus características, opiniones, conductas y habilidades a través de una serie de comparaciones con otras personas similares. En esta teoría, la función del apoyo social como evaluación, tiene por objeto el exaltar el valor de la persona, reafirmar la autoestima y proporcionar retroalimentación.

Desde una visión sociológica, la función del apoyo social para el individuo se centra dentro del contexto en el que se desenvuelve, estableciendo las conexiones entre las relaciones sociales y planteando seis opciones: 1) Asociación; 2) integración social; 3) una oportunidad para desarrollar a otros; 4) Reafirmación de la valía personal; 5) Fuente de alianzas fiables y 6) Obtención de ayuda y guía de otros ante las dificultades. La idea se centra en la vulnerabilidad que propone que, en un momento determinado, la falta de apoyo aumenta el riesgo de trastorno de la salud solamente en presencia de un estresor.

En un estudio que realizó Johnson (1995), se observó que el nivel de apoyo que los médicos recibieron y la cantidad de control que ellos tenían sobre sus condiciones de trabajo afectaban sus niveles de estrés. Así, el mayor apoyo social estaba entre los compañeros de trabajo y la institución,

lo que dio como resultado, un menor esfuerzo mental y menor insatisfacción. La habilidad de hablar con los colegas sobre su trabajo ayudaba a los médicos a aliviar su estrés, a comparación de los que tenían que atender muchos casos en un periodo de tiempo limitado y que por ende, tenían menos oportunidades de hablar con colegas, lo que dio como resultado, un nivel más alto de insatisfacción. Los investigadores también encontraron que un menor control de los doctores hacia sus condiciones de trabajo, reportaba mayor estrés y sentimientos de insatisfacción en el trabajo (Citado en Oftalmología Times, 1995).

### 4.3 Apoyo Social y Salud

La idea de que el apoyo social puede contribuir a la salud física y mental tiene su origen en la década de los setenta, donde se publicaron tres trabajos de revisión importante Cassel, 1976; Cobb, 1976; Kaplan, Cassel y Gore, 1977, y en la década de los ochenta los trabajos de Thoits, 1982; Monroe, 1983; Schradle y Dougher, 1985; Alloway Bebbington, 1987, (Alvaro, 1996). A partir de los resultados de todos los trabajos producidos, se elaboraron varias hipótesis, entre las que se encuentran:

- 1) El apoyo social proporciona una “amortiguación”, frente a los acontecimientos vitales estresantes.
- 2) El apoyo social tiene un efecto directo e independiente sobre la salud mental y/o física, tanto si se experimenta un acontecimiento estresante como si no.
- 3) El apoyo social tiene un efecto terapéutico después de la aparición de un trastorno particular, acortando el episodio y reduciendo los síntomas.

Los datos sobre la relación entre salud física y apoyo social fueron analizados por Berkman (1984; 1986, citado en Alvaro, 1996). Para él, hay muchos datos de las investigaciones epidemiológicas que apoyan la idea de que el apoyo social reduce la mortalidad. Los efectos protectores del apoyo social parecen estar demostrados en las etapas de diferentes enfermedades, la recuperación, la enfermedad crónica y la mortalidad.

También se ha estudiado la relación del apoyo social con la salud de forma general y, más concretamente, su papel en la génesis de la enfermedad vinculado a su función antiestresante (tanto defensora como amortiguante) (Rodríguez-Marín, 1990; Ovejero, 1990; Barrón, 1990; Barrón y Chacón, 1992, citado en Alvaro, 1996).

#### 4.4 Afrontamiento y Apoyo Social

Algunos investigadores han propuesto que el apoyo social es un aspecto importante que influye en las estrategias de afrontamiento del individuo, las cuales ayudan a superar el estrés. Tal es el caso de Lazarus y Folkman (1986) que consideraron que el apoyo social en cada individuo es un orden que los lleva hacia delante, además que puede e influye en el afrontamiento.

Investigaciones anteriores hacen referencia tanto al apoyo social como al afrontamiento (Holohan y Moss, 1985, citado en Guillen y Palomares, 1999) estableciendo que el apoyo familiar está relacionado con cambios subsecuentes en la adaptación psicológica del individuo, y que éste directa o indirectamente produce estrategias de afrontamiento para que el individuo logre una adaptación más completa (Holohan y Moss, 1985; Lazarus y Folkman, 1984; citado en Guillen y Palomares, 1999).

Cutrona y Troutman (1986) encontraron que el apoyo social es un factor predictivo de la evaluación del sujeto sobre los eventos estresantes y por lo tanto es determinante de los estilos de afrontamiento que utilizará, fomentando así la autoeficacia en su adaptación (citado en Guillen y Palomares, 1999).

De la misma forma, se han realizado estudios en donde contrariamente a las investigaciones anteriores, se han demostrado como el afrontamiento influye en el apoyo social, tal es el caso de Lazarus y Folkman (1984), Moss y Sheifer (1992), quienes proponen que el afrontamiento es una visión de factores estabilizantes que pueden ayudar al individuo a mantener una adaptación psicosocial durante periodos estresantes (citado en Guillen y Palomares, 1999).

Con todo lo anterior, se observa que las situaciones de estrés no se distribuyen de forma uniforme en todos los grupos sociales, ni todas las personas tienen a su disposición los recursos necesarios para enfrentarse a aquéllas. Esto explica porqué diferentes grupos tienen un mayor riesgo de padecer trastornos psicológicos como la depresión. Desde este punto de vista, la intervención deberá tener una orientación de prevención y transformación de los factores sociales causantes del deterioro emocional. Así como evaluar y transformar los contextos sociales y ambientales para modificar los estilos de vida que se encuentran asociados a una mayor probabilidad de sufrir trastornos en la salud física y mental. El prevenir algunas consecuencias futuras en la población hospitalaria, es la intención del presente estudio.

## V

# MÉTODO

### 5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Existe relación entre los niveles de estrés, ansiedad y presión arterial en el personal medico, paramédico y de enfermería que trabajan en la Cruz Roja Mexicana?
- ¿Existen diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de estrés y apoyo con respecto al grupo, sexo, edad, estado civil, escolaridad, horas trabajadas, antigüedad y el turno de trabajo?

### 5.2 OBJETIVO

- (a) Determinar si hay o no diferencias en los niveles de estrés, ansiedad y presión arterial entre médicos, paramédicos y enfermeras que laboran en la Cruz Roja Mexicana.
- (b) Determinar las diferencias de acuerdo a los niveles de estrés y ansiedad, respecto al sexo, la edad, el estado civil, el número de dependientes, el nivel económico, el turno de trabajo, la antigüedad, y las horas de trabajo del personal de cada uno de los grupos en forma independiente (médicos, paramédicos y enfermeras).

### 5.3 HIPOTESIS

- 1) Los niveles de estrés, ansiedad y presión arterial, serán diferentes y estadísticamente significativos, para cada uno de los grupos participantes (médico, paramédico y enfermería)
- 2) Existen altos niveles de estrés y ansiedad en las respuestas del personal medico, paramédico y de enfermería de la Cruz Roja Mexicana.
- 3) Los puntajes de ansiedad rasgo son menores a los de la ansiedad estado en el grupo de médicos y paramédicos que conforman la muestra de la Cruz Roja Mexicana.

- 4) Los puntajes de ansiedad rasgo son mayores a los de ansiedad estado en el grupo de enfermeras que conforman la muestra de la Cruz Roja Mexicana, a comparación de los otros grupos (médico y paramédico)
- 5) El sexo, estado civil, la edad, la escolaridad, la antigüedad, las horas trabajadas, el turno y la presión arterial, tienen una relación estadísticamente significativa, con los niveles de estrés y ansiedad.
- 6) Los niveles de apoyo en el trabajo son diferentes, dependiendo el grupo (médicos, paramédicos y enfermeras)
- 7) Los apoyos (social, personal y laboral) están relacionados inversamente con los niveles de estrés, de tal forma que a mayor apoyo social menor estrés.
- 8) A *mayor* puntaje en las escalas de estrés y ansiedad mayor puntaje en la escala de salud mental pobre
- 9) A *menor* puntaje en las escalas de estrés y ansiedad mayor puntaje en la escala de buena salud mental.

#### 5.4 VARIABLES

##### VARIABLES Psicológicas:

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| a) Los niveles de estrés | b) Los niveles de ansiedad |
| c) Estrés Personal       | d) Estrés en el Trabajo    |
| e) Estrés Social         | f) Apoyo Personal          |
| g) Apoyo en el Trabajo   | h) Apoyo Social            |
| i) Buena Salud Mental    | Salud Mental Pobre         |

##### VARIABLES Categóricas:

- |                |                     |
|----------------|---------------------|
| k) Grupo       | l) Sexo             |
| m) Edad        | n) Estado Civil     |
| o) Escolaridad | p) Presión arterial |
| q) Turno       | r) Horas Trabajadas |
| s) Antigüedad  |                     |

## 5.5 DEFINICION DE CONCEPTOS

- a) **Estrés:** es una relación particular entre el individuo y el entorno, donde el individuo evalúa a este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman, 1991). Para el presente estudio, se evaluará con los puntajes que se obtengan a través del Instrumento SWS-Survey.
- b) **Estrés Personal (EP) :** Los componentes del estrés personal reflejan la disposición individual y comportamientos (que incluyen emociones) que generan culpa, fracasos e ineffectividad, y comportamientos socialmente inapropiados, como la evitación, proyección y reserva extrema (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- c) **Estrés en el Trabajo (ET) :** El estrés en el trabajo, se refiere a los factores de estrés, en el lugar de trabajo, debidos a la naturaleza de la ocupación, sus condiciones, conflictos interpersonales y supervisión, gerencia o dirección ineficaz, y a los conflictos entre el trabajo, las obligaciones personales y las necesidades propias de autorrealización (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- d) **Estrés Social (ES) :** El estrés social comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito de trabajo e incluyen condiciones de vida caóticas, peligrosas o insalubres, relaciones conflictivas en la dinámica con la familia, con los amigos y con los vecinos, responsabilidades abrumadoras, etc. (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- e) **Ansiedad :** Es un sentimiento de intranquilidad, aprensión o tensión, en respuesta a circunstancias estresantes o amenazadoras. (Cooper, 1995).
- f) **Ansiedad Estado (SXE) :** Es la condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos (Spielberger, 1966).
- g) **Ansiedad Rasgo (SXR) :** Se refiere a las diferencias individuales, con respecto a la tendencia a responder a situaciones percibida como amenazantes (Spielberger, 1966).
- h) **Apoyo :** Es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros (Thoits, 1983).

- i) **Apoyo Personal (AP)** : El apoyo personal refleja la disposición individual y de comportamiento consistente con actitudes de autoconfianza, habilidad para manejar y controlar eventos de vida (buenas estrategias de enfrentamiento de los diversos estresores), satisfacción de ser uno mismo y tener perspectivas congruentes del si mismo en una situación de vida. (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- j) **Apoyo en el Trabajo (AT)** : El apoyo en el trabajo son los elementos que propician plenamente el desarrollo de la potencialidad de la persona, el trabajo con alto significado, buenas relaciones interpersonales de apoyo y, en general, condiciones de trabajo confortables (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- k) **Apoyo Social (AS)** : El apoyo social se refiere a la ayuda proporcionada por amigos y parientes que dan a la persona, que está bajo situación de estrés, un confort tanto físico como psicológico. Comprende situaciones y circunstancias que ocurren fuera del ámbito de trabajo y que incluyen tanto relaciones compatibles, útiles y satisfactorias, como condiciones de vida confortables y protegidas . (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- l) **Buena Salud Mental (BS)** : La buena salud mental comprende los comportamientos de un individuo optimista, positivo, relajado, ecuánime, quien mantiene una alta autoestima, buena salud física y una actitud y porte apropiados con los demás . (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- m) **Salud Mental Pobre (SP)** : La salud mental pobre, incluye los síntomas clásicos y los reportes de dolencias físicas asociadas con inestabilidad emocional, disminución del tono emocional y comportamiento socialmente inapropiado, dañino y perjudicial . (Gutiérrez y Osterman, 1995).
- n) **Grupo** : Médicos, Paramédicos\* y Enfermeras
- o) **Sexo** : Masculino y Femenino.
- p) **Edad** : Tiempo transcurrido desde el nacimiento.  
*Categorías:* 15-19 años; 20-29 años; 30-39 años; 40-49 años y más de 50 años.

---

\* Paramédico: persona capacitada que proporciona los primeros auxilios al arribo de un accidente (Grant, 1993)



**q) Estado Civil:**

*Categorías:* Soltero, Casado, Divorciado, Viudo y Unión libre.

**r) Escolaridad**

*Categorías:* Primaria; Secundaria, Técnico o Comercio, Bachillerato, Licenciatura y Posgrado.

**s) Presión Arterial :** Fuerza ejercida por la sangre circulante sobre las paredes de las arterias. El nivel de la presión arterial en un determinado individuo es el producto del gasto cardíaco por la resistencia vascular sistémica. (Diccionario de Medicina Mosby,1994).

**t) Presión Arterial Sistólica:** Periodo de contracción cardíaca, especialmente de los ventrículos, que tiene por objeto arrojar la sangre percibida de las aurículas a las arterias aorta y pulmonar (Diccionario de Medicina Mosby,1994).

**u) Presión Arterial Diastólica:** Dilatación o periodo de dilatación del corazón o de las arterias, especialmente de los ventrículos, que permite la repleción de estas calidades (Diccionario de Medicina Mosby,1994).

**v) Turno de Trabajo :** Tiempo u horario asignado para realizar una labor.

*Categorías:* Matutino ( horario comprendido entre las 7:00 a 15:00 horas); Vespertino (horario comprendido entre las 14:00 a 21:00 horas); Nocturno (horario comprendido entre las 20:30 a 8:00 horas) y Rotación de turnos ( horario que abarca dos turnos de trabajo).

**w) Horas trabajadas:** Tiempo dedicado a realizar un trabajo.

*Categorías:* Menos de 20 horas a la semana, 20 a 40 horas a la semana, 41 a 60 horas a la semana y 61 a 80 horas a la semana.

**x) Antigüedad:** Tiempo que una persona lleva trabajando en un lugar.

*Categorías:* Menos de un año, 1 a 5 años, 6 a 10 años, 11 a 15 años y más de 20 años.

## 5.6 MUESTRA

Para fines de esta investigación, se utilizó una muestra intencional no probabilística compuesta por un total de 222 participantes de la Cruz Roja Mexicana, organizados en 3 grupos: 87 paramédicos, 83

enfermeras y 52 médicos. De los cuales 118 personas pertenecen al sexo masculino y 104 al sexo femenino; 11 personas se encuentran en el rango de edad entre 15-19 años, 122 personas se encuentran entre el rango de edad entre 20-29 años, 60 personas se encuentran en el rango de edad entre 30 a 39 años, 17 personas se encuentran entre el rango de edad 40-49 años y con más de 50 años solo 10 personas.

En cuanto al estado civil, existe un mayor número de solteros, siendo un total de 125 personas, 74 personas casadas, 10 personas que viven en unión libre, 7 personas divorciadas y solo un caso de estado civil viudo. Respecto a la escolaridad 4 personas tienen el nivel primaria, 16 secundaria, 75 personas son técnicos, 48 personas poseen escolaridad de bachillerato, 31 de licenciatura y 48 de posgrado.

El turno de trabajo se distribuyó de la siguiente manera: 46 personas del turno matutino, 47 del turno vespertino, 74 del turno nocturno (A y B) y 55 de rotación de turnos. En relación con las horas trabajadas a la semana, 24 personas trabajan menos de 20 horas; de 20 a 40 horas trabajan 75 personas; de 41 a 60 horas trabajan 50 personas y de 61 a 80 horas trabajan 66 personas.

Con respecto a la antigüedad se encontró que hay un total de 34 personas con una antigüedad menor a un año; 82 personas con una antigüedad de 1 a 5 años; 49 personas con una antigüedad de 6 a 10 años; 24 personas con una antigüedad de 11 a 15 años; 10 personas con una antigüedad de 15 a 20 años, por último se encontró un total de 16 personas con una antigüedad mayor a 20 años .

En relación a la presión arterial, se encontró para esta población, que los paramédicos poseen en promedio una presión arterial de 84/116, los médicos 76/117 y las enfermeras 70/107.

## 5.7 INSTRUMENTOS

- Esfigmomanómetro digital.
- Encuesta de Estrés/Apoyo (SWS-Survey) (Gutiérrez y Ostermann.1994)
- Inventario IDARE: Escala de ansiedad rasgo (SXE) y estado (SXR) (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).

### 1. Esfigmomanómetro

Este aparato fue inventado por el médico Riva Rocci; consiste en un manómetro con columna de mercurio y un brazalet que se coloca alrededor del tercio medio del brazo de la persona y se ajusta para

poder insuflar el aire mediante una pequeña bomba aplicando una presión superior a la de la tensión máxima (por ejemplo, 160-180 mm de mercurio). Muy lentamente se deja salir el aire, con lo que cede la compresión, para posteriormente comenzar a auscultarse el sonido sobre la arteria cubital y registrar los valores de la presión sistólica y diastólica. Además del esfignomanómetro clásico de Riva-Rocci, existen aquellos basados en los principios de la electrónica, que son los esfignomanómetros digitales, los cuales permiten la lectura de los valores de la presión directamente sobre el aparato. La lectura de la presión arterial se realiza de la siguiente manera: el primer número representa la tensión arterial máxima (sístole) y el segundo la mínima (díastole), expresados en mm Hg.

A continuación, en la Tabla 1 se presentan los valores normales de la presión arterial, según la edad y sexo, en milímetros de mercurio.

**Tabla 1. Valores normales de la presión arterial**

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	Diastólica	Sistólica	Diastólica	Sistólica
15-20 años	115	65	120	75
21-30 años	120	70	120	75
31-40 años	120	75	125	75
41-50 años	125	75	130	80
51-60 años	130	75	140	85
61-85 años	135	80	140	90

NOTA: La presión arterial aumenta con la edad debido a una pérdida de la elasticidad de las paredes vasculares (Citado en Enciclopedia Médica, 1971).

## 2. Encuesta de Estrés/Apoyo (SWS-Survey) (Gutiérrez y Ostermann, 1994)

Este instrumento es un cuestionario de auto aplicación (lápiz y papel) que toma aproximadamente 30 minutos contestar, consta de 200 reactivos que evalúan factores de estrés y apoyo en las áreas **personal** (se refiere a la constitución personal-familiar y disposición propia), **social** (son las relaciones interpersonales ajenas al trabajo), **laboral** (involucra la situación proveedora de ingreso) y de **salud mental**.

Las opciones de respuesta de cada reactivo son cinco: **A) NUNCA, B) CASI NUNCA, C) OCASIONALMENTE, D) FRECUENTEMENTE, E) MUY FRECUENTEMENTE.** (anexo 1)

En México, 90 jueces profesionales de la salud mental validaron el SWS-SURVEY (alfa de Cronbach por subescala de .913 a .963). En la muestra de este estudio, los valores de consistencia interna para cada una de las 8 escalas del instrumento: 1. Salud mental pobre (.88), 2. Buena salud mental (.85), 3. Estrés en el trabajo (.82), 4. Apoyo en el trabajo (.83), 5. Estrés Personal (.84), 6. Apoyo Personal (.84), 7. Estrés Social (.84) y 8. Apoyo Social (.85).

La estructura de la Encuesta SWS parte de la premisa de que, en cualquier punto de la vida de un individuo, el nivel de tolerancia al estrés en el trabajo esta determinado, en mayor o menor grado tanto por los estresores que ocurren en el trabajo mismo como los producidos por la intensificación de los otros estresores experimentados en el área social y personal.

De esta manera, el instrumento SWS pretende no solo proporcionar medida de diagnóstico del estrés y de salud mental sino también ser un indicador preventivo en la detección temprana del estrés incapacitante.

### **3. IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado versión castellana del STAI) (State Trait-Anxiety Inventory) (Spielberger y Díaz Guerrero, 1975).**

Este instrumento esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad. 1. La Ansiedad-Estado (SXE) consta de 20 afirmaciones que pide al sujeto describa como se siente "en un momento dado". 2. La Ansiedad-Rasgo (SXR) consta de 20 afirmaciones que pide al sujeto describa como se siente generalmente. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una de un lado y la otra del otro y toma, aproximadamente, de 15 a 25 minutos contestarlo.

La dispersión de posibles puntuaciones para el "Inventario de Autoevaluación" del IDARE varia desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, en ambas escalas. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos. Las cuatro categorías para la escala de Ansiedad-Estado (SXE) son: **1) NO EN LO ABSOLUTO, 2) UN POCO, 3) BASTANTE y 4) MUCHO.** Las categorías para la escala de Ansiedad-Rasgo (SXR) son: **1) CASI NUNCA, 2) ALGUNAS VECES, 3) FRECUENTEMENTE y 4) CASI SIEMPRE** (anexo 2).

El IDARE contiene datos normativos para estudiantes de bachillerato y universitarios, así como para paciente psiquiátricos varones, pacientes de medicina en general, para cirugía y reclusos jóvenes. Las normas para universitarios se basan en 2 muestras separadas de estudiantes de la Universidad Estatal de Florida.

Estas normas se expresan tanto en Percentiles como en Puntuaciones T. El percentil indica la posición relativa del sujeto dentro del grupo normativo. El percentil 50 corresponde a la mediana, los percentiles por encima de 50 representan ejecuciones superiores al promedio, los percentiles que están por debajo de este son ejecuciones inferiores. La puntuación T es una puntuación estándar y lineal en donde la media del grupo normativo se iguala a 10 y la desviación estándar a 10.

## 5.8 PROCEDIMIENTO

Los dos instrumentos se aplicaron en forma colectiva e individual, a un total de 222 participantes de la Cruz Roja Mexicana en diferentes sesiones, asignadas por cada uno de los departamentos (médico, paramédico y de enfermería) para poder considerar los diferentes turnos de trabajo. Al terminar de contestar ambos instrumentos, se les tomó la presión arterial a cada uno de los participantes con el esfigmomanómetro digital.

- Para el personal de enfermería la aplicación se llevó a cabo en cada servicio (urgencias, terapia intensiva e intermedia, cirugía, hospitalización, C.E.Y.E. y quirófano) y dentro de su horario de trabajo.
- Para el personal médico y residentes de las diferentes áreas, la aplicación se llevó a cabo, en un solo día en el auditorio. A aquellos médicos que no pudieron asistir ese día a la aplicación, ésta se llevó a cabo en los diferentes servicios (urgencias, terapia intensiva e intermedia y anestesiología).
- Para el personal de técnico en urgencias medicas (paramédicos) la aplicación se realizó en un salón de clases, de la siguiente manera: Para el turno matutino, la aplicación se realizó al terminar su turno de trabajo y para los turnos vespertino, nocturno A y B, se les citó una hora antes de que comenzaran a trabajar.

Una vez hecha la aplicación, se procedió a la calificación de ambos instrumentos. Para las escalas del IDARE la calificación se realizó con la plantilla de calificación del instrumento; para calificar cada

escala, simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivo. Cabe mencionar que para este instrumento, se trabajó únicamente con los puntajes crudos, ya que al utilizar los puntajes normalizados y percentiles, tanto del Inventario original como los de esta muestra (normas locales) y los datos percentilares de las Investigaciones realizadas por Arias Galicia (1990), no se encontraron diferencias significativas entre ambas escalas (Anexo 3).

Respecto a la escala SWS-Survey se calificó asignando un valor numérico a cada respuesta desde 1= Nunca hasta 5= Muy frecuentemente.

Posteriormente, se obtuvieron los totales de cada escala; para ello se sumaron los totales de cada participante y se sumaron para obtener un solo total de cada escala.

Para la variable de estado civil, se realizó una reagrupación de las personas con la finalidad de hacer dos grupos más homogéneos que nos permitiera hacer comparaciones entre aquellas personas que poseen una pareja (casados y unión libre) y entre aquellas personas que no la poseen (solteros, divorciados y viudos), y así proceder al análisis estadístico de los datos.

## 5.9 ANALISIS ESTADISTICO

Para el análisis de resultados de esta investigación se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 9.0 para Windows.

- La estadística descriptiva, para evaluar los patrones de respuesta de cada escala.
- El alpha de Cronbach, para obtener la confiabilidad de las escalas de los instrumentos.
- La correlación de Pearson, que nos indica el grado en que el cambio en una variable está relacionado a un cambio en la otra variable.
- El análisis de varianza (ONEWAY) para varios grupos independientes, que nos permite encontrar diferencias entre los grupos con el cruce de variables categóricas.
- La prueba post-hoc de Tukey la cual permite conocer las diferencias significativas en grupos con  $n$  diferentes.

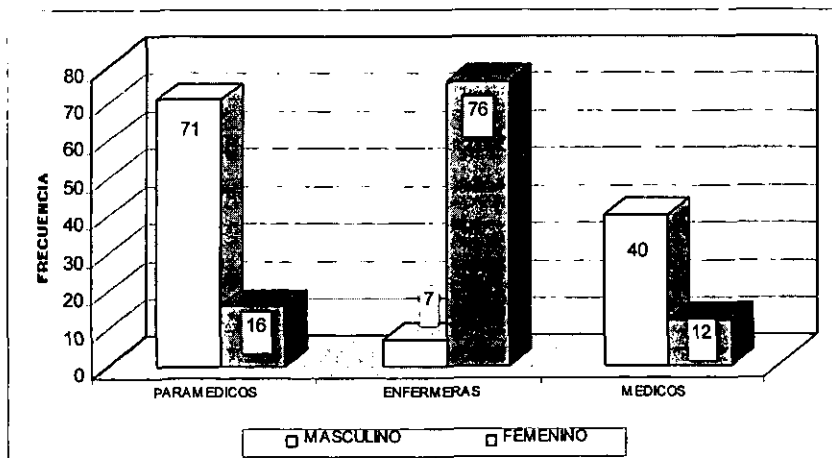
## VI RESULTADOS

Se muestra la estadística descriptiva en forma de gráficas de la población general en relación con las variables categóricas; los resultados de las medias de los puntajes totales por escala de cada uno de los instrumentos; los resultados del alpha de Cronbach; la correlación de las escalas de ambos instrumentos y los resultados con respecto al análisis de varianza y a la prueba post-hoc de Tukey.

### Estadística Descriptiva por grupos

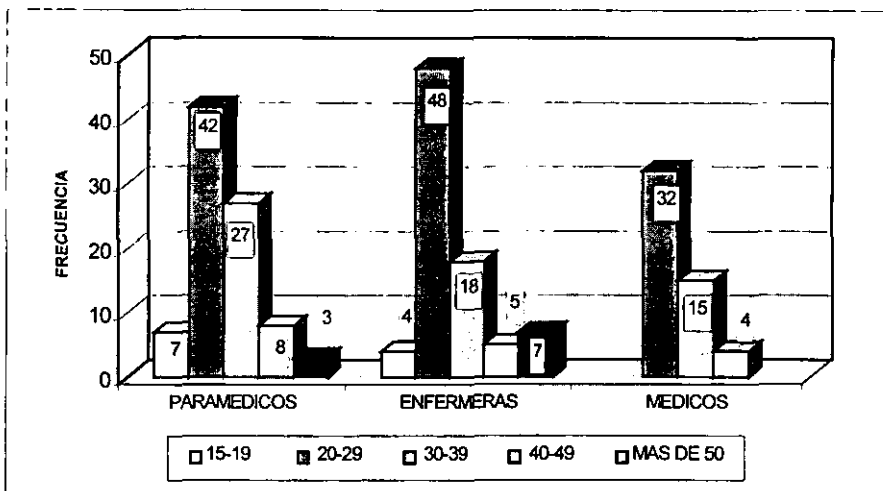
La **gráfica 1** describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: sexo. La gráfica muestra que dentro del grupo de *paramédicos*, existe un mayor número de personas del sexo masculino (71) y una menor proporción del sexo femenino (16). En el grupo de *enfermeras*, se observa una relación inversa, en la cual la mayor proporción del personal son del sexo femenino (76) y una menor proporción de personas del sexo masculino (7); por último en el grupo de *médicos* se observa que la mayor proporción del personal pertenecen al sexo masculino (40) y una menor proporción del sexo femenino (12).

**GRAFICA 1. Sexo**  
( Cruz Roja Mexicana n = 222 )



La **gráfica 2** describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: edad. La gráfica muestra que dentro del grupo de *paramédicos* el rango de edad donde se encuentra la mayoría de la población es de 20 a 29 años (42 personas), seguido del rango de edad entre 30 a 39 años (27 personas); en tercer lugar aquellas personas entre 40 y 49 años de edad (8 personas), seguidas de aquellas entre 15 y 19 años de edad (7 personas), siendo únicamente 3 personas dentro del rango de más de 50 años. Para el grupo de *enfermería*, la mayoría de la población se ubica dentro del rango entre 20 a 29 años siendo un total de 48 personas, seguidas por aquellas dentro del rango entre 30 a 39 años de edad (18 personas); en tercer lugar se ubican aquellas personas mayores de 50 años (7 personas), siendo el rango de edad entre 40 a 49 años (5 personas) y el rango de edad entre 15 a 19 años (4 personas) las edades con menor frecuencia dentro de este grupo. Por último, dentro del grupo de *médicos*, el rango de edad predominante fue entre 20 a 29 años de edad (32 personas), seguidos de aquellos de entre 30 a 39 años de edad (15 personas) y sólo 4 personas dentro del rango entre 40 a 49 años de edad; cabe observar que en este grupo no se encontró personas dentro del rango de edad entre 15 a 19 años de edad ni dentro del rango de personas mayores a 50 años.

**GRAFICA 2. Edad**  
( Cruz Roja Mexicana n = 222)

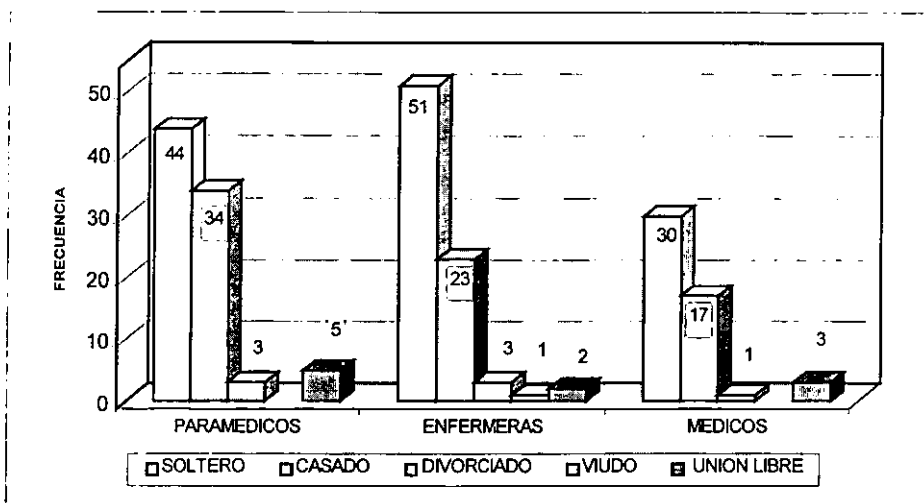


La siguiente gráfica describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: estado civil.



La gráfica 3 que dentro del grupo de *paramédicos*, existe un mayor número de personas solteras (44), seguidas de aquellas personas que son casadas (34), siendo únicamente 5 personas que viven en unión libre y 3 cuyo estado civil es divorciado. En el caso del grupo de *enfermería*, se encontró que existe un mayor número de personas solteras (51), a comparación de las personas casadas (23); así mismo, se observa que existen 3 personas cuyo estado civil es divorciado, 2 que viven en unión libre y una persona cuyo estado civil es viudo. Por último, en el grupo de *médicos*, existe un mayor número de personas solteras (30), siendo las personas casadas (17) quienes ocupan el segundo lugar; se observa que tres personas viven en unión libre y que solo una persona es divorciada.

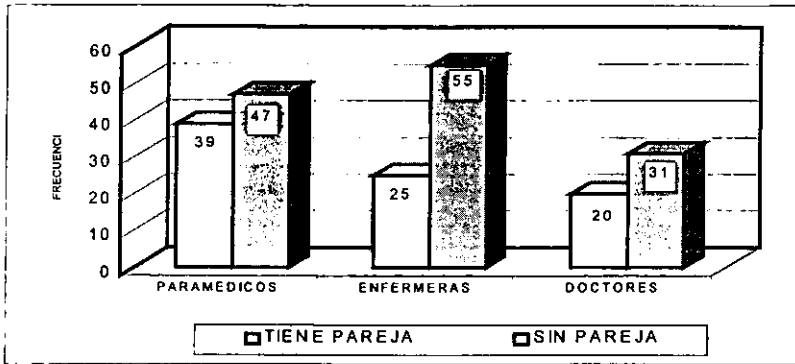
GRAFICA 3. Estado Civil  
( Cruz Roja Mexicana n = 222)



Por otra parte, se realizó una reclasificación de la variable estado civil, en aquellas personas que poseen una pareja (casados y unión libre) y aquellas personas sin pareja (solteros, viudos y divorciados). La gráfica 4 describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada en relación con la variable categórica: con o sin pareja; en donde se muestra que, en los tres grupos (médico, paramédico y de enfermería) existe un mayor número de personas que no poseen pareja en comparación de aquellos que sí la poseen, distribuidos de la siguiente manera: dentro del grupo de *paramédicos*, existe un mayor número de personas que no poseen pareja (47) en comparación con aquellas que sí la poseen (39); dentro del grupo de *enfermería*, 55 personas no poseen una pareja,

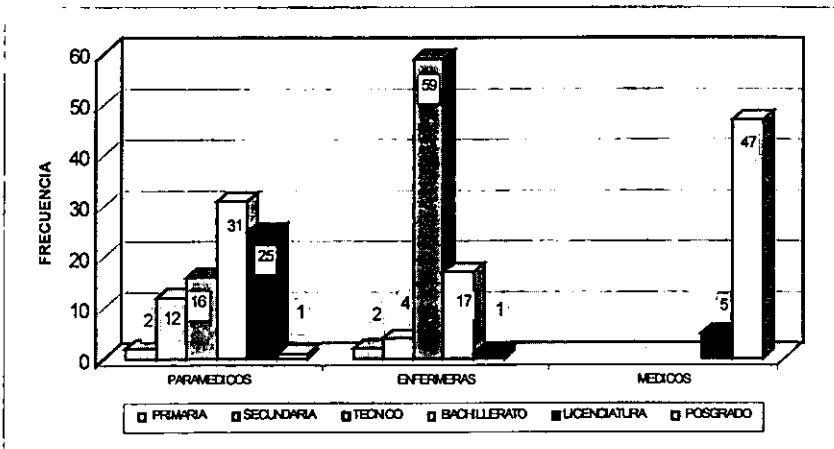
en comparación con las personas que sí poseen pareja (25). Por último dentro del grupo de *médicos*, 31 personas no poseen pareja y 20 personas si poseen pareja.

**GRAFICA 4 Pareja**  
(Cruz Roja Mexicana n = 222)



La **gráfica 5** describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: escolaridad; en donde se encontró, que de las 222 personas encuestadas, la mayoría de ellas posee una escolaridad a nivel técnico (16 paramédicos y 59 enfermeras); en segundo lugar, aquellos con una escolaridad de bachillerato (31 paramédicos y 17 enfermeras) y posgrado (47 médicos y un paramédico). Por último, existen solo 4 personas con un nivel de escolaridad de primaria (2 paramédicos y 2 enfermeras).

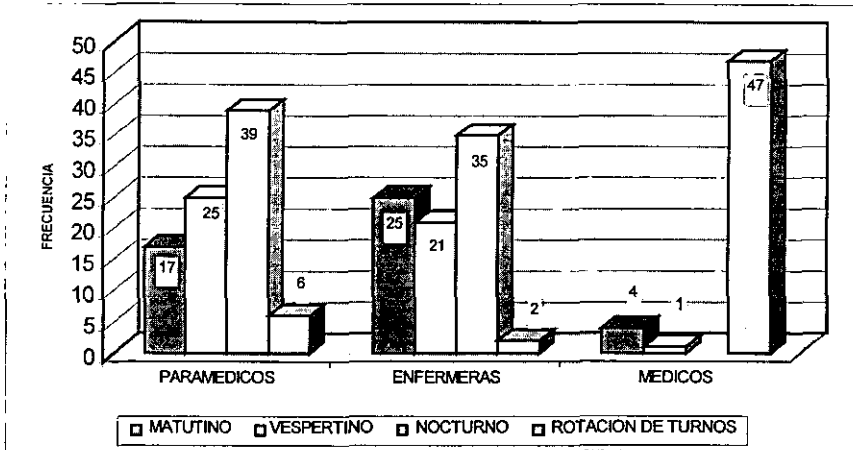
**GRAFICA 5. Escolaridad**  
(Cruz Roja Mexicana n = 222)



La **gráfica 6** describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: **turno de trabajo**; en donde se observa que, dentro del grupo de *paramédicos*, 39 personas trabajan en el turno nocturno (A y B), 25 personas trabajan dentro del turno vespertino, 17 personas trabajan en el turno matutino, siendo un menor número en el horario de rotación de turnos (6 personas). Respecto al grupo de *enfermería*, se encontró que la mayor población trabaja en el horario nocturno (35 personas), siendo el turno matutino el segundo lugar (25 personas); en tercer lugar se encuentra el turno vespertino (21 personas) y solo 2 personas con un horario de rotación de turnos. Por último, en el grupo de *médicos*, se encontró que la mayoría de ellos posee un horario de rotación de turnos (47 personas), siendo únicamente 4 personas quienes laboran en el turno matutino y una persona en el horario vespertino.

**GRAFICA 6. Turno de Trabajo**

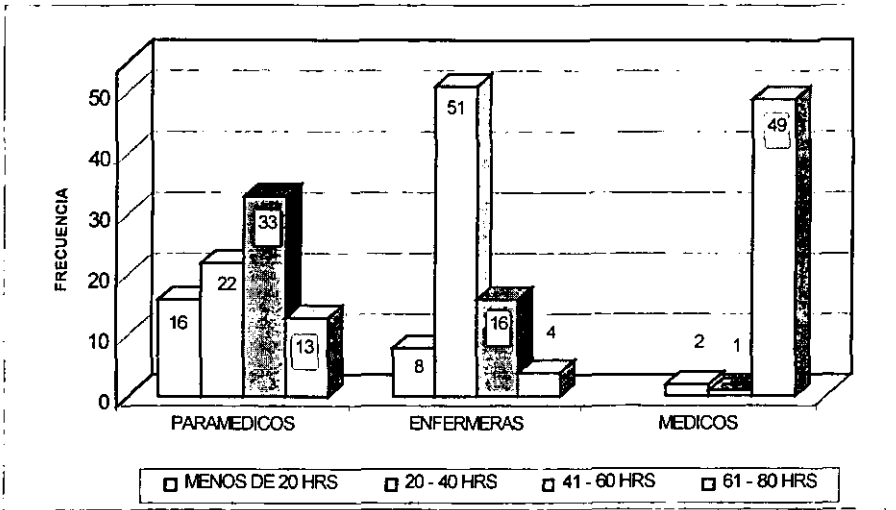
( Cruz Roja Mexicana n= 222 )



Por otra parte, respecto a la variable categórica de **horas trabajadas a la semana**, se consideró cuatro clasificaciones para describir con frecuencias la distribución que presentó ésta población. En la **gráfica 7** se observa que dentro del grupo de *paramédicos*, la mayoría de la población trabaja a la semana un promedio de entre 41 a 60 horas (33 personas); en segundo lugar, se encontró que 22 personas trabajan en promedio de 20 a 40 horas; 16 personas trabajan en promedio menos de 20 horas a la semana y, en un menor número (13 personas) quienes trabajan de 61 a 80 horas. Dentro

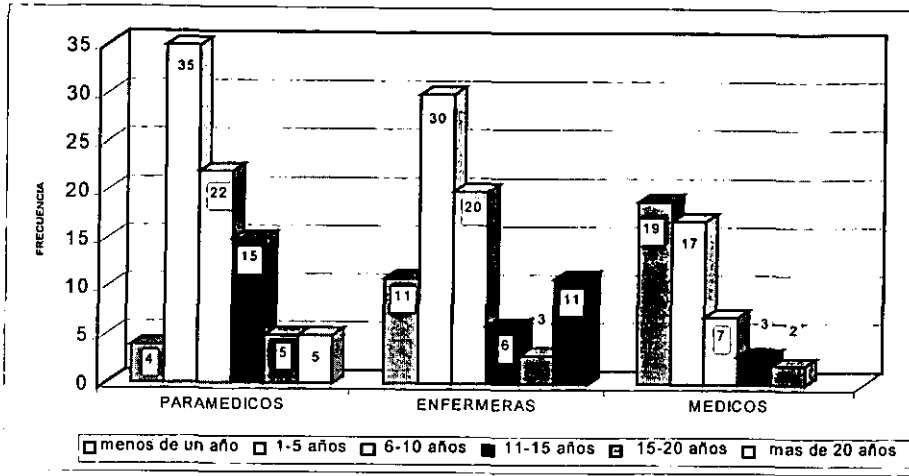
del grupo de *enfermería*, se encontró que la mayoría de la población, trabaja en promedio un total de 20 a 40 horas (51 personas) y de 41 a 60 horas (16 personas), siendo un menor número que trabajan menos de 20 horas (8 personas) y de 61 a 80 horas (4 personas). Por último, dentro del grupo de *médicos*, se encontró que la mayor parte de la población, trabaja entre 61 a 80 horas (49 personas), siendo únicamente 2 casos que trabajan entre 20 a 40 horas y 1 caso que trabaja entre 41 a 60 horas.

**GRAFICA 7. Horas Trabajadas a la semana**  
( Cruz Roja Mexicana n = 222 )



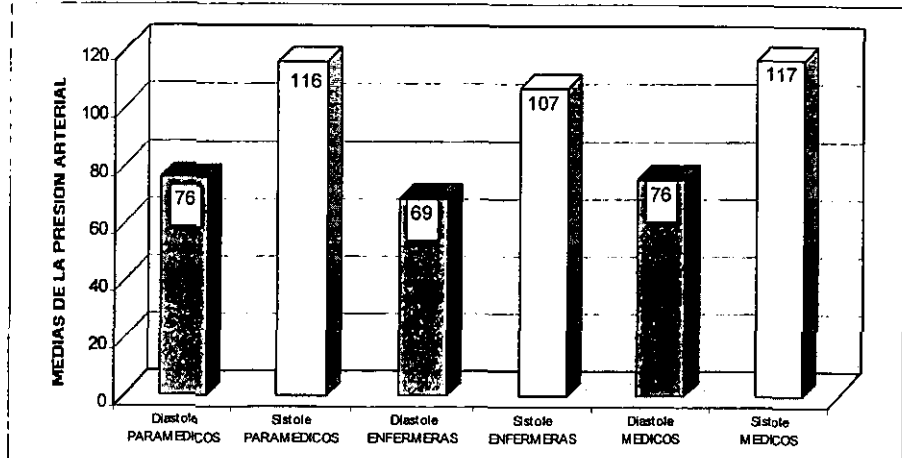
La *gráfica 8* describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (*médico*, *paramédico* y de *enfermería*), en relación con la variable categórica de: **antigüedad**; en ella se describe en promedio el tiempo que llevan laborando las personas en su profesión; se encontró que hay un total de 82 personas con una antigüedad de 1 a 5 años (35 paramédicos, 30 enfermeras y 17 médicos); 49 personas con una antigüedad de 6 a 10 años (22 paramédicos, 20 enfermeras y 49 médicos); 34 personas con una antigüedad menor a un año (4 paramédicos, 11 enfermeras y 19 médicos); 24 personas con una antigüedad de 11 a 15 años (15 paramédicos, 6 enfermeras y 3 médicos); 16 personas con una antigüedad mayor a 20 años (5 paramédicos y 11 enfermeras). Por último se encontró un total de 10 personas con una antigüedad de 15 a 20 años (5 paramédicos, 3 enfermeras y 2 médicos).

**GRAFICA 8. Antigüedad**  
( Cruz Roja Mexicana n = 222 )



La gráfica 9 describe con frecuencias a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con la variable categórica de: **Presión Arterial**. En ella se observa que los *paramédicos* poseen en promedio, una presión arterial de 76/116, (siendo el primer número la presión diastólica y el segundo, la presión sistólica); que el grupo de *enfermería* presenta en promedio una presión arterial de 69/107 y los *médicos* una presión arterial de 76/117.

**GRAFICA 9. Presión Arterial**  
( Cruz Roja Mexicana n = 222 )



## MEDIAS DE LOS PUNTAJES TOTALES POR ESCALA

En la **Tabla 2**, se presentan los baremos para la interpretación de los resultados obtenidos a partir de la evaluación con el SWS—SURVEY (Gutiérrez, 2001)

**TABLA 2**  
**BAREMOS PARA INTERPRETAR EL SWS-SURVEY**  
n= 1270

RANGOS	PERCENTILES	SALUD MENTAL POBRE	BUENA SALUD MENTAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	APOYO EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	APOYO SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	APOYO PERSONAL
MUY BAJO	10	34	83	46	77	36	76	40	77
BAJO	20	39	88	49	83	40	81	44	83
	30	42	91	52	87	43	85	47	86
MEDIO	40	44	93	55	90	46	88	50	88
	50	47	96	58	92	49	91	53	91
	60	50	98	60	95	51	94	55	93
ALTO	70	53	100	63	98	54	97	59	95
	80	58	104	66	101	57	100	63	99
MUY ALTO	90	65	109	70	106	63	105	68	104

En la siguiente tabla, se muestran las medias obtenidas de los puntajes totales por grupo en cada una de las ocho escalas del SWS-Survey de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería):

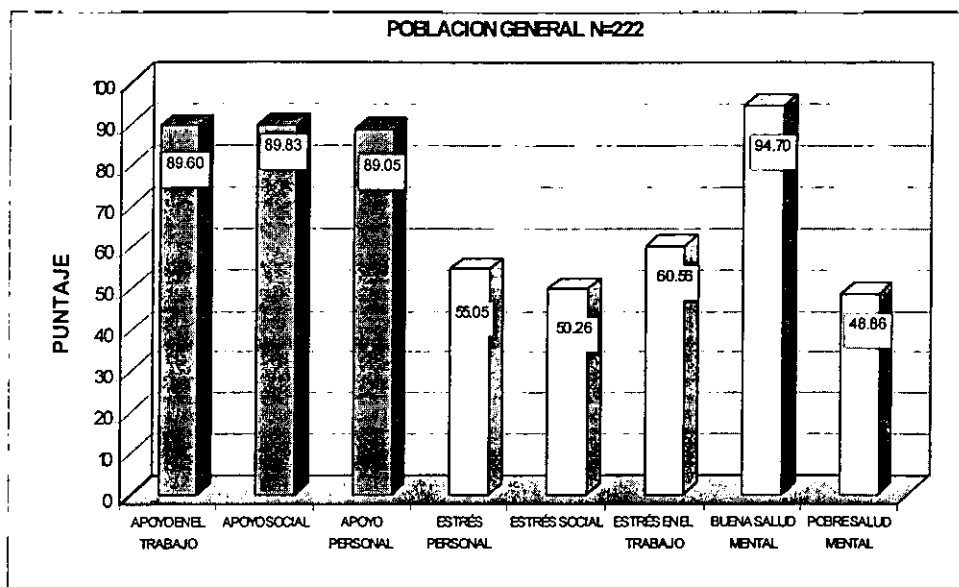
**TABLA 3**  
**MEDIAS DE LOS PUNTAJES TOTALES DE LAS ESCALAS DEL SWS-SURVEY**  
n=222

GRUPO	AT	AS	AP	EP	ES	ET	BS	SP
POBLACION GENERAL	89.60	89.83	89.05	55.05	50.26	60.56	94.70	48.86
PARAMEDICOS	90.33	91.26	90.62	60.05	49.47	54.21	95.68	47.64
ENFERMERAS	88.02	87.57	86.04	58.89	50.27	54.92	92.27	49.33
MEDICOS	90.90	91.04	91.21	64.10	51.56	56.67	96.96	50.13

La **gráfica 10** describe a la muestra total de la población de la Cruz Roja Mexicana en relación con las medias obtenidas, de los puntajes totales de las escalas del Instrumento SWS-Survey. De

acuerdo con la **Tabla 2**, la muestra se distribuyó en un rango medio en cuanto a los puntajes obtenidos en las escalas de *buena salud mental* ( $X=94.70$ , percentil 40), *apoyo social* ( $X=89.83$  percentil 40), *apoyo en el trabajo* ( $X=89.60$  percentil 40), *apoyo personal* ( $X=89.05$  percentil 40), *estrés en el trabajo* ( $X=60.56$  percentil 60), *estrés social* ( $X=50.26$  percentil 50), *pobre salud mental* ( $X=48.86$  percentil 50) y *estrés personal* ( $X=55.05$  percentil 60)

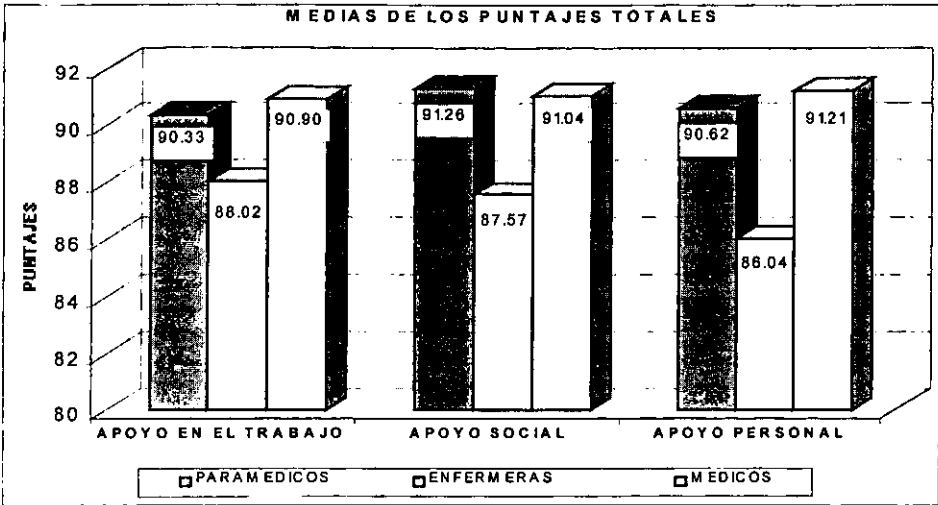
**GRAFICA 10. Medias de los puntajes totales de las Escalas del SWS**  
(CRUZ ROJA MEXICANA n = 222)



La **gráfica 11** describe a los tres grupos de la población estudiada (médicos, paramédicos y enfermeras), en relación con las medias obtenidas de los puntajes totales de las escalas de **Apoyo** (laboral, social y personal) del SWS-Survey. De acuerdo con la **Tabla 2** los *médicos* se encuentran en niveles medios en las escalas de *apoyo en el trabajo* ( $X=90.90$  percentil 40), *apoyo personal* ( $X=91.21$  percentil 10) y *apoyo social* ( $X=91.04$  percentil 50). El grupo de *paramédicos* se encuentran en niveles medios en las escalas de *apoyo en el trabajo* ( $X=90.33$  percentil 40), *apoyo personal* ( $X=90.62$  percentil 40) y *apoyo social* ( $X=91.26$  percentil 50). Por último, el grupo de enfermeras se ubico en niveles bajos en las escalas de apoyo personal ( $X=86.04$ , percentil 30) y

laboral ( 88.03, percentil 30) y en la escala de apoyo social se ubicó en un nivel medio ( $X=87.57$ , percentil 40).

**GRAFICA 11. Medias de los puntajes totales de las Escalas de Apoyo del SWS**  
( CRUZ ROJA MEXICANA n = 222 )

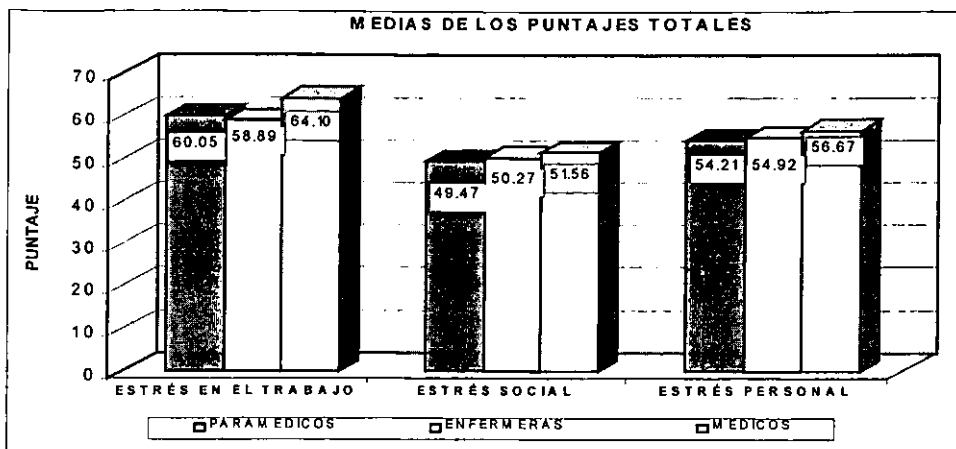


La **gráfica 12** describe a los tres grupos de la población estudiada (médico, paramédico y de enfermería), en relación con las medias obtenidas de los puntajes totales de las escalas de **Estrés** (laboral, social y personal) del SWS-Survey.

En ella se muestra (de acuerdo con la **Tabla 2**), que los tres grupos se ubicaron en un nivel alto en la escala de estrés personal (*médicos*  $X=64.10$ , percentil 80; *paramédicos*  $X=60.05$ , percentil 70 y *enfermeras*,  $X=58.89$ , percentil 70). De igual forma se encontró que para la escala de estrés social y estrés en el trabajo la muestra se ubico en un nivel medio, con excepción del grupo de paramédicos que en la escala de estrés en el trabajo, se ubicaron como puntajes bajos ( $X=54.21$ , percentil 30).

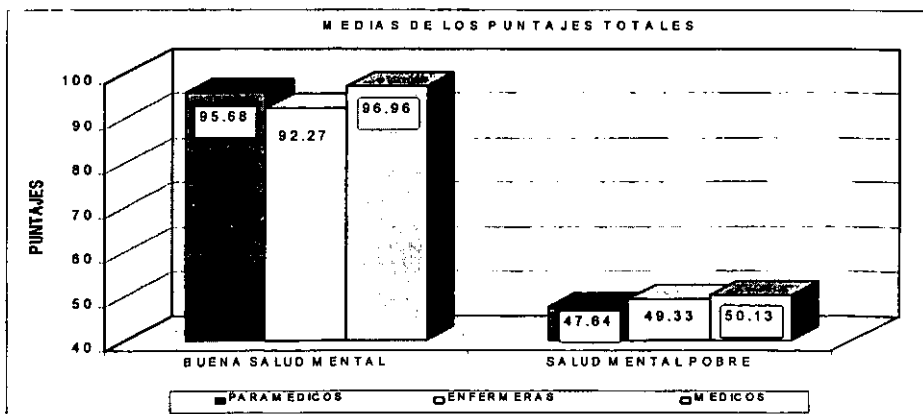


**GRAFICA 12. Medias de los puntajes totales de las Escalas del SWS ( CRUZ ROJA MEXICANA n = 222 )**



La gráfica 13 describe a los tres grupos de la población estudiada en relación con las medias obtenidas de los puntajes totales de las escalas de Salud Mental Pobre y Buena Salud Mental del SWS-Survey. De acuerdo con la Tabla 2, los médicos ( $X=96.96$ , percentil 50) y paramédicos ( $X=95.68$ , percentil 50) se ubicaron en niveles medios y, en el caso del grupo de enfermería ( $X=92.27$ , percentil 30), se ubicó en el nivel bajo de la escala de *buena salud mental*. Por otra parte, los puntajes obtenidos en la escala de *salud mental pobre* (médicos  $X=50.13$ , percentil 60); paramédicos ( $X=47.64$ , percentil 50) y enfermeras ( $X=49.33$ , percentil 50), los ubican en niveles medios.

**GRAFICA 13 Medias de los puntajes totales de las Escalas de Salud Mental del SWS ( CRUZ ROJA MEXICANA n = 222 )**



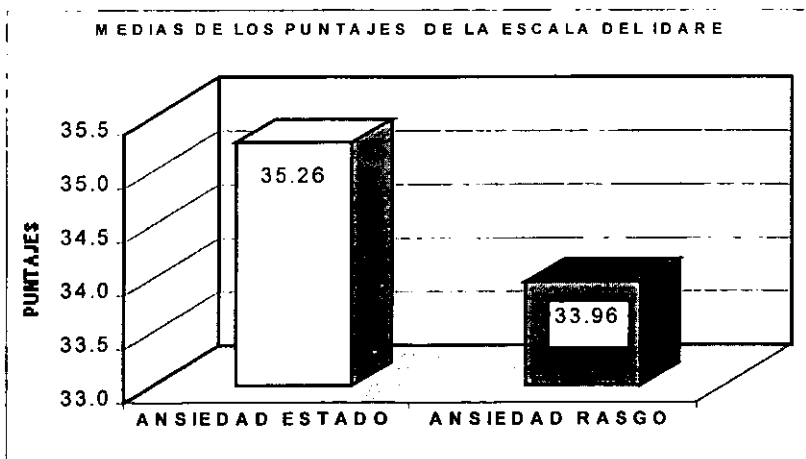
La **Tabla 4** muestra las medias de los puntajes totales de las escalas del Inventario IDARE de Ansiedad Estado y Rasgo, para la muestra general de la Cruz Roja Mexicana.

**TABLA 4**

<b>MEDIAS DE LOS PUNTAJES TOTALES DE LAS ESCALAS DEL INVENTARIO IDARE ( CRUZ ROJA MEXICANA N = 222 )</b>		
<b>GRUPO</b>	<b>ANSIEDAD ESTADO</b>	<b>ANSIEDAD RASGO</b>
CRUZ ROJA MEXICANA	35.26	33.96

En la **gráfica 14** se muestra los puntajes obtenidos por la población general; en donde se observa que la población general obtuvo un puntaje mayor en la escala de ansiedad estado ( $X=35.26$ ) en comparación con la escala de ansiedad rasgo ( $X=33.96$ ).

**Gráfica 14. Medias de los puntajes totales por escala del Inventario IDARE  
( CRUZ ROJA MEXICANA n=222 )**



La **Tabla 5** muestran las medias de los puntajes totales en cada uno de los grupos en las escalas del Inventario IDARE de Ansiedad Estado y Rasgo.

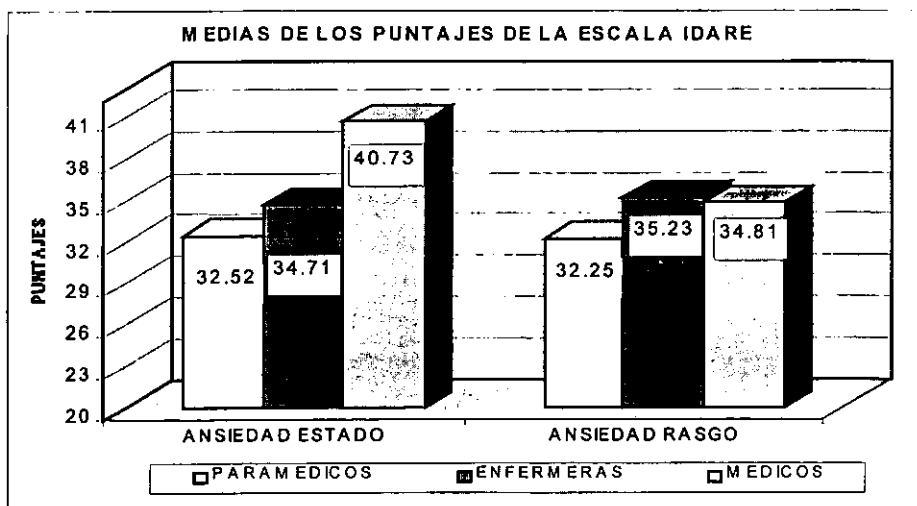
**TABLA 5**

MEDIAS DE LOS PUNTAJES TOTALES DE LAS ESCALAS  
DEL INVENTARIO IDARE: ANSIEDAD RAGO - ESTADO

GRUPO	ANSIEDAD ESTADO	ANSIEDAD RASGO
PARAMÉDICOS	32.52	32.25
ENFERMERAS	34.71	35.23
MÉDICOS	40.73	34.81

En la **gráfica 15** se muestran los puntajes obtenidos por cada uno de los grupos en las escalas de ansiedad, en donde se observa que el grupo de médicos obtuvo un puntaje en la escala de ansiedad estado ( $X=40.73$ ) mayor al grupo de enfermeras ( $X=34.71$ ) y de paramédicos (32.52). Por otra parte, se observa que en el caso de la escala de ansiedad rasgo, el mayor puntaje lo obtuvo el grupo de enfermería ( $X=35.23$ ), en comparación con el grupo de médicos ( $X=34.81$ ) y de paramédicos ( $X=32.25$ ).

**Gráfica 15. Medias de los puntajes totales del Inventario IDARE**  
(CRUZ ROJA MEXICANA n=222)



## CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

La **Tabla 6** muestra el Alpha de Cronbach, obtenida en cada una de las escalas de ambos instrumentos. De acuerdo al Alpha de Cronbach, para que un factor se considere confiable, éste tiene que ser mayor o igual a 0.60.

**TABLA 6. CONFIABILIDAD DE CADA UNO DE LAS ESCALAS DEL SWS-SURVEY Y DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO**

ESCALAS DEL INSTRUMENTO SWS - SURVEY	ESCALA	Alpha de Cronbach	ESCALA	Alpha de Cronbach
	Salud Mental Pobre	.88	Estrés Social	.84
	Buena Salud Mental	.85	Apoyo social	.85
	Estrés en el Trabajo	.82	Estrés personal	.84
	Apoyo en el Trabajo	.83	Apoyo Personal	.84
<b>TOTAL</b>		<b>.92</b>		

ESCALAS DEL INVENTARIO IDARE	ESCALA	Alpha de Cronbach
	Ansiedad - Estado	.90
	Ansiedad - Rasgo	.86
	<b>TOTAL</b>	

\* =  $P < .05$

## CORRELACIONES ENTRE AMBOS INSTRUMENTOS

Las siguientes tablas, muestran las correlaciones entre las escalas de ambos instrumentos tanto para la población general, como para cada uno de los grupos (médico, paramédico y enfermería), así como también por el género de la población total.

En la **Tabla 7**, se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y el Inventario IDARE, en la población total de la Cruz Roja Mexicana (n=222). Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo (.412  $P < .01$ ; .434  $P < .01$ ), estrés social (.381  $P < .01$ ; .510  $P < .01$ ), estrés personal (.431  $P < .01$ ; .579  $P < .01$ ) y salud mental pobre (.477  $P < .01$ ; .682  $P < .01$ ), con ambas escalas del Inventario IDARE. También se

reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo ( $-.309 P \leq .01$ ;  $-.335 P \leq .01$ ), apoyo social ( $-.381 P \leq .01$ ;  $-.411 P \leq .01$ ), apoyo personal ( $-.309 P \leq .01$ ;  $-.413 P \leq .01$ ) y la escala de buena salud mental ( $-.255 P \leq .01$ ;  $-.391 P \leq .01$ ) con ambas escalas del inventario IDARE.

**Tabla 7**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE : Ansiedad Estado (SXE)  
y Rasgo (SXR) y las escalas de la Encuesta SWS-Survey  
Cruz Roja  $n=222$

Escalas del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS – Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL POBRE
ANSIEDAD ESTADO		-.309 **	-.381 **	-.309 **	.412 **	.381 **	.431 **	-.255 **	.477 **
ANSIEDAD RASGO		-.335 **	-.411 **	-.413 **	.434 **	.510 **	.579 **	-.391 **	.682 **

\* =  $P \leq .05$ , \*\* =  $P \leq .01$ , \*\*\* =  $P \leq .001$

En la **Tabla 8**, se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y el Inventario IDARE, respecto al grupo de *paramédicos*. Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo ( $.459 P \leq .01$ ;  $.556 P \leq .01$ ), estrés social ( $.517 P \leq .01$ ;  $.695 P \leq .01$ ), estrés personal ( $.548 P \leq .01$ ;  $.664 P \leq .01$ ) y salud mental pobre ( $.539 P \leq .01$ ;  $.674 P \leq .01$ ), con ambas escalas del inventario IDARE. También se reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo ( $-.406 P \leq .01$ ;  $-.367 P \leq .01$ ), apoyo social ( $-.502 P \leq .01$ ;  $-.384 P \leq .01$ ), apoyo personal ( $-.452 P \leq .01$ ;  $-.436 P \leq .01$ ) y la escala de buena salud mental ( $-.431 P \leq .01$ ;  $-.444 P \leq .01$ ) con ambas escalas del inventario IDARE.

**Tabla 8**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE : Ansiedad Estado (SXE)  
y Rasgo (SXR) y las escalas del SWS-Survey  
Paramédicos n= 87

Escalas del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS - Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL POBRE
		ANSIEDAD ESTADO	-. 406 **	-. 502 **	-. 452 **	.459 **	.517 **	.548 **	-. 431 **
ANSIEDAD RASGO	-. 367 **	-. 384 **	-. 436 **	.556 **	.695 **	.664 **	-. 444 **	.674 **	

\* =  $P < .05$ , \*\* =  $P < .01$ , \*\*\* =  $P < .001$

En la **Tabla 9** se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y el Inventario IDARE, respecto al grupo de *enfermeras*. Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo (.337  $P \leq .01$ ; .415  $P \leq .01$ ), estrés social (.316  $P \leq .01$ ; .524  $P \leq .01$ ), estrés personal (.390  $P \leq .01$ ; .542  $P \leq .01$ ) y salud mental pobre (.487  $P \leq .01$ ; .685  $P \leq .01$ ), con ambas escalas del inventario IDARE. También se reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo (-.317  $P \leq .01$ ; -.277  $P \leq .01$ ), apoyo social (-.365  $P \leq .01$ ; -.414  $P \leq .01$ ), apoyo personal (-.362  $P \leq .01$ ; -.398  $P \leq .01$ ) y la escala de buena salud mental (-.273  $P \leq .01$ ; -.333  $P \leq .01$ ) con ambas escalas del inventario IDARE.

**Tabla 9**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE :  
Ansiedad Estado (SXE) y Rasgo (SXR) y las escalas del SWS-Survey  
Enfermeras n= 83

Escalas del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS - Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL POBRE
		ANSIEDAD ESTADO	-. 317 **	-. 365 **	-. 362 **	.337 **	.316 **	.390 **	-. 273 **
ANSIEDAD RASGO	-. 277 **	-. 414 **	-. 398 **	.415 **	.524 **	.542 **	-. 333 **	.685 **	

\* =  $P < .05$ , \*\* =  $P < .01$ , \*\*\* =  $P < .001$

En la **Tabla 10** se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y el Inventario IDARE, respecto al grupo de *médicos*. Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo (.378  $P \leq .01$ ; .353  $P \leq .01$ ), estrés social (.308  $P \leq .05$ ; .293  $P \leq .05$ ), estrés personal (.353  $P \leq .01$ ; .536  $P \leq .01$ ) y salud mental pobre (.434  $P \leq .01$ ; .691  $P \leq .01$ ), con ambas escalas del inventario IDARE. También se reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo (-.325  $P \leq .01$ ; -.364  $P \leq .01$ ), apoyo social (-.403  $P \leq .01$ ; -.417  $P \leq .01$ ) y la escala de apoyo personal (-.258  $P \leq .05$ ; -.381  $P \leq .01$ ), con ambas escalas del inventario IDARE; encontrándose una correlación negativa entre la escala de buena salud mental (-.403  $P \leq .01$ ), respecto a la escala de ansiedad rasgo.

**Tabla 10**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE :  
Ansiedad Estado (SXE) y Rasgo (SXR) y las escalas del SWS-Survey  
Médicos n= 52

Escalas del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS - Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL. POBRE
	ANSIEDAD ESTADO	-.325 **	-.403 **	-.258 *	.378 **	.308 *	.353 **	-.204	.434 **
ANSIEDAD RASGO	-.364 **	-.417 **	-.381 **	.353 **	.293 *	.536 **	-.403 **	.691 **	

\* =  $P \leq .05$ , \*\* =  $P \leq .01$ , \*\*\* =  $P \leq .001$

En la **Tabla 11** se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y la escala de ansiedad estado del Inventario IDARE, respecto al género de los participantes (hombres n=118 y mujeres n= 104). Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo (.437  $P \leq .01$ ; .371  $P \leq .01$ ), estrés social (.447  $P \leq .01$  .267  $P \leq .01$ ), estrés personal (.437  $P \leq .01$ ; .427  $P \leq .01$ ) y salud mental pobre (.463  $P \leq .01$ ; .519  $P \leq .01$ ), para ambos sexos. Así mismo, se reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo (-.333  $P \leq .01$ ; -.292  $P \leq .01$ ), apoyo social (-.413  $P \leq .01$ ; -.350  $P \leq .01$ ), apoyo personal (-.269  $P \leq .05$ ; -.380  $P \leq .01$ ) y, buena salud mental (-.259  $P \leq .01$ ; -.263  $P \leq .001$ ) tanto para hombres como para mujeres.

**Tabla 11**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE:  
Ansiedad Estado (SXE) y las escalas del SWS-Survey  
entre hombres (n=118) y mujeres (n=104)

Escala del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS – Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL POBRE
Escala del Inventario IDARE	ANSIEDAD ESTADO (HOMBRES)	-.333 **	-.413 **	-.269 **	.437 **	.447 **	.437 **	-.259 **	.463 **
	ANSIEDAD ESTADO (MUJERES)	-.292 **	-.350 **	-.380 **	.371 **	.267 **	.427 **	-.263 **	.519 **

\* =  $P \leq .05$ , \*\* =  $P \leq .01$ , \*\*\* =  $P \leq .001$

En la **Tabla 12** se muestra la correlación entre el Instrumento SWS-Survey y la escala de ansiedad rasgo del Inventario IDARE, respecto al género de los participantes (hombres n=118 y mujeres n= 104). Como se puede observar, existe una correlación positiva entre las escalas de estrés en el trabajo (.547  $P \leq .01$ ; .323  $P \leq .01$ ), estrés social (.604  $P \leq .01$  .397  $P \leq .01$ , estrés personal (.592  $P \leq .01$ ; .569  $P \leq .01$ ) y salud mental pobre (.662  $P \leq .01$ ; .695  $P \leq .01$ ), para ambos sexos. Así mismo, se reporta una correlación negativa entre las escalas de apoyo en el trabajo (-.240  $P \leq .01$ ; -.240  $P \leq .01$ ), apoyo social (-.411  $P \leq .01$ ; -.401  $P \leq .01$ ), apoyo personal (-.356  $P \leq .01$ ; -.449  $P \leq .01$ ) y, buena salud mental (-.390  $P \leq .01$ ; -.377  $P \leq .01$ ) tanto para hombres como para mujeres.

**Tabla 12**

Correlación entre las escalas del Inventario IDARE:  
Ansiedad Rasgo (SXR) y las escalas del SWS-Survey  
entre hombres (n=118) y mujeres (n=104)

Escala del Inventario IDARE		Escalas de la Encuesta SWS – Survey							
		APOYO EN EL TRABAJO	APOYO SOCIAL	APOYO PERSONAL	ESTRÉS EN EL TRABAJO	ESTRÉS SOCIAL	ESTRÉS PERSONAL	BUENA SALUD MENTAL	SALUD TAL POBRE
Escala del Inventario IDARE	ANSIEDAD RASGO (HOMBRES)	-.240 **	-.411 **	-.356 **	.547 **	.604 **	.592 **	-.390 **	.662 **
	ANSIEDAD RASGO (MUJERES)	-.240 **	-.401 **	-.449 **	.323 **	.397 **	.569 **	-.377 **	.695 **

\* =  $P \leq .05$ , \*\* =  $P \leq .01$ , \*\*\* =  $P \leq .001$



## ANALISIS DE VARIANZA

La siguiente tabla indica las diferencias estadísticamente significativas entre el Inventario IDARE: escalas de ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey entre los grupos: Médico, Paramédico y de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana.

**TABLA 13. Análisis de Varianza del Total de la Población**

ANOVA GRUPOS (Médicos, Paramédicos y Enfermería) n = 222				
VARIABLE	gl	MS	F	Sig.
<b>ANSIEDAD RASGO</b>				
Entre grupos	2	212.274	3.268	.040*
Intra grupos	219	64.946		
<b>ANSIEDAD ESTADO</b>				
Entre grupos	2	1117.916	14.696	.000***
Intra grupos	219	76.069		
<b>APOYO PERSONAL</b>				
Entre grupos	2	605.751	4.704	.010**
Intra grupos	219	128.776		
<b>ESTRES EN EL TRABAJO</b>				
Entre grupos	2	452.129	3.499	.032*
Intra grupos	219	129.225		
<b>BUENA SALUD MENTAL</b>				
Entre grupos	2	420.649	3.295	.039*
Intra grupos	219	127.676		
<b>PRESION DIASTOLICA</b>				
Entre grupos	2	1270.707	17.936	.000***
Intra grupos	219	70.846		
<b>PRESION SISTOLICA</b>				
Entre grupos	2	2283.516	17.418	.000***
Intra grupos	218	131.100		

\* =  $P \leq .05$ , \*\* =  $P \leq .01$ , \*\*\* =  $P \leq .001$

Diferencias entre grupos en cada una de las escalas del Inventario IDARE: escalas de ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey

TABLA 14 TUKEY

GRUPO	ANSIEDAD RASGO	ANSIEDAD ESTADO		APOYO PERSONAL PRESION ARTERIAL SITOLICA Y DIASTOLICA	ESTRES EN EL TRABAJO BUENA SALUD MENTAL
		ENFERMERIA	PARAMEDICO		
MEDICO		*	*	*	*
PARAMEDICO				*	
ENFERMERIA	*				

(\* =  $P \leq .05$ ) Indica diferencias significativas entre los grupos.

Como se observa en la **Tabla 12**, las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las escalas de *ansiedad rasgo* (.040  $P \leq .05$ ), *ansiedad estado* (.000  $P \leq .001$ ), *apoyo personal* (.010  $P \leq .01$ ), *estrés en el trabajo* (.032  $P \leq .05$ ), *buena salud mental* (.039  $P \leq .05$ ), *presión arterial diastólica* (.000  $P \leq .001$ ) y *presión arterial sistólica* (.000  $P \leq .001$ ). Estas diferencias se encontraron respecto a la variable de ansiedad rasgo, entre el grupo de enfermería y el grupo de paramédicos ( $P \leq .05$ ) como se muestra en la **Tabla 14**; también se encontraron diferencias en la variable de ansiedad estado, en el grupo de médicos respecto al grupo de paramédicos y de enfermería ( $P \leq .05$ ), como se muestra en la **Tabla 14**; las diferencias en la escala de apoyo personal y presión arterial (diastólica y sistólica), se encontraron en el grupo de médicos y paramédicos, respecto al grupo de enfermería ( $P \leq .05$ ) como se muestra en la **Tabla 14**.

Por último en cuanto a las escalas de estrés en el trabajo y buena salud mental, las diferencias se encontraron en el grupo de médicos, respecto al grupo de enfermería ( $P \leq .05$ ), como se muestra en la **Tabla 14**.

La **Tabla 15**, indica las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de *paramédicos* con cada una de las escalas del Inventario IDARE: *ansiedad rasgo* (SXR) y *estado* (SXE) y las Escalas del SWS-Survey, respecto a las variables categóricas.

TABLA 15. Análisis de Varianza del Grupo de Paramédicos

ANOVA PARAMÉDICOS n=87					
VARIABLE CATEGÓRICA	VARIABLE	gl	MS	F	Sig.
PRESION DIASTÓLICA	<b>ESTRÉS EN EL TRABAJO</b>				
	Entre grupos	7	267.072	2.131	.050 *
Intra grupos	79	125.320			
PRESION SISTÓLICA	<b>SALUD MENTAL POBRE</b>				
	Entre grupos	6	285.271	2.254	.046 *
Intra grupos	79	126.550			
PAREJA	<b>APOYO PERSONAL</b>				
	Entre grupos	1	565.305	4.711	.033 *
Intra grupos	84	119.999			
EDAD	<b>ESTRÉS PERSONAL</b>				
	Entre grupos	4	353.784	2.774	.032 *
	Intra grupos	82	127.550		
	<b>SALUD MENTAL POBRE</b>				
Entre grupos	5	325.538	2.605	.031 *	
Intra grupos	81	124.966			
ESCOLARIDAD	<b>APOYO SOCIAL</b>				
	Entre grupos	5	317.717	2.642	.029 *
	Intra grupos	81	120.276		
	<b>APOYO PERSONAL</b>				
Entre grupos	5	440.658	4.213	.002 **	
Intra grupos	81	104.583			

\*\*\* =  $P \leq .001$ , \*\* =  $P \leq .01$  \* =  $P \leq .05$ 

TABLA 16 TUKEY

EDAD / ESTRÉS PERSONAL	
EDAD	40 A 49 AÑOS
15 A 19 AÑOS	*

(\* =  $P \leq .05$ ) Indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Como se observa en la **Tabla 15**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de *estrés en el trabajo* ( $.050 P \leq .05$ ), respecto a la variable de presión arterial diastólica; *salud mental pobre* ( $.046 P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de presión arterial sistólica y *apoyo personal* ( $.033 P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de pareja, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey, en ninguna de estas escalas.

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de *estrés personal* (.032  $P \leq .05$ ) y salud mental pobre (.031  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de edad, en donde las diferencias se ubicaron entre el rango de edad entre 15 a 19 años de edad ( $P \leq .05$ ) respecto al rango de edad entre 40 a 49 años, como se muestra en la **Tabla 16**.

Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de *apoyo social* (.029  $P \leq .05$ ) y la escala de apoyo personal (.002  $P \leq .01$ ), respecto a la variable categórica de *escolaridad*, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ).

La **Tabla 17**, indica las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de *enfermeras* con cada una de las escalas del Inventario IDARE: ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey, respecto a las variables categóricas.

Como se observa en la **Tabla 17**, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de *buena salud mental* (.001  $P \leq .001$ ), *apoyo personal* (.000  $P \leq .001$ ), *apoyo social* (.045  $P \leq .05$ ) y *apoyo en el trabajo* (.002  $P \leq .01$ ) respecto a la variable categórica de *estado civil*, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ).

Por otra parte, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala de *ansiedad estado* (.011  $P \leq .01$ ), *buena salud mental* (.009  $P \leq .01$ ), *apoyo en el trabajo* (.043  $P \leq .05$ ), *apoyo personal* (.008  $P \leq .01$ ) y *apoyo social* (.019  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de *edad*. Estas diferencias se ubicaron entre los rangos de edad entre 20 a 29 años y entre 40 a 49 años respecto a las personas mayores de 50 años ( $P \leq .05$ ) como se muestra en la **Tabla 18**. Así mismo, se encontró diferencias estadísticamente significativas entre el rango de edad entre 15 a 19 años, respecto a los otros rangos de edad ( $P \leq .05$ ) como se muestra en la **Tabla 18**.

TABLA 17. Análisis de Varianza del Grupo de Enfermería

ANOVA ENFERMERAS n=83					
VARIABLE CATEGORICA	VARIABLE	gl	MS	F	Sig.
ESTADO CIVIL	<b>BUENA SALUD MENTAL</b>				
	Entre grupos	5	534.072	4.834	.001***
	Intra grupos	75	110.476		
	<b>APOYO PERSONAL</b>				
	Entre grupos	5	512.827	5.070	.000***
	Intra grupos	75	101.142		
	<b>APOYO SOCIAL</b>				
	Entre grupos	5	336.724	2.395	.045*
Intra grupos	75	140.610			
EDAD	<b>APOYO EN EL TRABAJO</b>				
	Entre grupos	5	396.693	4.294	.002**
	Intra grupos	75	92.388		
	<b>ANSIEDAD ESTADO</b>				
	Entre grupos	4	186.588	3.524	.011 **
	Intra grupos	77	52.952		
	<b>BUENA SALUD MENTAL</b>				
	Entre grupos	4	438.008	3.665	.009 **
Intra grupos	77	119.498			
HORAS	<b>APOYO EN EL TRABAJO</b>				
	Entre grupos	4	272.450	2.595	.043 *
	Intra grupos	77	104.975		
	<b>APOYO PERSONAL</b>				
	Entre grupos	4	420.239	3.721	.008 **
	Intra grupos	77	112.949		
	<b>APOYO SOCIAL</b>				
	Entre grupos	4	428.588	3.137	.019 *
Intra grupos	77	136.618			
SEXO	<b>ESTRES SOCIAL</b>				
	Entre grupos	3	241.011	2.675	.053 *
	Intra grupos	75	90.098		
	<b>APOYO EN EL TRABAJO</b>				
	Entre grupos	3	332.522	3.052	.034 *
	Intra grupos	75	108.936		
	<b>BUENA SALUD MENTAL</b>				
	Entre grupos	3	390.807	3.061	.033 *
Intra grupos	75	127.656			
SEXO	<b>SALUD MENTAL POBRE</b>				
	Entre grupos	3	321.864	2.669	.054 *
	Intra grupos	75	120.597		
	<b>SALUD MENTAL POBRE</b>				
Entre grupos	1	727.305	6.044	.016 *	
Intra grupos	81	120.332			
<b>ESTRES SOCIAL</b>					
Entre grupos	1	636.154	7.299	.008**	
Intra grupos	81	87.161			

\*\*\* =  $P \leq .001$ , \*\* =  $P \leq .01$  \* =  $P \leq .05$

Diferencias entre el grupo de enfermeras en cada una de las escalas del Inventario IDARE: escalas de ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey

**TABLA 18 TUKEY**  
**RANGOS DE EDAD**

EDAD	ANSIEDAD ESTADO				BUENA SALUD MENTAL
	20-29 AÑOS	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS	MAS DE 50 AÑOS
15-19 AÑOS	*	*	*	*	
20-29 AÑOS					*
40-49 AÑOS					*

**TABLA 19 TUKEY**  
**HORAS TRABAJADAS A LA SEMANA**

HORAS	SALUD MENTAL POBRE ESTRÉS SOCIAL	BUENA SALUD MENTAL APOYO EN EL TRABAJO
	MENOS DE 20 HORAS	DE 61 A 80 HORAS
41 A 60 HORAS	*	*

(\* =  $P \leq .05$ ) Indica diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las escalas de *estrés social* (.053  $P \leq .05$ ), *apoyo en el trabajo* (.034  $P \leq .05$ ), *buena salud mental* (.033  $P \leq .05$ ) y *salud mental pobre* (.054  $P \leq .05$ ) respecto a la variable categórica de horas trabajadas a la semana. Estas diferencias se encontraron entre aquellas personas que trabajan entre 41 a 60 horas, respecto a aquellas personas que trabajan menos de 20 horas ( $P \leq .05$ ), como se muestra en la **Tabla 19**, y entre aquellas personas que trabajan entre 41 a 60 horas, respecto a aquellas personas que trabajan entre 61 a 80 horas ( $P \leq .05$ ), como se muestra en la **Tabla 19**. Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de *salud mental pobre* (.016  $P \leq .05$ ) y *estrés social* (.008  $P \leq .01$ ), respecto a la variable categórica de sexo, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ).

La **Tabla 20**, indica las diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de *médicos* con cada una de las escalas del Inventario IDARE: ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey, respecto a las variables categóricas. En ella se observa que se encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre la escala de *ansiedad rasgo* (.036  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de edad; las diferencias se encontraron entre aquellas personas que se ubicaron en un rango de edad entre 20 a 29 años respecto al rango de edad entre 40 a 49 años ( $P \leq .05$ ) como se muestra en la **Tabla 21**.

Por otra parte, se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la escala de *salud mental pobre* (.016  $P \leq .05$ ) y *estrés en el trabajo* (.045  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de sexo, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ). También se entraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala de *estrés personal* (.045  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de estado civil y entre la escala de *buena salud mental* (.023  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de pareja, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ), en ninguna de las escalas. Así mismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre la escala de *buena salud mental* (.032  $P \leq .05$ ) y *ansiedad rasgo* (.035  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de antigüedad, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ). Por último, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la escala de *ansiedad rasgo* (.017  $P \leq .05$ ), respecto a la variable categórica de presión diastólica, no encontrándose diferencias entre grupos con la prueba post-hoc de Tukey ( $P \leq .05$ ).

TABLE 20

ANOVA MÉDICOS n= 52					
VARIABLE CATEGÓRICA	VARIABLE	gl	MS	F	Sig.
EDAD	ANSIEDAD RASGO				
	Entre grupos	2	273.888	3.579	.036 *
Intra grupos	48	76.520			
SEXO	SALUD MENTAL POBRE				
	Entre grupos	1	944.741	6.200	.016 *
	Intra grupos	50	152.386		
	ESTRES EN EL TRABAJO				
Entre grupos	1	639.744	4.237	.045 *	
Intra grupos	50	150.975			
ESTADO CIVIL	ESTRES PERSONAL				
	Entre grupos	3	383.328	2.896	.045 *
Intra grupos	47	132.366			
PAREJA	BUENA SALUD MENTAL				
	Entre grupos	1	617.011	5.493	.023 *
Intra grupos	49	112.326			
ANTIGÜEDAD	BUENA SALUD MENTAL				
	Entre grupos	4	313.154	2.910	.032 *
	Intra grupos	43	107.596		
	ANSIEDAD RASGO				
Entre grupos	4	196.647	2.855	.035 *	
Intra grupos	43	68.870			
PRESION DIASTÓLICA	ANSIEDAD RASGO				
	Entre grupos	9	168.727	2.619	.017 *
Intra grupos	42	64.417			

\*\*\* =  $P \leq .001$ , \*\* =  $P \leq .01$  \* =  $P \leq .05$

Diferencias entre el grupo de médicos en cada una de las escalas del Inventario IDARE: escalas de ansiedad rasgo (SXR) y estado (SXE) y las Escalas del SWS-Survey

**TABLA 21 TUKEY**

EDAD / ANSIEDAD RASGO	
EDAD	40-49 AÑOS
20-29 AÑOS	*

(\* =  $P \leq .05$ ) Indica diferencias significativas entre los grupos.



## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Como hemos analizado a lo largo de esta investigación, el estrés y la ansiedad son dos factores que pueden afectar a las personas en diferentes áreas de su vida personal, como lo son el área física, emocional, social y laboral.

Enfrentarse a estos dos factores es algo indiscutible, puesto que vivimos en un medio ambiente en constante desarrollo y cuyas exigencias socio-profesionales, laborales y sociales influyen en la conducta y estilo de vida de las personas. De esta manera, tanto el estrés como la ansiedad demandan a los individuos una continua adaptación que repercute en su salud física, psicológica, social y laboral.

Por ello, se estudió con detenimiento la posible relación entre ambos factores y su repercusión en la salud física y psicológica de los individuos dentro de un ambiente hospitalario, analizando los factores de apoyo como moduladores del estrés y la ansiedad, reportándose lo siguiente:

Existe una alta *confiabilidad* en los instrumentos SWS-Survey y el Inventario IDARE, obteniendo un alpha de Cronbach en cada una de las escalas mayor a .80 ( $P \leq .05$ ), lo que nos indica, que la consistencia interna de ambos instrumentos, es aceptable, como se observa en la **Tabla 6**.

En cuanto al Inventario **IDARE** de Ansiedad Rago-Estado, se encontró que los puntajes de ansiedad estado (35.26) son mayores a los puntajes de ansiedad rasgo (33.96), como se muestra en la gráfica 13, lo que sugiere que el total de la población presenta mayor cantidad de ansiedad referente a estados emocionales transitorios que con el tipo de respuesta que proporcionan ante los estímulos amenazantes; esto puede estar relacionado al tipo de trabajo que desempeñan, que implica una adaptación constante hacia a los estímulos que enfrentan diariamente.

De esta manera, se encontró que los *médicos* y *paramédicos* reportan un mayor puntaje en la escala de ansiedad estado en comparación con la escala de ansiedad rasgo, lo que se encuentra asociado directamente con el papel que desempeñan y las tareas que deben cumplir (Ivancevich y Mattenson, 1985) como lo son la responsabilidad y toma de decisiones sobre la atención, diagnóstico y tratamiento oportuno al primer contacto con los pacientes (Jones, Michael R., 1995), generando así una mayor cantidad de ansiedad estado; lo que no se observó en el grupo de

*enfermería*, donde la relación es viceversa, reportándose un puntaje mayor en la escala de ansiedad rasgo a comparación de la ansiedad estado; uno de los factores que podría estar influyendo en estos resultados, es que el contacto menos directo al inicio del diagnóstico y tratamiento de enfermedades y más el contacto constante con los pacientes a lo largo de su recuperación es el tipo de ansiedad al que se enfrenta éste grupo.

Esto se encuentra asociado directamente con los puntajes relacionados con la **presión arterial sistólica**, se encontró que los paramédicos y los médicos reportaban puntajes mayores a comparación del grupo de enfermeras; al obtener las medias de las edades de cada uno de los grupos, se encontró que los médicos se encuentran en un rango de edad entre los 20 a 29 años, en comparación con los paramédicos y las enfermeras que se encuentran en un rango de edad entre los 30 y 39 años; según los valores normales de la presión arterial sistólica los médicos (117) y los paramédicos (116) se encuentran en un rango normal de presión sistólica (120), pero las enfermeras se encuentran en un nivel más bajo (107), siendo el esperado de 120 a 125, como se muestra en la gráfica 9. Si la presión aumenta transitoriamente después de esfuerzos físicos o choques emocionales (generalmente sólo en lo que se refiere a la presión arterial sistólica), las enfermeras al no estar en contacto directo con estímulos de primer impacto como los médicos y los paramédicos, su presión arterial es más baja.

Por otra parte, de acuerdo a la **Tabla 2** de baremos para calificar el SWS, se encontró que la población general de la Cruz Roja Mexicana se encuentra en un nivel medio, respecto a las escalas de *apoyo* (social,  $X=89.83$  percentil 40; laboral,  $X=89.60$  percentil 40 y personal,  $X=89.05$  percentil 40); *buena salud mental* ( $X= 94.70$ , percentil 40); *pobre salud mental* ( $X=48.86$ , percentil 50) y *estrés* (social  $X=50.26$ , percentil 50; laboral  $X= 60.56$ , percentil 60 y *estrés personal*  $X=55.05$ , percentil 60), lo cual indica que la interacción de la persona con su medio ambiente social y físico en el cual se desenvuelve, puede estar influyendo en el grado en que un estresor esté afectando o no, la salud y las relaciones sociales, lo que implica a corto y/o largo plazo un mayor desgaste físico y psicológico que se ve reflejado en los puntajes de estrés (Tronch,1982). Se piensa que para mediar ambos tipos de estrés, los individuos que conforman la muestra utilizan los diferentes tipos de apoyos para poder hacer frente a los estresores, lo que se observa al obtener niveles medios en los resultados de ambas escalas (estrés y apoyo).

Se encontró que el personal *médico* ( $X=64.10$ , percentil 80), *paramédico* ( $X=60.05$ , percentil 70) y de *enfermería* ( $X=58.89$ , percentil 70), reportan un alto nivel de estrés personal; estos

resultados podrían ser atribuidos, a las funciones y responsabilidades que implica su trabajo, la presión social que existe sobre ellos, la gran carga de trabajo que deben desempeñar con los pocos o muchos recursos con los que la Institución cuenta y por último al ritmo de trabajo que desempeñan.

Respecto al grupo de enfermería, se encontró que es el grupo que posee *menor apoyo* (laboral,  $X=88.02$ ; social  $X=87.57$  y personal  $X=86.04$ ) en comparación con los médicos y paramédicos. También se encontró que las enfermeras, poseen *mayor estrés social* ( $X=50.27$ ) y *laboral* ( $X=54.92$ ) en comparación con el grupo de paramédicos. Estos resultados podrían ser atribuidos en función del género de los grupos, si bien el grupo de enfermeras en su mayoría está compuesto por mujeres y, por ello, la carga social que se les atribuye, obligaciones y deberes, como son el cuidado de los hijos, el hogar, los conflictos entre la casa y el trabajo, las frustraciones con la propia organización y los procesos directivos, como menciona Luo y Chi (1997) podrían influir en una mayor carga de estrés en este grupo. Por otra parte, al obtener los puntajes más bajos en las escalas de apoyo en comparación con los otros grupos, podría relacionarse con un puntaje bajo en la escala de buena salud mental ( $X=92.27$  percentil 30), lo que reflejaría una menor autoconfianza y habilidad para manejar y controlar eventos de su vida, y que podría implicar posiblemente baja autoestima en el grupo de enfermería.

A pesar de lo anterior, los puntajes que reportan los tres grupos se ubican en un nivel medio tanto en las escalas de apoyo, como de estrés y salud mental, (de acuerdo a la Tabla 1 de baremos del SWS); lo que nos sugiere pensar, de que a pesar de la actividad realizada por el personal de salud que implica el contacto con situaciones estresantes y que por lo tanto están expuestos a los factores de estrés, los datos muestran que la relación que se presenta está siendo equilibrada posiblemente por los factores de apoyo, lo que nos indica que existe una adaptación y un buen manejo del estrés.

En cuanto a las *correlaciones*, entre ambos instrumentos se encontró, que existe una relación significativa entre los niveles de estrés y ansiedad respecto a las escalas del Inventario IDARE con las escalas del instrumento SWS-Survey, en donde se observa una correlación positiva con las escalas de estrés (en el trabajo, social y personal), de ansiedad (rasgo y estado) y la escala de salud mental pobre ( $P \leq .01$ ,  $P \leq .05$ ); lo que sugiere que a mayor estrés existirá mayor ansiedad y, que aquellas personas con una salud mental pobre se verán influenciadas más directamente por los factores de ansiedad. Por otra parte, las escalas de apoyo (social, laboral y personal) ( $P \leq .01$ ,  $P \leq .05$ ); sugieren una relación inversa con las escalas de ansiedad como se muestra en la tabla 6; lo que

concuera con la teoría acerca de que los apoyos proporcionan un soporte frente a los efectos del estrés y la ansiedad reduciendo sus síntomas, de tal forma que a mayor apoyo menor ansiedad, y por tanto una mejor salud mental.

De acuerdo con Swanson, V; Power, K.G., (1998) algunos estresores son comunes para ambos géneros, encontrándose en este caso, que la ansiedad influye en la buena salud mental y que se relaciona directamente con el estrés (social, personal y laboral) para ambos sexos, como se muestra en la tablas 10 y 11. En estos resultados, se observó nuevamente que, a mayor apoyo social menor ansiedad, lo que puede ser visto, en términos de función social, como un aspecto del afrontamiento de las situaciones estresantes y que de acuerdo con Ocampo (1996), es una parte fundamental para que los individuos en una situación de estrés posean cierto grado de control sobre la misma.

Por último, el análisis de varianza (ANOVA), mostró que existen diferencias estadísticamente significativas entre las escalas de ambos instrumentos y que son diferentes para cada uno de los grupos estudiados; de esta manera se observó que el grupo de médicos y paramédicos poseen mayor apoyo personal en comparación con las enfermeras, lo que se refleja en un equilibrio, o mantenimiento de la presión arterial; el grupo de médicos presenta mayor estrés en el trabajo y mejor salud mental a comparación del grupo de enfermería; que el grupo de médicos presenta mayor ansiedad estado en comparación con los otros grupos, y por último, que el grupo de enfermería presenta mayor ansiedad rasgo en comparación con el grupo de paramédicos; como se puede apreciar, esta información concuerda con los datos obtenidos al principio por las escalas del inventario IDARE y el Instrumento SWS, lo que corrobora los resultados obtenidos.

Al realizar un análisis más específico en cada uno de los grupos respecto a los factores de estrés y ansiedad se encontró que, en el caso de los *paramédicos*, existen diferencias estadísticamente significativas entre el estrés personal y la variable categórica de edad, en donde se observa que las personas que se encuentran dentro de un rango de edad de 15 a 19 años presentan mayor estrés personal que aquellas personas que se encuentran en los rangos de edad de entre 40 a 49 años de edad.

La dinámica del trabajo que desempeñan los paramédicos implica el contacto directo con situaciones estresantes, como encontrarse en el lugar de un accidente, realizar rescates en diferentes escenarios, atender a las personas en situaciones de desastres, son ejemplos de algunas de ellas; en este caso se encontró que las personas de menor edad se ven más afectadas en cuanto al estrés

personal al realizar su trabajo; lo que podría explicarse por la inexperiencia ante la labor que desempeñan (Hillhouse, 2000) y por otra parte, a los recursos que posee la persona para manejar las demandas específicas externas e internas que se le presenten (Lazarus & Folkman 1991).

En el caso del grupo de *enfermería* se encontró que un buen manejo en los niveles de ansiedad se reflejan en la forma de sobrellevar el estrés dentro del trabajo, y que la forma de responder ante las situaciones amenazantes se refleja en la buena salud mental de cada uno de los individuos.

De esta manera, se observó que aquellas personas que se encuentren en los rangos de edad entre 20 a 29 años y entre 40 a 49 años reflejarán una mejor salud mental que aquellas personas con mayor de 50 años; esto sugiere que aquellas personas mayores a 50 años presentan un mayor desgaste tanto físico como psicológico y por tal razón se encuentran más vulnerables a los factores de estrés y ansiedad, que en este caso se reflejan en una baja salud mental.

Por otro lado, se encontró que aquellas enfermeras que se encuentran en un rango de edad entre 15 y 19 años presentan mayor ansiedad ante los eventos que se le presentan dentro del trabajo; lo que se atribuye a la falta de experiencia en cuanto a la atención y cuidado de los pacientes; así mismo, se encontró que aquellas que se encuentran en un rango de edad entre 20 y 29 años y entre 40 y 49 años gozan de un mayor apoyo personal y social, que podría atribuirse que al poseer ya una experiencia dentro del área de enfermería poseen ciertos estatus social en su grupo.

En cuanto a las horas trabajadas, se encontró que aquellas enfermeras que le dedican a su trabajo un promedio de 41 a 60 horas a la semana, poseen mayor estrés social y salud mental pobre que aquellas enfermeras que trabajan menos de 20 horas; que se atribuye a la relación entre las demandas del trabajo y su vida no laboral; por una parte las demandas de trabajo implican una constante adaptación, y por otra parte, las actividades que implica el rol de madre y esposa; que generan conjuntamente una fuente importante de estrés, y que a corto o largo plazo puede repercutir en la salud mental de éste grupo. Así mismo, se encontró que aquellas enfermeras que trabajan de 41 a 60 horas a la semana poseen mayor apoyo en el trabajo y buena salud mental que aquellas que trabajan de 61 a 80 horas a la semana.

Por último, en el caso de los *médicos* al tener un buen manejo de los niveles de estrés y ansiedad, éstos no repercuten en la salud mental de los individuos, utilizando muy posiblemente los diferentes apoyos para amortiguar los efectos estresantes de su trabajo y proporcionándoles los recursos

necesarios para adaptarse en su trabajo. Por otra parte, se encontró que la edad se relaciona con los puntajes obtenidos en la escala de ansiedad rasgo, encontrándose que aquellos médicos jóvenes presentan más ansiedad que aquellos que poseen más edad. Esto se atribuye a la inexperiencia que poseen (Hillhouse,2000) y por ende a las pocas herramientas con las que pueden contar para el trato diario con su trabajo, de tal forma que la toma de decisiones y el rol que desempeñen, son factores que en este caso se reflejan en ansiedad.

Con todo lo anterior, podemos observar que estos tres grupos encargados del cuidado de la salud son susceptibles como cualquier persona ante los factores de estrés y ansiedad; y posiblemente ser más vulnerables que aquellas, por la actividad misma que desempeñan afectando tanto su vida personal como también el área social, laboral, física y emocional, que a corto y largo plazo puede repercutir en la salud y desempeño de cada uno de los individuos. A continuación, en el siguiente apartado se presentarán las conclusiones finales de la presente investigación.

## CONCLUSIONES

En base a los planteamientos comentados al principio de la presente investigación acerca de la posible relación entre los niveles de estrés y ansiedad del personal médico, paramédico y de enfermería que trabajan en la Cruz Roja Mexicana y acerca de la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de estrés y apoyo en relación con las variables categóricas se concluyó lo siguiente:

1. Ambos instrumentos mantienen una consistencia interna aceptable, como se muestra en el análisis del alpha de Cronbach, demostrando así la alta confiabilidad de ambos instrumentos.
2. Las escalas del Inventario IDARE ansiedad rasgo-estado, correlacionan significativamente con las escalas del Instrumento SWS-Survey, donde se observa la relación que a mayor estrés existirá mayor ansiedad y, que aquellas personas con una salud mental pobre se verán influenciadas más directamente por los factores de ansiedad.
3. Por otra parte, las escalas de apoyo (social, laboral y personal) sugieren una relación inversa con las escalas de ansiedad; lo que concuerda con la teoría acerca de que los apoyos proporcionan un soporte frente a los efectos del estrés y la ansiedad reduciendo sus síntomas, de tal forma que a mayor apoyo menor ansiedad, y por tanto una mejor salud mental.
4. En segundo lugar, se encontró que los niveles de estrés y ansiedad a pesar de no ser altos, influyen en la salud mental de las personas; de tal manera que a mayor puntaje en las escalas de estrés y ansiedad menor puntaje en la escala de buena salud mental.
5. Por otra parte, sobre la base de los resultados obtenidos, se encontró que ambos factores se comportan diferente respecto a cada uno de los grupos; en este caso, se concluyó que existe más ansiedad estado en el personal médico y paramédico a comparación del grupo de enfermería, donde se reporta mayor ansiedad rasgo a comparación de los otros dos grupos, lo cual se relaciona con la presión arterial sistólica.
6. De igual forma, se encontró que el grupo de médicos es el grupo que se encuentra más expuesto a los factores de estrés y ansiedad, pero también son los que poseen mayor apoyo (personal, social y

laboral); a comparación del grupo de enfermería, que se presenta como el grupo que obtuvo los puntajes más bajos en las escalas de apoyo, en relación con los médicos y paramédicos.

7. El sexo, estado civil, la edad, la escolaridad, la antigüedad, las horas trabajadas, el turno y la presión arterial, se relacionan significativamente con los niveles de estrés y ansiedad, siendo éstas diferentes dependiendo del grupo al que pertenecieran.

8. Se comprueba la existencia de altos puntajes en las escalas de estrés (personal) en los médicos, paramédicos y de enfermeras. El que solo se observara puntajes altos en la escala de estrés personal, podría atribuirse a que esto es de manera individual y diferente en cada uno de los individuos, puesto que refleja los comportamientos (que incluyen emociones) a los que cada persona se encuentren expuestos; por otra parte, no se reportó altos puntajes en las otras escalas de estrés (social y laboral) lo que sugiere pensar que los factores de apoyos y de afrontamiento adaptativo disminuyen el impacto del estrés y la ansiedad en el personal de salud; inhibiendo las conductas de riesgo y reforzando las conductas dirigidas a una buena salud mental.

Con todo lo anterior se concluyó que el personal de salud que trabaja en un ámbito hospitalario por la propia actividad que su trabajo implica, podría encontrarse expuesto a los factores de estrés y ansiedad, que a corto y/o largo plazo repercutiría en el individuo de manera personal, tanto física como psicológicamente, y cuyas consecuencias se podrían reflejar en el ámbito social y laboral; de no contar con los suficientes factores de apoyo y la adopción de conductas de afrontamiento adaptativas, podría repercutir seriamente en su salud mental, lo que afortunadamente no se presentó en esta población.

El conocer las situaciones de apoyo y estrés que rodean a esta población, hacen que una de las actividades más importantes de psicólogo se enfoque a la de prevención y diagnóstico oportuno de aquellos factores asociados que puedan afectar la salud mental de las personas, promoviendo la utilización de conductas saludables, el cambio del estilo de vida, empleando programas de apoyo, cuyo objetivo sea reducir o encausar el estrés para que no se convierta en un estrés disfuncional, sino funcional.

### **Limitaciones del estudio**

- El tipo y tamaño de la muestra no permite generalizar los resultados a otras poblaciones.



- ❑ Una de las variables que pudo haber influido en las respuestas de ambos instrumentos, fue el horario de aplicación; siendo éste dentro de su hora de trabajo, que implicaba en algunas ocasiones horarios muy tarde (turno nocturno) o muy temprano (horario matutino).
- ❑ Referente al Inventario IDARE, al no contar con baremos adecuados para calificar al personal de salud se prefirió utilizar los puntajes crudos, para evitar un sesgo en las calificaciones; sin embargo, se obtuvieron las normas locales y los datos percentilares de esta muestra, que podría ser complementada con otras investigaciones futuras (Anexos).

### Recomendaciones para futuras investigaciones

- ⇒ Sería interesante llevar a cabo una investigación similar en la cual se pudiera igualar la muestra por departamentos, para poder comparar si los puntajes de estrés y ansiedad varían dependiendo del área de trabajo donde labore el personal de salud.
- ⇒ De igual manera, sería interesante igualar la muestra por géneros de los diferentes grupos, para poder analizar si éste es un factor determinante de los puntajes obtenidos en ambos instrumentos y su relación con las variables categóricas.
- ⇒ También podría tratarse de comparar los resultados obtenidos por el personal de hospitales tanto del sector público como privado, considerando nuevamente los tres departamentos (médico, paramédico y de enfermería) de los diferentes turnos de trabajo.
- ⇒ Por otro lado, se sugiere la posibilidad de que al hacer las aplicaciones en los diferentes turnos de trabajo, el personal se encuentre en condiciones favorables para realizarlo, citándolos a una hora conveniente antes o después de su turno de trabajo, y de ser posible de manera colectiva.
- ⇒ Por último, sería conveniente complementar la aplicación con otros instrumentos que permitan analizar otros factores asociados a las respuestas de estrés y ansiedad, como lo son el desempeño laboral, los estilos de afrontamiento, el clima laboral, etc.,

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelheid A. M. Nicol y Penny M. Pexman (1999) "Presenting your findings. A practical Guide for Creating Tables", American Psychological Association, United Estates of America, 157 p.
- Aldwin, C. M. Y Revenson, T.A. (1987), "does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health", Journal of Personality and Social Psychology, 53, 337-348, citado en Alvaro José Luis, Garrido Alicia, Torregrosa José Ramón (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Alexander, D., Monk, J. S. y Jonas, P., (1985), "Occupational stress, personal strain, and coping among residents and faculty members", Journal of Medical Education, 830-839, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study", Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. V, p.63, 11 p.
- Alloway, R. Y Bebbington, P. (1987), "The buffer theory of social support: A review of the literature", Psychological Medicine, 91-108, citado en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill. Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Antony S.R. Manstead y Miles Hewstone, (1995), "The blackwell Encyclopedia of Social Psychology", USA, Editorial Blackwell, p. 27,91-92,608-609,673.
- Arias Galicia, (1990) "Investigaciones sobre el IDARE en cuatro paises latinoamericanos" Argentina, Ecuador, México y Perú", Revista Intercontinental de Psicología y Educación Vol. III (1-2), 49-85.
- Arias Galicia, (1991) "Tres experimentos sobre el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE)", Revista Intercontinental de Psicología y Educación, Vol. I (2), Dec. , 267-289.
- Avison R. William y Gotlib H. Ian (1994), "Stress and Mental Health", Plenum Press, New York and London.
- Barrera, M., Sandeler, I.N. y Ramsay T.B. (1981), "Preliminary development of a scale of social support. Sutides on collage students", American Journal of Community Psychology, 9, 435-447, en

- Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM
- Barrio, F.; Basabe, N. Y, (1989), "Alienación y afectividad", en A. Echebarría y D. Páez (Eds.). Emociones: Perspectivas psicosociales. Madrid, Fundamentos, citado en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
  - Barrón, a. (1990). "Estrés vital, apoyo social y creencias de salud", en S. Barriga, J.M., M.F. Martínez e I.F. Jiménez (Comp.), Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social. Sevilla: Sedal, 1990, 197-218, citado en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
  - Barrón, A. y Chacón, F. (1992), "Apoyo Social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos". Revista de Psicología social, 7 (1), 53-60, citado en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
  - Baruch, G. K., Biener, L. y Barnett, R. C., (1987), "Women and gender in research on work and family stress". American Psychologist, 42, p. 130-136, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational estrés and family life: A comparison of male and female doctors", Jomal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24 p.
  - Berkman, L.F. (1984), "Assesing the physical health effects of social networks and support", Review of Public Health, 5, 413-432, citado en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
  - Broadhead, W.E.; Kaplan, B.H.; Sherman, A.J.; Wagner, E.H.; Schoenback, V.J.; Grimson, R.; Heyden, S.; Tibblin, G. Y Gehlbach, S.H. (1983). "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health", American Journal of Epidemiology, 117, 521-537, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
  - Brobeck John R., (1982), "Bases fisiológicas de la práctica médica", Editorial Panamericana, Argentina.
  - Brown, G. W. Y Harris T. (1978), "Social origins of depression: a study of psychiatric disorderin women", London, Tavistock, en Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM

- Bueche, F. (1977), "Principles of Physics", New York, Mc. Graw-Hill, p. 195, en Spielberger (1979) "Tensión y Ansiedad", Cap. 1, p.9, Editorial Harper y Row Latinoamericana.
- Buendía José, (1998), "Estrés Laboral y Salud", Biblioteca Nueva, Madrid.
- Bunch, W. H., Dvonch, V. M., Storr, C. L., Baldwin, D. C., y Hughes, P. H., (1992), "The stresses of surgical residency", Journal of Surgical Research, 53, 268-271, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study", Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. V, p.63, 11 p.
- Cambell, D. J., Cambell, C. M. Y Kennard, D. (1994), "The effects of family responsibilities on the work commitment and job performance of non-professional women", Journal of Occupational and Organizational Psychology, 67, p. 283-296, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational estrés and family life: A comparison of male and female doctors", Journal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24 p.
- Caplan G. (1974), "Support systems and community mental health", New York, Behavioral Publications, en Guillén Moreno y Palomares Ramirez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM
- Carver, C.S.; Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989) "Assessing coping strategies: a theoretically based approach", Journal of Personality and Social Psychology, 56, 267-283, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Cassel, J. (1976), "The contribution of the social environment to host resistance", American Journal of Epidemiology, 104, 107-123, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Cobb, s. (1976), "Social support as a moderator of life estrés", Psychosomatic Medicine, 38, 300-314, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Coffin Cabrera Norma (1999), "Relación entre apoyo social, farmacodependencia y rendimiento académico en estudiantes universitarios", Tesis Maestría. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Costa, M. Y López, E. (1986), "Salud comunitaria", Barcelona: Martínez Roca, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.

- ❑ Cooper, G. Phyllis, R.N., y Clinical Reference Systems. (1995-2000), "Anxiety", Published by Clinical Reference Systems, a division of HBO y Company.
- ❑ Cox; Hohn Dolan, D.S.W. The University of Utah, (1980), "Occupational stress and individual strain: a social-psychological study of emergency medical personnel", Dissertation Abstracts International. Vol. 41 (6-A), Dec. 1980, 2768.
- ❑ Chagoya Flores, Leticia y Maza Aguirre Amalia (1980) "Estudio comparativo de la ansiedad con el instrumento IDARE. Antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de personas en salas de terapia intensiva", Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México.
- ❑ Deary, Ian J., Blenkin, Harriet (1996), "Models of job-related stress and personal achievement among consultant doctors", British Journal of Psychology, Feb96, Vol. 87, p.27
- ❑ "Diccionario de Medicina Mosby" (1994), Editorial Océano, España.
- ❑ "Diccionario Médico" (1982), 2ª edición, Editorial Salvat, España.
- ❑ Dudet Lions Claudette (1999), "La construcción social de la Salud-Mental", Tesis Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- ❑ Fisher, C.S., (1992), "To dwell among friends: Personal networks in town and city", Chicago, University of Chicago Press, en Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM
- ❑ Friedman M., Rosenman L. Y Rosenman R. H. (1959) "Association of specific overt behavior with blood and cardiovascular findings", Journal of the American Medical Association, 169, 1286-1296.
- ❑ García Silberman S. (1993), "El significado psicológico y social de la salud y la enfermedad mentales", Tesis de Maestría, UNAM.
- ❑ Gopal K. Kanji (1993), "100 Statistical Test", Sage Publications, 216 p
- ❑ Guillén Gestoso Carlos (et.al.) (2000) "Psicología del trabajo para relaciones laborales", McGraw-Hill, España.
- ❑ Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM

- Grau Abalo, Jorge (et. al.) (1993), "Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal", Revista Interamericana de Psicología, Vol. 27(1), 37-57.
- Grant D. Harvey y Murray, H. Robert (1993), "Servicios Médicos de urgencia y Rescate", Editorial Utea, México.
- Gutiérrez, R.E., Ito, C., Contreras Ibañez y F. Atenco (1995), "Validez de constructo de las escalas de Salud Mental del SWS: Psicología y Salud del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana", Vol. 6, julio-diciembre.
- Gutiérrez R.E. y Osterman R.F., (1994) "Encuesta SWS-Survey de Estrés, Salud Mental y Trabajo".
- Guyton C. Arthur, (1971) "Tratado de Fisiología Médica", Editorial Interamericana, 4ª. Edición, México.
- Hernández Sampieri, R.(et.al.). (1994) "Metodología de la Investigación", McGraw-Hill, México.
- Herrera Jiménez, Luis F. Portero, Cabrera, Dalia; Horrúitiner, Reinaldo, García Medina Nela, (1987), "Algunas consideraciones sobre las situaciones que comúnmente generan ansiedad patológica y su relación con la ansiedad personal", Boletín de Psicología (Cuba), Vol. 10 (3), Sep-Dec, 3-16.
- Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study", Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.
- Huici, C. (1985), "Grupo social y comportamiento de salud y enfermedad", En J.F. Morales A. Blanco, C. Huici y J.M. Fernández (Comps.), Psicología Social aplicada, Bilbao: Desclée de Brouwer, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Ivancevich, J.M (1989) "Estrés y Trabajo", Editorial Trillas, México.
- Jex, s. M., Hughes, P., Storr, C., Balwin, D. C., Conard, S. y Sheehan, d. V. (1991), "Behavioral consequences of job-related stress among resident physicians: the mediating role of psychological strain", Psychological Reports, 69, 339-349, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study", Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.

- ❑ Jones, Michael, R., (1995), "Stress: a major problem for psysician executives", Physician Executive, Sep95, Vol. 21, p30.
- ❑ Johnson, J. J., (1989), "Female clerical workers' perceived stress and dissatisfaction as predictors of psychological distress", Women and Health, 15, p. 61-76, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors", Jornal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24 p.
- ❑ Kahn, R. L. Y Quinn, R. P., (1970), "Role stress. A framework for analysis", en *Mental health and work organizations*, McLean, a., dir., Rand McNally and Company, chicago, citado en Ivancevich, J.M (1989) "Estrés y Trabajo", Editorial Trillas, México.
- ❑ Kandel, D.B., Davies, M. Y Raveis, V. H. , (1985), "The stressfulness of daily social roles for women: Marital, occupational and household roles", Journal of Health and social Behaviour, 26, p. 64-78, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors", Jornal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24
- ❑ Kaplan, B.H.; Cassel, J. Y Gore, S. (1977), "Social support and health", Medical Care, 15,5, Suppl., 47-58, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Kapp, Marshall b., (1999) " Commentary: Anxieties as a legal impediment to the doctor-proxy relationship", Journal of Law, Medicine y Ethics, Spring99, Vol. 27, p.69.
- ❑ Kenny, T. Dianna, Carlson, G. John, McGuigan, F. Joseph, Sheppard, Jonh L., (2000), "Estrés and Health. Research and Clinical Applications", Harwood Academic Publishers, Volume 1, Singapore.
- ❑ Kobasa, S.C, (1979), "Stressfull life events, personality an health: An inquiry into hardiness", Journal of Personality and Social Psychology, 37, p. 1-11.
- ❑ Kopp, R., G. Y Ruzicka, M.F., (1993), "Women's multiple roles and psychological wellbeing", Psychological Reports, 72, p. 1351-1354, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors", Jornal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24
- ❑ Lazarus Richard, Susan Folkman, (1991) "Estrés y Procesos Cognitivos", Roca, Cap. 5-7, México.
- ❑ Luo Lu y Chi Shiau (1997), "Occupational stress in clinical nurses", Couselling Psychology Quarterly, Mar97, Vol. 10, p. 39.

- McLean, A.A., (1976), "Job estrés and the psycho-social pressures of change, personnel", p.40-49, citado en Ivancevich, J.M (1989) "Estrés y Trabajo", Editorial Trillas, México.
- Mazie, B. (1985), "Job stress, psychological health and social support of family practice residents", Journal of Medical Education, 60, 935-941, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study". Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.
- Mercado Cuellar Guillermo (1992) "Estrés, ansiedad y afrontamiento en el manejo de pacientes pediátricos quirúrgicos". Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- Monroe, s. M. (1983), "Social support and disorder: toward an untangling of cause and effect", American Journal of Community Psychology, 11, 1, 81-97, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Moss, R.H., (1988). "Life stressors and coping resources influence health and well-being", Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, 4, 133-158, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Nelson, D. L., Quick, J. C., Hitt, M. Y Moesel, D. (1990), "Politics, lack of career progress and work/home conflict: Stress and strain for working women", Sex Roles, 23, p. 169-185, en Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors", Journal of Occupational y Organizational Psychology, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24
- Ocampo, V.M., (1996) "Estrés y Desempeño Laboral", Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- OMSS: Comité de expertos en Educación Sanitaria (1969), "Planificación y Evaluación de los Servicios de Educación Sanitaria", Serie de Informes Técnicos, no. 1409, Geneve: OMSS, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Osler, W., (1910) "The Lumleian lectures on angina pectoris", The Lancet, I, 698. En Spielberger, C.D., (1979) "Tensión y Ansiedad", Editorial, Harper y Row Latinoamericana.
- Ovejero, A, (1990), "Apoyo social y salud", en Barriga, J.M, León, M.F. Martínez, e I.F. Jiménez (Comps.), Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social, Sevilla: Sedal, 135-158, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.



- ❑ Páez, D. (1986) "Salud Mental y Factores Psicosociales", Madrid: Fundamentos, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Ramirez Vargas, Aurora (1996), "Adaptación de la prueba de Ansiedad de Rasgo de Charles D.Spielberger", Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- ❑ Rebekah, Stratton-Powell, Hilary; et al., (1998), "The impact of training and support on stress among care staff in nursing and residential homes for the elderly", Journal of Mental Health, Feb98, Vol. 7, p59, 12p.
- ❑ Revicki, D. A., Whitley, T. W. y Gallery, M. E., (1993), "Organizational characteristics, perceived work stress, and depression in emergency medicine residents", Behavioral Medicine, 19, 74-81, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study", Psychology, Health y Medicine, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.
- ❑ Rodriguez-Marín, J. Y García-Rodríguez, J.A. (1995), "Estilos de vida y salud", en JAM Latorre Postigo (Comp.), Ciencias Psicosociales Aplicadas II, Madrid: Síntesis, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Rodriguez –Marín, J. (1990), "Apoyo social y salud", Libro de Simposio del III Congreso Nacional de Psicología Social, Santiago de Compostela: Tórculo A.G., 23-32, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Rodriguez-Marín, J.; Martínez, M. Y Valcárcel, P. (1990), "Psicología Social y Psicología de la Salud", en J. Rodríguez-Marín (Comp.), Aspectos psicosociales de la salud y de la comunidad, Barcelona: PPU, en Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Saranson R., Shearin E., Pierce G., y Saranson I. (1987), "interrelations of social support measures: Theoretical and practical implications", Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 52, No. 4, 813-832.
- ❑ Schutlz, D.P. (1985), "Psicología Industrial", McGraw-Hill, en Ocampo, V.M., (1996) "Eustrés y Desempeño Laboral", Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- ❑ Schwartz, a. J., Black, E. R., Goldstein, M. G., Jozefowicz, R. F., y Emmings, F. G. (1987), "Levels and causes of stress among residents", Journal of Medical Education, 62, 7444-753, citado en

- Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "*A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study*", *Psychology, Health y Medicine*, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.
- Schrandle, S.B. y Dougher, M.J., (1985), "*Social support as a mediator of stress: theoretical and empirical issues*", *Clinical Psychology Review*, 5, 641-661, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Selye, H. (1976), "*The Stress of life*", McGraw-Hill, New York
- Small, G. W. (1981), "*House officer stress syndrome*", *Psychosomatics*, 22, 860-869, citado en Hillhouse, J.J.; Adler, C.M.; Walters, D.N., (2000), "*A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study*", *Psychology, Health y Medicine*, Feb2000, Vol. 5, p.63, 11 p.
- Spielberger, C.D., y Díaz Guerrero, R (1975) "*IDARE. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado*", México, Manual Moderno.
- Spielberger, C.D., (1979) "*Tensión y Ansiedad*", Harper y Row Latinoamericana.
- Spielberger C. D., y Sarason G., (1976), "*Stress and anxiety*", 1ª. Edición, Vol. III y V, U.S.A.
- Stokes, Joseph P., (1983), "*The inventory of socially supportive behaviors: dimensionality, prediction, and gender differences*", *American Journal of Community Psychology*, Vol. 12, No. 1, 53-69.
- Stroebe, W. Y Stroebe, M.S., (1995) "*Social Psychology and Health*". Buckingham: Open University Press, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill. Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Swanson, V.; Power, K.G., (1998), "*Occupational stress and family life: A comparison of male and female doctors*", *Journal of Occupational y Organizational Psychology*, Sep98, Vol. 713, p. 237, 24 p.
- Taylor, S.E. (1990), "*Health Psychology. The Science and the Field*", *American Psychologist*, 45, I, 40-50, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- Thoits, P.A. (1982), "*Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress*", *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 145-159,

- ❑ Tortora J.Gerard y Anagnostakos Nicholas P. (1989), "Principios de Anatomía y Fisiología", Editorial Harla, México.
- ❑ Troch, A., (1982), "El estrés y la personalidad", Herder, Barcelona, citado en Ocampo, V.M., (1996) "Estrés y Desempeño Laboral", Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- ❑ Turcotte, P. H., (1986), "Calidad de vida en el trabajo. Antiestrés y creatividad", Editorial, Trillas, México, citado en Ocampo, V.M., (1996) "Estrés y Desempeño Laboral", Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM, México.
- ❑ Valencia, J.; Páez, D. Y Echevarría, A. (1989). "Teorías sociopsicológicas de las emociones", en A. Echebarría y D. Páez (Eds.). Emociones: perspectivas psicosociales. Madrid: Fundamentos, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Wagner, H. (1988) "Social Psychophysiology and Emotion", Chichester: Wiley and Sons, En Alvaro, Garrido, Torregrosa (1996), "Psicología Social Aplicada", Editorial Mc. Graw-Hill, Cap. 13-14, pags. 352-407, España.
- ❑ Wallston, B. S. And Alagn, SW., (1983), "Social support and psysical health", Health Psychology, 4, p. 367-391, en Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM
- ❑ Walker, K. N., Macbride, A. Y Vachon, M.L.S, (1977), "Social Support networks and the crisis of berevement", Social Science and Medicine, 11, p. 35-42, en Guillén Moreno y Palomares Ramírez (1999), "Las estrategias de afrontamiento y el apoyo social en pacientes con cáncer de mama, cervicouterino y testicular", Tesis de Licenciatura, UNAM
- ❑ Weinberg, Ashley, Creed, Francis (2000), "Stress and phychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff", Lancet, Vol. 355, p.533, 5p.
- ❑ Wilcox, Brian L., (1981), "Social support, life stress and psychological adjusment: a test of the buffering hypothesis", Americal Journal of Community Psychology, Vol. 9, No. 4, 371-386.

# I D A R E

SXE

## Inventario de Autoevaluación

por C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutía, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo.

Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente* *ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado.....	①	②	③	④
2. Me siento seguro .....	①	②	③	④
3. Estoy tenso.....	①	②	③	④
4. Estoy Contrariado .....	①	②	③	④
5. Estoy a gusto .....	①	②	③	④
6. Me siento alterado .....	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo .....	①	②	③	④
8. Me siento descansado .....	①	②	③	④
9. Me siento ansioso .....	①	②	③	④
10. Me siento cómodo .....	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo .....	①	②	③	④
12. Me siento nervioso .....	①	②	③	④
13. Me siento agitado .....	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" .....	①	②	③	④
15. Me siento reposado .....	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho .....	①	②	③	④
17. Estoy preocupado .....	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido .....	①	②	③	④
19. Me siento alegre .....	①	②	③	④
20. Me siento bien .....	①	②	③	④

# IDARE

SXR

## Inventario de Autoevaluación

por C.D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz Guerrero

**Instrucciones:** Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien.....	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente .....	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar .....	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo .....	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente .....	①	②	③	④
26. Me siento descansado .....	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" .....	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas .....	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.....	①	②	③	④
30. Soy feliz .....	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho .....	①	②	③	④
32. Me falta confianza en sí mismo .....	①	②	③	④
33. Me siento seguro .....	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades .....	①	②	③	④
35. Me siento melancólico .....	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho .....	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan.....	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.	①	②	③	④
39. Soy una persona estable .....	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.	①	②	③	④

**SWS—SURVEY—forma GP<sup>(C)</sup> ( MÉXICO \*)**

(C) (copyright 1994, Rodolfo E. Gutiérrez & Robert F. Ostermann)

La finalidad de este cuestionario es establecer la relación entre factores personales, sociales y de trabajo. Es importante que usted conteste absolutamente todas las frases de una manera sincera. No hay respuestas ni buenas ni malas. Los datos serán manejados en forma estrictamente confidencial. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación. (Tiempo aproximado: 35 a 45 minutos).

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PUESTO: \_\_\_\_\_ D: \_\_\_\_\_ S: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_  
 DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Favor de marcar con una "X" la letra que lo describa

- 1.- Mi sexo es: A) Masculino B) Femenino
- 2.- Mi edad es entre: A) 15-19 B) 20-29 C) 30-39 D) 40-49 E) más de 50
- 3.- Soy: A) Soltero(a) B) Casado(a) C) Divorciado(a) D) Viudo(a) E) Unión libre
- 4.- Trabajo como: A) Obrero(a) B) Empleado(a) C) Vendedor(a) o comerciante D) Técnico E) Supervisor o Gerente  
 F) *Profesionista* G) *Trabajador(a) y estudiante* H) *Otro* \_\_\_\_\_
- 5.- Mi escolaridad es: A) Primaria B) Secundaria C) Técnico o comercio D) Bachillerato E) Licenciatura F) Posgrado
- 6.- Dependientes (hijos, hermanos u otros): A) Ninguno B) 1 a 3 C) 4 a 6 D) 7 a 9 E) Más de 9
- 7.- Mi turno de trabajo es: A) Matutino B) Vespertino C) Nocturno D) Rotación de turnos E) Mixto
- 8.- Horas trabajadas a la semana: A) Menos de 20 hrs. B) 20-40 hrs. C) 41-60 hrs. D) 61-80 hrs. E) más de 80 hrs.
- 9.- Mi nivel económico es: A) Muy bajo B) Bajo C) Moderado D) Alto E) Muy alto
- 10.- Mi nacionalidad es: \_\_\_\_\_

**SWS--SURVEY**

Para contestar esta sección, se presenta una columna de letras, cada letra tiene un valor que va de:

- A Nunca      B Casi Nunca      C Ocasionalmente      D Frecuentemente      E Muy Frecuentemente

Ahora, por favor lea con cuidado cada una de las frases siguientes. Marque con una "X" la opción que, en general, mejor refleje su situación.

EJEMPLO:

Voy al cine ..... A      B      C      ~~D~~      E

**SECCION I**

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1.- Pienso que la gente que me rodea es agradable y considerada .....    | A | B | C | D | E |
| 2.- Disfruto fiestas y celebraciones.....                                | A | B | C | D | E |
| 3.- Siento que las cosas que andan mal, a la larga mejoran .....         | A | B | C | D | E |
| 4.- Me impaciento conmigo mismo(a) y con los demás .....                 | A | B | C | D | E |
| 5.- Sé que con mi trabajo contribuyo con algo valioso .....              | A | B | C | D | E |
| 6.- Tengo hábitos nerviosos (tics) .....                                 | A | B | C | D | E |
| 7.- Lo que se tiene que hacer en el trabajo no tiene sentido .....       | A | B | C | D | E |
| 8.- Me es imposible ser lo que la gente espera de mí .....               | A | B | C | D | E |
| 9.- Siento que puedo manejar cualquier problema que se me presente ..... | A | B | C | D | E |
| 10.- Es fácil congeniar conmigo.....                                     | A | B | C | D | E |
| 11.- Oigo voces e imagino cosas inexistentes .....                       | A | B | C | D | E |
| 12.- El trabajo me aleja de mi familia .....                             | A | B | C | D | E |
| 13.- Sigo las costumbres y rutinas socialmente aceptadas .....           | A | B | C | D | E |
| 14.- Soy valiente y atrevido(a) .....                                    | A | B | C | D | E |
| 15.- Donde trabajo, mis errores podrian causar serios problemas .....    | A | B | C | D | E |
| 16.- Tan sólo hacer los trabajos rutinarios es un problema.....          | A | B | C | D | E |
| 17.- Me gustaría rendirme, pero no puedo .....                           | A | B | C | D | E |
| 18.- Siento que ayudo a mejorar el mundo con mi trabajo .....            | A | B | C | D | E |
| 19.- Si tengo problemas, los compañeros de trabajo me ayudarán .....     | A | B | C | D | E |
| 20.- En mi trabajo me resulta confuso lo que debo hacer .....            | A | B | C | D | E |
| 21.- Sueño despierto(a), me pierdo en fantasías .....                    | A | B | C | D | E |

A	Nunca	B	Casi Nunca	C	Ocasionalmente	D	Frecuentemente	E	Muy Frecuentemente
22.-	Mi trabajo se puede ajustar a mi vida familiar .....	A	B	C	D	E			
23.-	Encuentro muchas cosas interesantes que hacer .....	A	B	C	D	E			
24.-	La gente no está de acuerdo conmigo y me contradice .....	A	B	C	D	E			
25.-	Una de las cosas más importantes de mi vida es el trabajo .....	A	B	C	D	E			

SECCION II

26.-	Pienso que los demás me respetan .....	A	B	C	D	E			
27.-	Tengo amigos y compañeros buenos y leales .....	A	B	C	D	E			
28.-	Me preocupo por el trabajo aún cuando estoy en casa .....	A	B	C	D	E			
29.-	Me siento dividido(a) entre diversas responsabilidades sociales .....	A	B	C	D	E			
30.-	El trabajo me hace sentir importante y poderoso .....	A	B	C	D	E			
31.-	He perdido a alguien muy cercano a mí .....	A	B	C	D	E			
32.-	Tengo jaquecas, dolores de cuello/espalda por tensión .....	A	B	C	D	E			
33.-	Como, fumo o bebo café, en exceso .....	A	B	C	D	E			
34.-	Puedo ser castigado(a) sin razón .....	A	B	C	D	E			
35.-	Estoy de acuerdo en cómo se hacen las cosas en mi trabajo .....	A	B	C	D	E			
36.-	Le simpatizo y le agrado a la gente con quien trabajo .....	A	B	C	D	E			
37.-	Constantemente me quejo sin necesidad .....	A	B	C	D	E			
38.-	Tengo poco interés o placer por el sexo .....	A	B	C	D	E			
39.-	Soy firme y determinante en mis decisiones .....	A	B	C	D	E			
40.-	La gente en el trabajo sabe lo que hago y lo aprecia .....	A	B	C	D	E			
41.-	Me culpo a mí mismo(a), me disculpo, me justifico .....	A	B	C	D	E			
42.-	Tengo dificultad en empezar lo que tengo que hacer .....	A	B	C	D	E			
43.-	Impido que la gente se aproveche de mí y tome ventaja .....	A	B	C	D	E			
44.-	Tengo cambios de humor súbitos y frecuentes .....	A	B	C	D	E			
45.-	Evito algunos lugares, personas o actividades para no ser molestado(a) .....	A	B	C	D	E			
46.-	Me gusta hacer las cosas tan rápido como me es posible .....	A	B	C	D	E			
47.-	Considero que la vida en mi comunidad es ordenada y segura .....	A	B	C	D	E			
48.-	Tengo problemas de respiración, pulso o digestión .....	A	B	C	D	E			
49.-	Siento que haga lo que haga, no está bien hecho .....	A	B	C	D	E			
50.-	La gente en mi trabajo me encuentra defectos .....	A	B	C	D	E			

SECCION III

51.-	Por donde vivo, parece que no hay quien organice las cosas, no hay reglas .....	A	B	C	D	E			
52.-	Soy cuidadoso(a) y dedicado(a) con mi trabajo .....	A	B	C	D	E			
53.-	Mis actividades religiosas me dan fuerza .....	A	B	C	D	E			
54.-	El lugar donde trabajo es sucio, insalubre .....	A	B	C	D	E			
55.-	Siento que alguien cercano a mí, morirá próximamente .....	A	B	C	D	E			
56.-	En el trabajo no obtengo respuesta, ni buena ni mala .....	A	B	C	D	E			
57.-	Tengo dificultad para poner atención o recordar .....	A	B	C	D	E			
58.-	Siento que en el trabajo las personas dependen de mí .....	A	B	C	D	E			
59.-	La gente me insulta y se burla de mí .....	A	B	C	D	E			
60.-	Hay mucho peligro, violencia, crimen, etc., donde vivo .....	A	B	C	D	E			
61.-	Veó el lado bueno de las cosas .....	A	B	C	D	E			
62.-	Participo y disfruto del entretenimiento .....	A	B	C	D	E			
63.-	Hago lo que haga en el trabajo, es insuficiente .....	A	B	C	D	E			
64.-	Siento que no existe algo realmente malo en mí .....	A	B	C	D	E			
65.-	Me es difícil desprenderme de pensamientos que me molestan .....	A	B	C	D	E			
66.-	Es difícil que me dé por vencido(a) fácilmente, busco el lado bueno de la vida .....	A	B	C	D	E			
67.-	Pienso que tengo problemas personales que no me atrevo a contar .....	A	B	C	D	E			
68.-	Soy muy desorganizado(a) y dejo muchas cosas sin terminar .....	A	B	C	D	E			
69.-	Me canso fácilmente, me inquieto y tengo dificultad para dormir .....	A	B	C	D	E			
70.-	Me encierro en mí mismo(a), y evito a los demás .....	A	B	C	D	E			
71.-	Tengo arranques emocionales, me enojo, grito .....	A	B	C	D	E			
72.-	Cuido de mi apariencia, me mantengo limpio(a) y saludable .....	A	B	C	D	E			
73.-	Pertenezco a un grupo que se preocupa por mi bienestar .....	A	B	C	D	E			
74.-	Camino con paso ligero y vivaz .....	A	B	C	D	E			
75.-	Me preocupo por cosas sin importancia .....	A	B	C	D	E			

SECCION IV

76.-	Ignoro lo que va a pasar en el trabajo .....	A	B	C	D	E			
77.-	La gente con quien trabajo, no se interesa por mí .....	A	B	C	D	E			
78.-	Es probable que los jefes me hagan daño .....	A	B	C	D	E			
79.-	Es inútil esperar que las cosas salgan todo el tiempo como quiero .....	A	B	C	D	E			

Por favor continúe en la siguiente página ➔

A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

0.-Disfruto de herirme a mí mismo(a), o a otros .....	A	B	C	D	E
1.-Me rindo fácilmente y evado los conflictos .....	A	B	C	D	E
2.-Soy popular en mi comunidad .....	A	B	C	D	E
3.-Cuando hay problemas de trabajo, trato de resolverlos en equipo .....	A	B	C	D	E
4.-Me siento adaptado(a) a mi familia y amistades .....	A	B	C	D	E
5.-Mi trabajo es repetitivo, rutinario y aburrido .....	A	B	C	D	E
6.-Algunas personas con quienes trabajo, son mis mejores amigos .....	A	B	C	D	E
7.-Donde vivo las cosas van mal y no mejoran .....	A	B	C	D	E
8.-Investigo y ensayo cosas nuevas .....	A	B	C	D	E
9.-Me siento mal y sin esperanza de mejorar .....	A	B	C	D	E
10.-Mis problemas familiares van más allá de lo que puedo soportar .....	A	B	C	D	E
11.-Disfruto de cantar, silbar y/o bailar .....	A	B	C	D	E
12.-Pienso que en el trabajo fracaso porque tengo mala suerte .....	A	B	C	D	E
13.-Tengo que estar separado(a) de mi familia y de los que quiero .....	A	B	C	D	E
14.-Me es fácil relajarme, jugar y divertirme .....	A	B	C	D	E
15.-El trabajo me obliga a hacer cosas contrarias a mis principios .....	A	B	C	D	E
16.-Mi fe religiosa es muy fuerte .....	A	B	C	D	E
17.-Tengo confianza en mi habilidad .....	A	B	C	D	E
18.-El trabajo interfiere con mis otras responsabilidades .....	A	B	C	D	E
19.-Pertenezco a una familia unida .....	A	B	C	D	E
20.-El trabajo me hace sentir seguro(a) .....	A	B	C	D	E

SECCION V

01.-Me siento atrapado(a) .....	A	B	C	D	E
02.-Pienso que la policía realmente me protege .....	A	B	C	D	E
03.-Me importa poco lo que pasa, me doy por vencido, quisiera huir .....	A	B	C	D	E
04.-Mis ideas y creencias difieren de la mayoría de la gente que conozco .....	A	B	C	D	E
05.-Me siento satisfecho con mi vida sexual en esta etapa de la vida .....	A	B	C	D	E
06.-Aún cuando no sea mi responsabilidad, tengo que hacerme cargo de algo .....	A	B	C	D	E
07.-Es fácil que ocurran accidentes o errores en el trabajo si no tengo cuidado .....	A	B	C	D	E
08.-Sin importar lo que pase, siento que Dios proveerá .....	A	B	C	D	E
09.-Es seguro y confortable donde trabajo .....	A	B	C	D	E
10.-Siento que recibo muchas felicitaciones de la gente .....	A	B	C	D	E
11.-Tengo buen apetito .....	A	B	C	D	E
12.-Puedo canalizar mi estrés al trabajo productivo .....	A	B	C	D	E
13.-Mi hogar esta rodeado de cosas agradables y alegres .....	A	B	C	D	E
14.-Mi sueldo es adecuado .....	A	B	C	D	E
15.-Tengo miedo de perder el empleo .....	A	B	C	D	E
16.-Pienso que las dificultades que tengo, tienen una razón de ser .....	A	B	C	D	E
17.-En el trabajo no tengo oportunidad de descansar cuando me canso .....	A	B	C	D	E
18.-Tengo buena salud física .....	A	B	C	D	E
19.-Tengo demasiado trabajo que hacer .....	A	B	C	D	E
20.-Cuento con alguien que me ayuda .....	A	B	C	D	E
21.-Me recupero rápidamente de situaciones estresantes .....	A	B	C	D	E
22.-A veces finjo estar enfermo(a) para evitar cumplir con mi deber .....	A	B	C	D	E
23.-Hay tantos cambios en el trabajo que me confundo .....	A	B	C	D	E
24.-Tengo sueños y aspiraciones por una vida mejor .....	A	B	C	D	E
25.-Mi humor es equilibrado, no me molestan las altas y bajas de la vida .....	A	B	C	D	E

SECCION VI

26.-Me pongo en guardia, controlo mis emociones .....	A	B	C	D	E
27.-En general me siento satisfecho(a) con mi vida .....	A	B	C	D	E
28.-Me siento triste, deprimido(a), lloro con facilidad .....	A	B	C	D	E
29.-Se necesita de mucho para lograr que me enoje .....	A	B	C	D	E
30.-Río, sonrío, me siento feliz y despreocupado(a) .....	A	B	C	D	E
31.-Cuando me enoja, presiono a los demás .....	A	B	C	D	E
32.-En el trabajo puedo arreglar las cosas a mi conveniencia .....	A	B	C	D	E
33.-Me mantengo en buen estado físico .....	A	B	C	D	E
34.-Me es fácil relajarme .....	A	B	C	D	E
35.-Me siento amado(a) y atendido(a) .....	A	B	C	D	E
36.-En el trabajo, tengo que luchar para salir adelante .....	A	B	C	D	E
37.-El trabajo me da la oportunidad de mejorar .....	A	B	C	D	E
38.-Siento que el mundo ha sido bueno conmigo .....	A	B	C	D	E
39.-El tipo de trabajo que hago es demandante y no es respetado .....	A	B	C	D	E
40.-Donde trabajo tengo la oportunidad de aprender y mejorar .....	A	B	C	D	E

Por favor continúe en la siguiente página ➡



A Nunca B Casi Nunca C Ocasionalmente D Frecuentemente E Muy Frecuentemente

41.-Siento que puedo hacer realidad todos mis sueños .....	A	B	C	D	E
42.-El trabajo me ayuda a mantenerme saludable .....	A	B	C	D	E
43.-En el trabajo estoy contento(a) de hacer exactamente lo que tengo que hacer .....	A	B	C	D	E
44.-Mantengo la compostura en situaciones de conflicto .....	A	B	C	D	E
45.-Hay conflictos donde trabajo, la gente discute y pelea .....	A	B	C	D	E
46.-La vida a mi alrededor es confusa y desordenada (caótica) .....	A	B	C	D	E
47.-Tengo que mentir y engañar para lograr mis propósitos .....	A	B	C	D	E
48.-Estoy decidido (a) a ser el (la) mejor todo el tiempo .....	A	B	C	D	E
49.-Me he tenido que cambiar de diferentes lugares en donde he vivido .....	A	B	C	D	E
50.-Pienso que no puedo hacer todo lo que tengo que hacer .....	A	B	C	D	E

SECCION VII

51.-Puedo vivir solo(a) .....	A	B	C	D	E
52.-Mi trabajo es divertido y disfruto haciéndolo .....	A	B	C	D	E
53.-Evito que el trabajo gobierne mi vida .....	A	B	C	D	E
54.-Siento que mis metas son realistas y alcanzables .....	A	B	C	D	E
55.-La gente me está molestando .....	A	B	C	D	E
56.-Pienso que el gobierno se interesa por mi bienestar social .....	A	B	C	D	E
57.-Mis condiciones de vida no son saludables .....	A	B	C	D	E
58.-Estoy constantemente preocupado(a) por mis problemas .....	A	B	C	D	E
59.-En general, encuentro un lugar tranquilo y callado cuando lo deseo .....	A	B	C	D	E
60.-La gente no reconoce mis esfuerzos, nunca aprecia lo que hago .....	A	B	C	D	E
61.-A veces siento verdadero pánico y terror .....	A	B	C	D	E
62.-Me acompaña el recuerdo de padres y/o hijos .....	A	B	C	D	E
63.-Resuelvo mis problemas, pero estos persisten .....	A	B	C	D	E
64.-Me siento contento(a) conmigo mismo(a): me gusta ser como soy .....	A	B	C	D	E
65.-Realmente no hay nadie a quien quiera o quien me quiera .....	A	B	C	D	E
66.-En mi casa hay demasiada gente .....	A	B	C	D	E
67.-Tengo temor de que algo terrible vaya a pasar .....	A	B	C	D	E
68.-Estoy en tratamiento médico por problemas cardíacos o gastrointestinales.....	A	B	C	D	E
69.-El trabajo que hago me da satisfacción personal, dignidad y orgullo .....	A	B	C	D	E
70.-Tengo un sentido muy claro del bien y del mal .....	A	B	C	D	E
71.-Necesito que alguien me presione .....	A	B	C	D	E
72.-Acepto y disfruto mis responsabilidades sociales .....	A	B	C	D	E
73.-Endurezco los músculos faciales, frunzo el ceño .....	A	B	C	D	E
74.-Hay fiestas y celebraciones donde trabajo .....	A	B	C	D	E
75.-Tengo la oportunidad de ayudar a otros .....	A	B	C	D	E

SECCION VIII

76.- Culpó a otros por mis problemas y fallas .....	A	B	C	D	E
77.- Pienso que en el trabajo es un gran reto hacer lo que parece "imposible".....	A	B	C	D	E
78.- Debo trabajar aún cuando estoy enfermo(a) .....	A	B	C	D	E
79.- Me siento seguro en el vecindario o colonia .....	A	B	C	D	E
80.- Necesito mucho apoyo y estímulo .....	A	B	C	D	E
81.- Hay gente con quien puedo compartir mi vida con confianza .....	A	B	C	D	E
82.- Invento excusas para mis errores y fallas .....	A	B	C	D	E
83.- Puedo aceptar la presión cuando es necesario .....	A	B	C	D	E
84.- Tengo una relación sentimental intensa .....	A	B	C	D	E
85.- Me avergüenzo fácilmente .....	A	B	C	D	E
86.- Me muestro lleno(a) de energía y entusiasmo por la vida .....	A	B	C	D	E
87.- Sé que cualquier problema se resolverá de una manera u otra .....	A	B	C	D	E
88.- Disfruto las vacaciones y las fiestas .....	A	B	C	D	E
89.- Siento que mis condiciones de vida son buenas y mejoran constantemente .....	A	B	C	D	E
90.- Escondo mis decepciones y sentimientos de enojo .....	A	B	C	D	E
91.- Soy eficiente en mi trabajo y lo hago bien .....	A	B	C	D	E
92.- Me preocupo por las cosas por mucho tiempo, aunque sé que de nada sirve .....	A	B	C	D	E
93.- Reconozco que hay muchas cosas malas pero no me importa .....	A	B	C	D	E
94.- Mis juicios y decisiones determinan la mayor parte de mi vida .....	A	B	C	D	E
95.- Las cosas que hago con mis amigos me son muy estimulantes .....	A	B	C	D	E
96.- Puedo expresar mi malestar cuando algo me molesta .....	A	B	C	D	E
97.- Tengo una vida bien organizada y bajo control .....	A	B	C	D	E
98.- Me da pánico en las crisis y pierdo el control por un tiempo prolongado .....	A	B	C	D	E
99.- Me impongo metas muy altas y un ritmo acelerado, a veces audazmente .....	A	B	C	D	E
100.- La gente a mi alrededor es irritable, grita y pelea .....	A	B	C	D	E

(¡GRACIAS POR SU COOPERACIÓN!!)

**ANEXO 3**  
**NORMAS LOCALES**  
**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	<b>PARAMÉDICOS</b>				N=87
	HOMBRES		MUJERES		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
19	33	34	39	36	
20	34	34	39	36	
21	34	34	39	36	
22	36	35	39	36	
23	38	37	39	36	
24	39	38	39	39	
25	40	39	39	41	
26	41	41	40	41	
27	43	42	42	45	
28	44	44	44	46	
29	45	45	46	46	
30	45	46	48	50	
31	48	48	48	52	
32	49	49	48	54	
33	50	50	53	55	
34	51	52	55	55	
35	53	53	57	55	
36	54	54	58	55	
37	55	56	58	55	
38	56	57	63	55	
39	58	58	63	66	
40	59	60	63	66	
41	60	61	63	70	
43	63	61	63	70	
44	64	61	74	70	
45	65	67			
46	67	68			
48	67	71			
49	70	72			
50	70	73			
53	75	73			
56	79	73			
57	81	73			
60	81	87			

**ANEXO 4**

**NORMAS LOCALES**

**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	<b>ENFERMERAS</b>				N=83
	MUJERES		HOMBRES		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
20	30	36	40	40	
22	33	36	40	40	
23	34	36	40	40	
24	35	36	40	43	
25	37	37	40	43	
26	38	38	43	44	
27	39	39	43	46	
28	41	40	43	46	
29	42	42	48	48	
30	43	43	48	48	
31	45	44	48	48	
32	46	45	48	48	
33	47	47	53	48	
34	49	48	55	48	
35	50	48	71	48	
36	51	50	71	48	
37	53	52	71	48	
38	54	53	71	48	
39	55	54	71	48	
40	56	55	71	48	
41	58	57	71	48	
42	59	58	71	48	
43	60	59	71	48	
44	60	60	71	48	
45	60	61	71	57	
46	64	63	71	71	
47	66	64			
49	68	66			
50	70	68			
51	71	69			
52	71	70			
54	71	73			
55	76	73			
57	76	76			

**ANEXO 5**  
**NORMAS LOCALES**  
**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	<b>MÉDICOS</b>				N=52
	HOMBRES		MUJERES		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
20	36	34	36	40	
21	36	34	36	40	
22	36	36	36	40	
24	36	38	36	40	
25	36	39	36	40	
26	36	41	36	40	
27	40	42	36	40	
28	41	43	39	40	
29	41	44	39	41	
30	42	44	39	42	
32	42	44	43	44	
33	45	49	43	44	
34	45	50	45	44	
35	46	51	45	44	
36	47	53	46	44	
37	47	54	46	44	
38	48	54	46	50	
39	49	56	46	50	
40	49	58	50	50	
41	50	59	50	53	
42	51	59	52	53	
44	51	62	52	53	
45	53	64	54	56	
46	54	64	54	57	
49	56	64	54	57	
50	56	64	54	61	
51	57	64	54	61	
52	58	64	61	61	
53	58	73	61	61	
55	60	73	61	61	
56	60	73	61	61	
57	61	73	61	61	
59	62	73	61	61	
60	62	82	61	61	
63	62	82	61	73	
68	69	82	75	73	
72	71	82			

**ANEXO 6**  
**PERCENTILES LOCALES**  
**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	PARAMÉDICOS				N=87
	HOMBRES		MUJERES		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
19	1	1	6	3	
20	2	1	6	3	
21	2	1	6	3	
22	5	3	6	3	
23	8	7	6	3	
24	11	15	6	9	
25	14	18	6	22	
26	20	23	19	22	
27	27	26	31	38	
28	32	33	41	47	
29	36	40	47	47	
30	36	44	53	53	
31	39	48	53	59	
32	45	54	53	69	
33	52	59	59	78	
34	62	65	66	78	
35	70	73	72	78	
36	75	79	81	78	
37	77	82	81	78	
38	79	85	91	78	
39	83	88	91	88	
40	87	91	91	88	
41	88	91	91	97	
43	89	91	91	97	
44	89	92	97	97	
45	91	94			
46	92	95			
48	94	96			
49	95	98			
50	95	98			
53	96	98			
56	98	98			
57	99	99			
60	99				

**ANEXO 7**  
**PERCENTILES LOCALES**  
**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	<b>ENFERMERAS</b>				N=83
	MUJERES		HOMBRES		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
20	1	2	14	7	
22	2	2	14	7	
23	3	2	14	7	
24	5	2	14	7	
25	7	6	14	21	
26	12	11	36	36	
27	16	14	36	50	
28	18	20	36	50	
29	21	28	50	64	
30	26	30	50	64	
31	31	35	50	64	
32	37	39	50	64	
33	45	43	64	64	
34	51	48	79	64	
35	56	48	79	79	
36	61	54	79	79	
37	64	60	79	79	
38	68	64	79	79	
39	70	68	79	79	
40	73	71	79	79	
41	78	74	79	79	
42	81	77	79	79	
43	84	80	79	79	
44	84	83	79	79	
45	84	85	93	79	
46	89	87	93	93	
47	93	89			
49	94	92			
50	95	94			
51	97	95			
52	97	97			
54	97	98			
55	99	99			
57	99	99			

**ANEXO 8**  
**PERCENTILES LOCALES**  
**CRUZ ROJA MEXICANA**

PUNTAJE CRUDO	<b>MEDICOS</b>				N=52
	<b>HOMBRES</b>		<b>MUJERES</b>		
	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	Ansiedad Estado SXE	Ansiedad Rasgo SXR	
20	1	1	4	8	
21	4	1	4	8	
22	4	4	4	8	
24	4	8	4	8	
25	4	11	4	8	
26	4	16	4	8	
27	6	24	4	8	
28	11	29	13	8	
29	11	36	13	23	
30	18	48	13	38	
32	18	48	21	46	
33	23	48	21	46	
34	26	54	29	46	
35	30	58	29	46	
36	36	65	42	46	
37	43	71	42	46	
38	48	71	42	54	
39	51	74	42	54	
40	54	76	54	54	
41	59	84	54	63	
42	65	84	63	63	
44	65	91	63	63	
45	69	94	75	71	
46	71	94	75	79	
49	75	94	75	79	
50	75	94	75	88	
51	80	94	75	88	
52	84	94	88	88	
53	84	96	88	88	
55	86	96	88	88	
56	89	96	88	88	
57	91	96	88	88	
59	94	96	88	88	
60	94	96	88	88	
63	94	96	96	96	
68	96	96	96	96	
72	99	96	96	96	

## ANEXO 9

BAREMOS DE LAS MUESTRAS MEXICANAS  
DE HOMBRES Y MUJERES

Adaptado por: Arias Galicia (1990)

PUNTUACION CRUDA		
PERCENTILA	Ansiedad Estado N=234	Ansiedad Rasgo N=215
5	27	27
10	29	29
15	30	30
20	31	31
25	32	32
30	33	32
35	34	33
40	35	34
45	36	35
50	37	35
55	38	36
60	39	37
65	40	38
70	41	39
75	42	41
80	44	42
85	47	44
90	49	46
95	51	49