

11241  
3  
2ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA  
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL  
HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"  
SECRETARIA DE SALUD

ANSIEDAD EN MEDICOS RESIDENTES  
DE PSIQUIATRIA Y DE MEDICINA INTERNA  
UN ESTUDIO COMPARATIVO

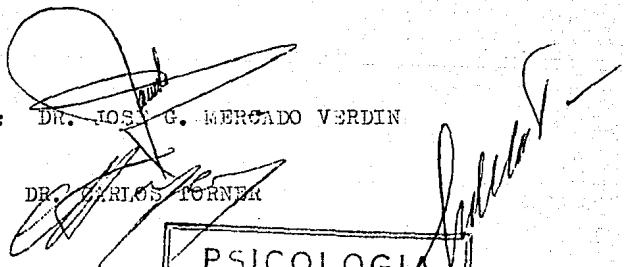
TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA  
PRESENTA

CESAR JAVIER BAUVELOS ARZAC

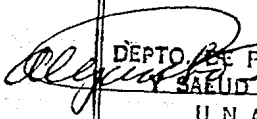
**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

TUTOR DE LA TESIS: DR. JOSÉ G. MERCADO VERDÍN

ASESOR: DR. CARLOS TORNER



PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSICOLOGIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.



1991



## **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 está 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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCION

El presente estudio tiene por objeto conocer el grado de ansiedad al que puede estar expuesto el médico residente dada su condición de inexperiencia y de aprendiz. El tema para desarrollar surge de manera espontánea ante una situación específica, a saber: el proceso de cambio en los diferentes grados de la residencia en todas las áreas de especialidad médica del país. El motivo principal que me impulsa a desarrollar el tema es la consideración de -- que el estudio de las manifestaciones de la conducta humana tiene un alto contenido de actividad subjetiva que en no pocas ocasiones sobrepasa las posibilidades de traducirlo a lenguaje verbal. No -- pretendo con lo anterior anular la complejidad y hemoles de la cotidianidad, que se sucede en la actividad hospitalaria en general, -- tal como ocurre en la medicina interna por ejemplo, donde si bien no es la subjetividad el objeto de estudio el mayor interés está -- puesto en el funcionamiento mórbido de este o aquel aparato o sistema, lo cual también constituyen motivos para vivenciar la ansiedad.

Durante el paso personal a lo largo de la residencia he -- notado detectar períodos específicos de ansiedad que acompañan a -- los cambios en el mas amplio sentido de la palabra. Podría decirse que ello corresponde a una manera personal de responder pero conocido es que uno de los postulados de la teoría general de los sistemas es que la crisis forma parte del proceso de cambio, con lo -- que posteriormente se vuelve a alcanzar el equilibrio. Así, esta -- motivación se convierte en el centro de mi interés para desarro -- llar en forma descriptiva la idea vertida dentro del contexto de -- este período de cambio.

¿ qué siente el médico residente. qué hace con lo que -- siente, que lo provoca ?. Estas, entre otras, son las preguntas -- que se me imponen como un acto de reflexión concreta. De un lado

dríamos pensar la locura, y, de otro, el sufrimiento del corazón, del sistema músculo-esquelético o cualquier otro: ¿ existe alguna diferencia en estos sufrimientos, no es acaso el mismo? Lo que interesa aquí como objeto de estudio es visualizar en términos cuantitativos las diferencias existentes en la ansiedad vivida por el médico residente en psiquiatría y el de medicina interna por ejemplo.

#### ANTECEDENTES

En los albores del psicoanálisis Freud argumentaba la presencia, lucha e interacción de tendencias opuestas que construían al sujeto habiendo pasado este por un proceso de continuación-elaboración. De un lado definía la presencia de impulsos innatos que permanentemente tendían hacia la gratificación mientras que del otro lado se encontraban las tendencias opuestas representadas por la moral, la ética, las normas de vida colectiva y en conjunto, el proceso de creación de la cultura originadas todas ellas en el proceso de evolución y selección naturales. De este modo, surge la angustia procedente de la lucha entre las tendencias opuestas, contradicción que a su vez ha sido identificada como fuente de todo cambio, según expone el materialismo dialéctico en su primera y segunda ley del desarrollo del mundo material.

Mas adelante en el tiempo surge otra explicación para sugerir que la angustia es resultado de la sobreactividad sináptica y catecolominérgica: de este modo, la angustia es ubicada en el interior del sujeto y considerada como algo innato, producto de la simple actividad neuronal. Hacia la década de los 30's surgió el planteamiento existencial y humanista que considera la angustia como un sentimiento ineludible surgido de las condiciones específicas de vida y producción colectivas. Algún tiempo después surge un grupo investigador que intenta una aproximación totalizadora como un marco teórico que trata de explicar el curso de la -

existencia humana; su planteamiento central es que el ser humano está constituido biológicamente, tiene una vida psicológica y vive en sociedad, tal como los viejos monjes. De tal modo que estos entrelazamientos son una condición sine qua non para la existencia misma, así, la tesis sostenida es que la actividad en una de estas áreas influye necesariamente en el otro lo cual es la base del cambio mediante la crisis-equilibrio-cambio.

Todo el planteamiento teórico anterior es con el objeto de aclarar que existen diversos modos de abordar el análisis de un sentimiento como lo es la ansiedad: biológica, psicológica y socialmente. En el presente trabajo se desarrolla brevemente la actitud de médicos jóvenes en entrenamiento en sus relaciones con la ansiedad surgida en el ámbito de su trabajo cotidiano. Se estudian en el área de la Psiquiatría y de la Medicina Interna de Hospitales de la Cd. de México.

En cuanto a la residencia en Psiquiatría hay algunos elementos que pueden considerarse como fuentes de ansiedad como lo son la llegada a un Hospital muy peculiar, el contacto con enfermos mentales graves, nuevos compañeros de trabajo, la obligación académica e institucional, y, por supuesto los factores personales que pueden - de un modo inconsciente al principio - estar presionando al residente nuevo o al avanzado. Es sostenible la idea de que todo intento de cambio en el significado de la palabra encuentra su primer efecto en reacciones de ansiedad. Particularmente la llegada al Hospital Psiquiátrico es lo suficientemente radical y confrontador, que el acto de vivenciar la ansiedad se ubica como ineludible tanto en lo biológico como en lo psicológico y social. Lo mismo cabe mencionar para especialidades como la medicina interna. Es real también que los diferentes estados emocionales no son estáticos sino que tienden a sufrir modificaciones debido en primer

instancias al modo de reaccionar ante ello, el manejo realizado y las posibles soluciones a que todo ello conduce, partiendo de la idea de que a diferentes estructuras de personalidad corresponden diferentes medios de contender con las ansiedades y de manifestaciones de ansiedad. No obstante el manejo que se lleve a cabo caracterológicamente, se supiere que la vivencia en estudio es detectable y medible comparativamente en diferentes residencias Médicas.

#### PLANTEAMIENTO

Los Médicos residentes en entrenamiento experimentan cotidianamente diferentes grados de ansiedad según sea el área de trabajo en el que se desempeñen. Respecto de la residencia en Psiquiatría el planteamiento es que existen momentos en que se viven considerables niveles de ansiedad, especialmente en las épocas de cambio de un nivel al siguiente superior; al mismo tiempo se sabe que en la especialidad de la Medicina Interna por ejemplo existen los mismos tiempos de cambio y de posibles reacciones de ansiedad, aunque a niveles diferentes según entiende a partir del campo de estudio de ambas ramas de la Medicina. Para tratar de ilustrar lo anterior puedo citar el caso de un paciente con acentuada agitación psicomotriz y el de un paciente con accidente cerebro vascular. En el primer caso existe la posibilidad de un ataque físico hacia el médico tratante aunada a la urgencia del paciente prontamente dicho; en el segundo caso el motivo y nivel de ansiedad puesta en movimiento es menor dado que el riesgo no existe en ese momento inicial del contacto con el paciente.

#### HIPOTESIS

En períodos de cambio como el que sirve de base a este estudio, el residente de Psiquiatría vive mayores montos

de ansiedad que el residente de Medicina Interna.

#### JUSTIFICACION

El presente estudio sirve de punto de partida para otros venideros complementarios acerca del modo en que el residente contienda con sus sentimientos al establecer vínculos con su elección profesional, la institución y, fundamentalmente, -- con el paciente enfermo mental.

#### OBJETIVOS GENERALES DEL ESTUDIO

El objetivo central es demostrar la hipótesis planteada antes. Otro objetivo consiste en ofrecer una idea clara de aquello a que el Médico Residente se enfrenta en sus labores cotidianas y muy específicamente aquello a que none en marcha en el momento del estudio. Un objetivo mas general es que pueda -- ser la base para estudios complementarios encaminados a enfocar la forma de, el curso que siga la ansiedad del Residente Médico

#### METODO Y DISEÑO EXPERIMENTAL

Se entrevistó a Médicos Residentes del Hospital Psiquiátrico " Fray B. Alvarez " ( HPPBA ) para invitarles a colaborar de manera voluntaria respondiendo un inventario de 40 reactivos planteados: éstos médico se eligieron de un modo azaroso por completo en el servicio de Urgencias durante una de sus guardias, tanto del HPPBA como del Hospital General " Dr. Manuel Gae González " ( HMGCG ); se discuso de un tiempo máximo de 15 minutos para responder el inventario. Se aplicó la escala inventario ansiedad: rasgo.estado ( IDARE ). Dicha escala ha sido utilizada para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional propensos a la ansiedad, y, para evaluar el grado hasta el cual los estudiantes que solicitan servicios de orientación o consejo psicológico son afectados por problemas --



ansiedad neurótica. La escala ansiedad, estado ( IDARE ) es un indicador sensitivo del nivel de ansiedad transitoria experimentada por pacientes en Psicoterapia, conductual y psiquiátrico. Hodges en 1967 encontró que las calificaciones de estudiantes no graduados de la Universidad de Vanderbilt en la escala de A- Estado del IDARE aumentaban de un período de descanso a uno de tensión para los sujetos expuestos a dos condiciones diferentes de tensión. Estas condiciones fueron de nominadas " amenaza de fracaso " y " amenaza de choque eléctrico ". En la 1a. se dijo a los sujetos que no estaban realizando su tarea tan bien como la mayoría de los demás. En esta condición Hodges encontró que la magnitud del cambio de las calificaciones de A-Estado del IDARE era mas grande para los sujetos con niveles altos de A-Rasgo que para los sujetos con calificaciones bajas de A-Rasgo. Sachs y Diesenhau en 1969, investigaron los efectos de la tensión de un examen sobre las calificaciones de las escalas del IDARE en estudiantes de la Universidad de Illinois, Chicago. El inventario fué aplicado durante un período normal de clases al inicio de los cursos y posteriormente fué aplicado inmediatamente antes del período de exámenes; los resultados de aquellos estudios revelaron diferencias con significancia estadística: bajo tensión promedió 40.87 mientras que en la situación de no-tensión promediaron un total de 38.98. Se observó también un pequeño pero significativo decremento en las calificaciones de A-Rasgo de la primera a la segunda aplicación de la escala, lo cual, los autores de la investigación tendieron a interpretar como una tendencia general de los sujetos a obtener calificaciones mas bajas al repetirse las aplicaciones de pruebas de la personalidad ( Winkle, 1964 ).

Para examinar los efectos del orden de aplicación en las calificaciones del IDARE, Sachs y Diesenhau aplicaron las

Las escalas dos veces siguiendo un orden de contrabalanceo durante períodos ( dos ) regulares de clase al inicio del semestre. - Para ambas, la escala Estado y Rasgo, las calificaciones que obtuvieron en cada administración del IDARE fueron aproximadamente - las mismas independientemente el lugar en que fueron aplicadas - las mismas.

Sachs en 1969 investigó las relaciones entre las calificaciones de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE y los resultados con una prueba de figuras intercaladas y una prueba de figuras ocultas. Encontró que los estudiantes universitarios no graduados de Nuevo México ( las Cruces ), con calificaciones altas de A-Rasgo detectaban un menor número de figuras ocultas que los sujetos que tuvieron calificaciones bajas en A-Rasgo. En el mismo estudio Sachs obtuvo una correlación negativa significativa (  $r = -.25$  ) entre la escala de A-Rasgo del IDARE y las calificaciones en la Social Desirability Scale Crowne-Marlowe, 1960. Los estudiantes universitarios, que obtuvieron calificaciones mas altas en A-Rasgo, apoyaron un mayor número de afirmaciones socialmente-reprochables.

Gorsuch en 1969, aplicó la escala A-Rasgo del IDARE a estudiantes universitarios no graduados de la U. de Vanderbilt inscritos en un curso de personalidad tanto en el inicio como un mes después de iniciado el curso. Durante este mes aplicó la escala tres veces por semana; encontró que quienes presentaron un aumento de A-Rasgo tenían significativamente promedios mas altos de A-Estado en la 4a. semana que el que reportaron en la primera semana de estudio.

Aun cuando los aumentos de la ansiedad-rasgo fueron precedidos por un período en el cual hubieron aumentos sustanciales de A-Estado, los niveles mas altos de A-Estado no produjeron necesariamente aumentos en la A-Rasgo. Los aumentos en las calificaciones de A-Rasgo parecieron depender de factores externos prima-

ricamente, a que resultaron de conflictos psicodinámicos o de tensiones interpersonales. Otro hallazgo de interés en este estudio fué que las calificaciones de los estudiantes A-Estado en el período de clases durante el cual se les hizo el exámen, resultaron ser significativamente mas altas que las obtenidas en cualquier otro día.

Hodges y Felling en 1970 aplicaron el IDARE junto con un " cuestionario de situación tensionante " a 228 estudiantes de la Universidad de Colorado, no graduados. Se calcularon correlaciones entre las autoevaluaciones para las distintas situaciones y se extrajeron cuatro factores de la matriz resultante: dolor y peligro físicos, ansiedad acerca de la participación en el salón de clases, preocupaciones acerca del fracaso social y académico y ansiedades a situaciones de cita. La escala A-Rasgo del IDARE correlacionó significativamente con los tres factores que involucraron tensión psicológica o amenaza a la autoestima ( amenazas al yo ) pero no mostraron relación con el factor que implica peligro y dolor físicos. Por otra parte los estudios de seguimiento de O'Neil, Hansen y Spielberger en 1969 sugieren que tanto A-rasgo como A-Estado deberían ser tomados en cuenta en las investigaciones en las que estudian las relaciones entre el nivel de ansiedad y el aprendizaje.

riamente, o que resultaron de conflictos psicodinámicos o de tensiones interpersonales. Otro hallazgo de interés en este estudio fué que las calificaciones de los estudiantes A-Estado en el período de clases durante el cual se les hizo el exámen, resultaron ser significativamente mas altas que las obtenidas en cualquier otro día.

Hodges y Felling en 1970 aplicaron el IDARE junto con un " cuestionario de situación tensionante " a 228 estudiantes de la Universidad de Colorado, no graduados. Se calcularon correlaciones entre las autoevaluaciones para las distintas situaciones y se extrajeron cuatro factores de la matriz resultante: dolor y peligro físicos, aprensión acerca de la participación en el salón de clases, preocupaciones acerca del fracaso social y académico y aprensiones a situaciones de cita. La escala A-Rasgo del IDARE correlacionó significativamente con los tres factores que involucraron tensión psicológica o amenaza a la autoestima ( amenazas al yo ) pero no mostraron relación con el factor cuerpímplica peligro y dolor físicos. Por otra parte los estudios de seguimiento de O'Neil, Hansen y Spielberger en 1969 sugieren que tanto A-rasgo como A-Estado deberían ser tomados en cuenta en las investigaciones en las que estudian las relaciones entre el nivel de ansiedad y el aprendizaje.

## ANALISIS DE DATOS

Se aplicó el inventario de autoevaluación IDARE a una población de Médicos Residentes del Hospital Psiquiátrico Fray B. Alvarez estando estos en servicio en el sector de Urgencias de dicha Institución. Se consideraron útiles los elementos seleccionados dado que estos se encontraban en esos precisos momentos en un descenso inusual y se les entregó la escala que fué respondida en un lapso que vá de los 8 a los 15 minutos como extremos de tiempo consumido en elaborarlo. Todos ellos respondieron la totalidad de los planteamientos por lo que no hubo necesidad de prorratear las calificaciones individuales a cada uno de los reactivos.

En relación al grupo de comparación se eligieron al azar el mismo número de residentes de Medicina Interna del Hospital General " Dr. Manuel Gea González " habiéndose reproducido las condiciones mínimas para la ejecución del Inventario de ansiedad Rasgo. Estado ( IDARE ).

Se analizaron mediante técnicas estadísticas no paramétricas dando lugar a los siguientes datos:

- 1.- La comparación de los estados de ansiedad de un grupo con otro reveló diferencias NO significativas.
  - 2.- La comparación de estados de ansiedad dentro del mismo grupo entre los dos sexos ofrece diferencias mínimas no significativas.
  - 3.- Las conclusiones en relación a la escala Rasgo revela información sin diferencias significativas, tanto dentro de un mismo grupo como en comparación entre los dos ( total 32 encuestados ).
- Se anexan los resultados en puntaje transformados en percentiles según la tabla que ofrece el manual de calificación IDARE la cual también se anexa junto con los reactivos que conforman el inventario de autoevaluación; dichos datos se anotan separados por grupo y sexo para su mejor apreciación. Al margen de los cuadros se anotan los resultados de las operaciones estadísticas.

Calificaciones percentilares de la muestra de mujeres del Hospital General " Dr. Manuel Sosa González "

ESTADO	RASGO
8 5	7 9
8 6	8 1
8 5	7 9
9 1	8 6
7 6	7 0
8 0	7 3
6 3	4 5
5 9	4 0

$$\bar{X} = 78.2$$

$$SD = 11.5$$

$$MED = 82.5$$

$$\bar{X} = 69$$

$$SD = 17.1$$

A continuación se anotan los resultados de las comparaciones entre ambos grupos de Médicos Residentes.

HPFBA

$$\bar{X} = 79$$

$$SD = 8.5$$

$$MED = 78.5$$

HGMGG

$$\bar{X} = 79$$

$$SD = 9.2$$

$$MED = 82$$

Nivel de sig,  $P > 1$

Calificaciones percentilares de la muestra de hombres  
del Hospital General " Dr. Manuel Gea González "

ESTADO	RASGO
75	68
81	76
65	57
81	76
88	86
83	79
83	79
83	79

$$\bar{X} = 79.9$$

$$SD = 7$$

$$MED = 82$$

$$\bar{X} = 75$$

$$SD = 8.8$$

Calificaciones percentilares de la muestra de mujeres del Hospital Psiquiátrico.

ESTADO	RASGO
6 8	5 5
8 5	7 9
9 1	8 6
7 6	7 0
8 9	8 6
8 6	8 1
7 1	6 0
8 6	8 1

$$\bar{X} = 81.5$$

$$SD = 2.6$$

$$MED. = 86$$

$$\bar{X} = 74.6$$

$$SD = 11$$



Calificaciones percentilares de la muestra de hombres  
del Hospital Psiquiátrico.

ESTADO	RASGO
7 3	64
8 5	8 1
7 5	6 8
7 0	6 1
8 3	7 9
8 8	8 6
7 3	6 4
6 5	5 7

$\bar{X} = 76.5$

SD= 8

MED= 74

$\bar{X} = 70$

SD= 10

Kolmogorott-Smirnov P > 1

## DISCUSION

Los resultados numéricos ofrecidos son lo suficiente - mente claros para verificar que la idea planteada como hipótesis de trabajo no fué significativa estadísticamente en sus relaciones comparativas en ambos grupos e intragrupos. Cabe agregar que se impone como necesario la repetición la aplicación de la escala dado que ella ha mostrado en estudios transversales y de breve evolución que logra demostrar las diferencias existentes en - ambos sectores del inventario de autoaplicación IDARE.

Algún elemento mas que cabe resaltar es la participación de los aspectos psicodinámicos relacionados con los mecanismos de defensa ante los cuales puede haberse equilibrado la ansiedad despertada por la situación de ser evaluado.

## CONCLUSIONES

Dentro del estudio psicodinámico de la personalidad existe el área relacionada con la tendencia a identificar y clasificar los aspectos caracterológicos predominantes en las estructuras de personalidad de cada individuo, particularmente, los mecanismos de defensa. En el momento de la aplicación era evidente -- que los sujetos abordados presentaban datos generales de ansiedad manifestados por sudoración de las palmas de las manos, apresuramiento en el trabajo, ceño fruncido, un modo rívido en el hablar y el ofrecimiento de rápidas respuestas. A lo que esto y los resultados me conducen, es a pensar que el efecto del abordaje debe haber intensificado los sistemas de vigilancia de la censura organizada a través de los mecanismos de defensa psicológicos y que ello pudo haber modificado los resultados mismos. Al mismo tiempo tengo la convicción de que el trabajo en el área de la Medicina - constituye una importante fuente de stress, por motivos tales como el carácter de aprendiz, la responsabilidad de ser depositario

de las expectativas de los pacientes con quien uno tiene contacto en nuestros Hospitales. En este mismo renglón, creo firmemente en que el área de la Psiquiatría ofrece un mayor monto de experiencias difíciles en términos de angustias en respuesta a el contacto con el mundo circundante y la realidad interna, a veces difícilmente accesible para uno mismo. Finalmente, aunque los datos numéricos demuestran de la subjetividad con que ello se lleva a cabo ( el trabajo cotidiano ) parecieran restarle calor a la comparación realizada en dos grupos diferentes de Médicos Residentes, no logran menoscabar la convicción personal acerca de los ríos que confluyen para dar origen a la angustia.

Cuadro 2. Rangos percentiles para las escalas de Rasgo y Estado del IDARE

Punt. en bruto	Universitarios de primer año				Universitarios no graduados				Bachillerato				Pacientes NP*		Pacientes MGC*		Reclusos*		Punt. en bruto
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	
	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	Es.	Ra.	
20																			20
21																			21
22																			22
23																			23
24																			24
25																			25
26																			26
27																			27
28																			28
29																			29
30																			30
31																			31
32																			32
33																			33
34																			34
35																			35
36																			36
37																			37
38																			38
39																			39
40																			40
41																			41
42																			42
43																			43
44																			44
45																			45
46																			46
47																			47
48																			48
49																			49
50																			50
51																			51
52																			52
53																			53
54																			54
55																			55
56																			56
57																			57
58																			58
59																			59
60																			60
61																			61
62																			62
63																			63
64																			64
65																			65
66																			66
67																			67
68																			68
69																			69
70																			70
71																			71
72																			72
73																			73
74																			74
75																			75

\*Solamente varones

# IDARE

SXE

## Inventario de Autoevaluación por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, 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

**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 NUNCA	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 mí 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

# IDARE

## CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXE

	CASI NADA	ALGO	MODERADO	MUCHO
1. Asegúrese que tiene el lado correcto de ésta clave sobre la hoja de la prueba. Después simplemente sume las calificaciones de pesos que se muestran sobre la clave para cada categoría de respuestas. Una simple calculadora de escritorio o contador manual harán la labor más sencilla, pero puede hacerse mentalmente. Refiérase al manual para datos normativos apropiados	4	3	2	1
2.	4	3	2	1
3.	1	2	3	4
4.	1	2	3	4
5.	4	3	2	1
6.	1	2	3	4
7.	1	2	3	4
8.	4	3	2	1
9.	1	2	3	4
10.	4	3	2	1
11.	4	3	2	1
12.	1	2	3	4
13.	1	2	3	4
14.	1	2	3	4
15.	4	3	2	1
16.	4	3	2	1
17.	1	2	3	4
18.	1	2	3	4
19.	4	3	2	1
20.	4	3	2	1

© El Manual Moderno, S.A., 1975

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguna de búsqueda, o transmitida por otros medios electrónicos, mecánicos, fotográficos, reprográficos, etc., sin permiso por escrito de la editorial.



All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without permission in writing from the publisher.

# IDARE

## CLAVE DE CALIFICACION

Forma SXR

	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21.	4	3	2	1
22.	1	2	3	4
23.	1	2	3	4
24.	1	2	3	4
25.	1	2	3	4
26.	4	3	2	1
27.	4	3	2	1
28.	1	2	3	4
29.	1	2	3	4
30.	4	3	2	1
31.	1	2	3	4
32.	1	2	3	4
33.	4	3	2	1
34.	1	2	3	4
35.	1	2	3	4
36.	4	3	2	1
37.	1	2	3	4
38.	1	2	3	4
39.	4	3	2	1
40.	1	2	3	4



## B I B L I O G R A F I A

- 1.- TEORIAS DE LA PERSONALIDAD  
JOSE CUELI Y LUCY REIDL  
TRILLAS EDITORIAL, 1972
- 2.- TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS  
OTTO FENICHEL  
PAIDOS 1a. reimpression, México 1986
- 3.- ETICA Y PSICOANALISIS  
ERICH FROMM  
FONDO DE CULTURA ECONOMICA 14a. reimoreción 1986.
- 4.- EL MONO DESNUDO  
DESMOND MORRIS  
ROTATIVA 1972 ( PLAZA AND JAMES, S.A. EDITORES ).
- 5.- INTRODUCCION AL MATERIALISMO HISTORICO  
F.V. KONSTANTINOV, B. KEDROV, I. KON  
EDITORIAL GRIJALBO, S.A. México, D.F. 1973
- 6.- ENFERMEDAD MENTAL Y PERSONALIDAD  
M. FOUCAULT  
PAIDOS STUDIO, 1984.
- 7.- EL YO Y LOS MECANISMOS DE DEFENSA  
ANNA FREUD  
PAIDOS EDITORIAL, 2a. REIMPRESION, México 1984.
- 8.- CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA PSICOTERAPIA  
ERWIN SINGER  
FONDO DE CULTURA ECONOMICA
- 9.- AN INTRODUCTION TO MOTIVATION  
ATKINSON, J. T.  
PRINCETON, N.J. VAN NOSTRAND 1964
- 10.- CRONE, D.P. AND MARLOWE

ESTA TESIS NO DEBE

cont. 10 . . . SALIR DE LA BIBLIOTECA

A NEW SCALE FOR SOCIAL DESIRABILITY INDEPENDIENT OF --  
PSYCHOPATHOLOGY

JOURNAL OF CONSULTANT PSYCHOLOGY, 1960

- 11.- CHANGES IN TRAIT ANXIETY AS A FUNCTION OF RECENT STATES OF ANXIETY  
GORSUCH, RIL. 1960
- 12.- THE EFFECTS OF SUCCESS, THREAT OF SHOCK AND FAILURE ON ANXIETY.  
HODGES, W.F. ANN. ARBOR, MICH. 1967
- 13.- TYPES OF STRESSFUL SITUATIONS AND THEIR RELATIONS TO TRAIT ANXIETY AND SEX.  
HODGES, W.F. AND FELLING, J.P. JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, 1970
- 14.- THE EFFECTS OF THREAT OF SHOCK ON HEART RATE FOR SUBJECTS WHO DIFFER IN MANIFEST ANXIETY AND FEAR OF SHOCK.  
HODGES, W.F. AND SPIELBERGER, C.D.  
PSYCHOPHYSIOLOGY, 1966.
- 15.- THE RELATIONSHIP BETWEEN STATE AND TRAIT ANXIETY AND THE PERCEPTION OF EMBEDDED FIGURES AND HIDDEN PATTERNS  
Sachs, D.A. NEW MEXICO STATE UNIVERSITY, LAS CRUCES
- 16.- MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-III-R.
- 17.- COMPENDIO DE PSIQUIATRIA  
H. I. KAPLAN y B. J. SADOCK  
SALVAT 2a. EDICION