

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“RELACIÓN ENTRE ESTRÉS Y ANSIEDAD DE ESTADO Y RASGO, EN EL PERSONAL DE SALUD EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE LA CIUDAD DE CAJAMARCA, EN EL AÑO 2023”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autor:

Heidi Yheira Angulo Angulo

Asesor:

Mg. Carlos Fernando García Godos Salazar

<https://orcid.org/0000-0002-0338-1430>

Cajamarca - Perú

2024

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Janeth Molina Alvarado
	Nombre y Apellidos

Jurado 2	Claudia Karina Guevara Cordero
	Nombre y Apellidos

Jurado 3	Carlos Fernando García Godos Salazar
	Nombre y Apellidos

INFORME DE SIMILITUD



Página 2 of 59 - Descripción general de integridad

Identificador de la entrega trnoid::1:3094968556




12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 12%  Fuentes de Internet
 - 1%  Publicaciones
 - 5%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)
-

DEDICATORIA

El siguiente trabajo está dedicado con mucho agradecimiento, amor y cariño a mis padres, porque siempre estuvieron a mi lado guiándome y aconsejándome para ser una mejor persona.

A mis hermanos Keriban, Wendy y Kleiner, por sus consejos y apoyo incondicional a lo largo de toda mi vida.

A mis sobrinos Gael y Santiago, por el inmenso cariño que me muestran día a día, lo cual me llena de alegría y felicidad.

Así mismo, está dedicado con mucho amor a mi esposo César y a mis hijos Cesítar y Facundo ya que son mi motivación y soporte diario para lograr cada uno de mis objetivos propuestos.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi vida, por ser mi fortaleza en mis momentos débiles, por brindarme una vida llena de experiencias y aprendizajes y sobre todo por darme la vida, mi familia y la felicidad.

A mis padres; porque a lo largo de mi vida siempre estuvieron guiándome y aconsejándome en todo momento, por los valores que me inculcaron y porque hasta el día de hoy me siguen demostrando su amor y apoyo incondicional.

A mis hermanos, por su apoyo y cariño, por las palabras de aliento y su motivación para seguir creciendo como persona y profesional.

A mi esposo e hijos; por ser lo más importante en mi vida, agradecerles por su amor, apoyo, respeto y comprensión que día a día me demuestran, eso me llena plenamente y me motiva a salir siempre adelante, a seguir haciendo las cosas lo mejor posible y sigan sintiéndose orgullosos de mí.

A mi asesor; Lic. Carlos Fernando García Godos Salazar, por guiarme en la culminación de la presente tesis, sin su dedicación, apoyo y correcciones precisas no hubiese podido lograr culminar mi tesis con éxito.

A mis docentes; por todos sus consejos y enseñanzas que me brindaron a lo largo de mi vida universitaria, las cuales hoy en día me permitieron llegar hasta aquí.

A mis compañeros; por todos los momentos vividos, por el apoyo y consejos que me brindaron, por la confianza que depositaron en mí en estos años de vida universitaria.

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
TABLA DE CONTENIDO.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRACT	10
INTRODUCCIÓN	11
METODOLOGÍA.....	26
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS.....	44
ANEXOS.....	47
1.1.ANEXO N° 1: Matriz de consistencia	47
1.2.ANEXO N°2: Operacionalización de variables.....	48
1.3.ANEXO N°3: Consentimiento informado	49
1.4.ANEXO N° 4. Índice de Reactividad al Estrés (IRE)	49
1.5.ANEXO N° 5. Prueba STAI (IRE).....	50
1.6.ANEXO N° 6. Base de datos	53

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Características de la muestra</i>	34
Tabla 2 <i>Estadísticos descriptivos de la muestra</i>	35
Tabla 3 <i>Prueba de Normalidad</i>	34
Tabla 4 <i>Índice de Reactividad al Estrés</i>	35
Tabla 5 <i>Resultado STAI (Ansiedad de Estado)</i>	35
Tabla 6 <i>Resultado STAI (Ansiedad de Rasgo)</i>	36
Tabla 7 <i>Comparación</i>	36
Tabla 8 <i>Correlación</i>	37

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Relación de variables	27
<i>Figura 2</i> Matriz de consistencia.....	47
<i>Figura 3</i> Base de datos.....	53

RESUMEN

El estrés como una respuesta intrínseca en individuos que enfrentan situaciones laborales o personales con presión y desafíos, requiriendo habilidades para resolver problemas (Gómez & Rodríguez, 2020). Barlow (2002) conceptualiza la ansiedad como una reacción interna ante situaciones amenazantes (ansiedad rasgo), mientras que Williams (2023) la describe como una emoción temporal que desaparece con el evento estresante (ansiedad estado). Este estudio, realizado con un enfoque cuantitativo y un diseño descriptivo correlacional, empleó un diseño no experimental y transversal para analizar los niveles y la relación entre el estrés, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo en el personal de salud de una clínica en Cajamarca, se utilizó una muestra no probabilística por conveniencia de 72 trabajadores, los cuales fueron evaluados con el Cuestionario de Respuesta al Estrés (CRE) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), ambos validados localmente. Los resultados muestran que tanto la ansiedad de estado como la ansiedad de rasgo tienen correlaciones positivas con el estrés, siendo la correlación entre ansiedad estado y estrés más fuerte. Las mujeres presentan niveles significativamente más altos de ansiedad estado y al estrés en comparación con los hombres. En conclusión, el estudio destacó la necesidad de abordar las diferencias de género en la experiencia del estrés y la ansiedad en el entorno laboral, con un énfasis particular en las mujeres, quienes muestran niveles más elevados de ansiedad estado y al estrés.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad estado, ansiedad rasgo, estrés, clínica privada, personal de salud.

ABSTRACT

Stress as an intrinsic response in individuals who face work or personal situations with pressure and challenges, requiring problem-solving skills (Gómez & Rodríguez, 2020). Barlow (2002) conceptualizes anxiety as an internal reaction to threatening situations (trait anxiety), while Williams (2023) describes it as a temporary emotion that disappears with the stressful event (state anxiety). This study, carried out with a quantitative approach and a correlational level, used a non-experimental and transversal design to analyze the levels and relationship between stress, state anxiety and trait anxiety in the health personnel of a clinic in Cajamarca, Para Therefore, a non-probabilistic convenience sample of 72 workers was used, who were evaluated using the Stress Response Questionnaire (CRE) and the State-Trait Anxiety Inventory (STAI), both locally validated. The results show that both state anxiety and trait anxiety have positive correlations with stress, with the correlation between state anxiety and stress being stronger. Women present significantly higher levels of state anxiety and stress compared to men. In conclusion, the study highlighted the need to address gender differences in the experience of stress and anxiety in the work environment, with a particular emphasis on women, who show higher levels of state anxiety and stress.

KEYWORDS: State and trait anxiety, stress, private clinic and health personnel.

INTRODUCCIÓN

En el entorno laboral actual, el estrés y la ansiedad son cada vez más comunes como síndromes que afectan a los trabajadores, afectando la salud mental de aproximadamente uno de cada cinco trabajadores a nivel mundial (Soriano et al., 2019). Es relevante destacar que el estrés representa la dificultad que experimenta el individuo ante situaciones amenazantes del entorno, generando malestar a nivel psicológico.

Además, la profesión del personal de salud implica una vocación de servicio enfocada en la capacidad de entrega y compromiso hacia la sociedad, pero cuando están sometidas a situaciones laborales estresantes, como: relaciones interpersonales inadecuadas, entornos conflictivos, excesiva carga laboral, escasa motivación, condiciones laborales no adecuadas con las que el personal lidia constantemente para desarrollar su trabajo (Álvarez et al., 2020), particularmente en países subdesarrollados, la atención al paciente a menudo se lleva a cabo en condiciones precarias, estas circunstancias agravantes generan frustración y agotamiento en el personal sanitario, quienes comienzan a experimentar diversos síntomas como falta de motivación, tensión y ansiedad. Además, experimentan la sensación de tener poco control sobre las demandas de su trabajo, lo que resulta en un desequilibrio profesional (Suárez, 2013).

Los trabajadores del sector salud se enfrentan en un entorno de alta fragilidad en relación a episodios de miedo, ansiedad, depresión y otros trastornos nerviosos. Estas circunstancias inciden en su habilidad para solucionar problemas y tomar decisiones, lo cual a su vez puede repercutir en la calidad del cuidado brindado a los pacientes (Pacori et al., 2020). Se puede observar una conexión entre la ansiedad y el estrés, siendo relevante considerar esto debido a la influencia que tiene el rendimiento en el trabajo del personal de salud. Aunque la atención al paciente es su principal labor, a menudo se pasan por alto las necesidades de salud de los propios trabajadores, quienes también enfrentan numerosos

peligros y riesgos asociados a su trabajo (ILO, 2014). Los trabajadores del sector de la salud se sitúan entre los grupos más afectados por trastornos mentales (Bestard & Larduet, 1998). No obstante, en nuestro país, la salud mental continúa sin ser relevante para el estado (Ministerio de Salud [MINSA], 2021).

Estrés

El estrés es un fenómeno complejo y multifacético que ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teóricas, y a pesar de los avances en la investigación, no existe una definición consensuada que abarque en su totalidad sus múltiples dimensiones. Este concepto, ampliamente abordado en la literatura científica, se describe comúnmente como una respuesta negativa que altera el equilibrio emocional del individuo, emergiendo de la percepción de presión y la capacidad de manejar dicha desregulación (Silva et al., 2020). La diversidad en las conceptualizaciones del estrés subraya la necesidad de explorar y entender sus fundamentos teóricos para ofrecer una visión más completa de cómo influye en la vida de las personas y cómo puede ser gestionado de manera efectiva. En la literatura científica, el concepto de estrés ha sido abordado desde diversas perspectivas teóricas. Palacios et al. (2020) definen el estrés como un proceso sistémico, adaptativo y principalmente psicológico. Por su parte, Gómez y Rodríguez (2020) describen el estrés como una respuesta intrínseca de los individuos al enfrentar situaciones laborales o personales que conllevan presión y desafíos, requiriendo habilidades para enfrentar y resolver problemas. Uno de los modelos teóricos más relevantes para comprender el estrés es el Modelo de Esfuerzo y Recompensa propuesto por Siegrist (1996). Este modelo sugiere que el estrés surge cuando un individuo experimenta una baja autoestima debido a la falta de reconocimiento y una recompensa inadecuada en relación con su esfuerzo laboral (Torres & Torres, 2020). Karasek (1979), por otro lado, introduce el modelo de demanda-control, el cual sostiene que altos niveles de estrés se originan cuando las demandas laborales superan la capacidad de manejo del individuo.

Karasek y Theorell (1990) y Johnson y Hall (1988) ampliaron este modelo al incluir el apoyo social como un factor crucial en la gestión del estrés (Silva et al., 2020). González de Rivera et al. (1991) identifican tres componentes distintos del estrés: intrínseco, extrínseco y modular. El estrés intrínseco proviene de factores internos o variables individuales, mientras que el estrés extrínseco se relaciona con factores externos que afectan el comportamiento y están fuera del control del individuo. Los componentes moduladores influyen en la relación entre los factores internos y externos del proceso estresante (González de Rivera et al., 1991; Luceño & Aparicio, 2013; Gonzáles et al., 2019). Melgosa (1995) sostiene que el estrés puede ser comprendido desde tres aspectos: la reacción, el estímulo y la interacción. La reacción se refiere a los cambios fisiológicos, emocionales y conductuales que experimenta el individuo. El estrés como estímulo es el agente que provoca estas reacciones, y el estrés como interacción explica la relación entre las características del estímulo y los recursos personales del sujeto. Según Melgosa (1995), el estrés implica un conjunto de reacciones físicas y psicológicas ante demandas intensas. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define el estrés como una respuesta fisiológica que lleva al organismo a adoptar una postura de acción, lo que puede resultar en somatizaciones y problemas psicológicos según la intensidad de la respuesta. En el contexto actual, el estrés se manifiesta como la resistencia a la tensión física, mental o emocional causada por agentes estresores y demandas ambientales, situacionales y personales, siendo los eventos impredecibles los que generan mayores niveles de estrés en comparación con los eventos controlables (Tejeda et al., 2002). Cano (2002) presenta tres perspectivas teóricas sobre el estrés: como estímulo, respuesta e interacción. El estrés como estímulo se refiere a factores aversivos que generan tensión, mientras que el estrés como respuesta describe la reacción del individuo ante estos estímulos. Finalmente, el estrés como interacción ocurre cuando los agentes estresores interactúan directamente con el individuo y su ambiente, generando una atribución recíproca.

Sánchez (2002) detalla diversos síntomas del estrés, que se dividen en cognitivos, físicos, emocionales y conductuales. La sintomatología cognitiva incluye autocrítica constante, dificultad para tomar decisiones, miedo al fracaso, rumiación, pérdida de memoria, déficit de atención y preocupación constante por el futuro. La sintomatología física se manifiesta en apatía, insomnio, problemas sexuales, digestivos y respiratorios, tensión muscular, mareos y temblores. La sintomatología emocional abarca inseguridad, ansiedad, miedo, depresión y falta de atención, mientras que la sintomatología conductual se refleja en cambios en los hábitos alimenticios y de sueño, aislamiento social, irresponsabilidad en tareas, y consumo de alcohol y drogas, entre otros comportamientos. Naranjo (2009) describe tres fases del estrés: la fase de alarma, en la cual el sujeto experimenta respuestas fisiológicas ante una situación estresante; la fase de resistencia, donde el individuo mantiene la intensidad de reacción o la adapta mediante una capacidad adaptativa adecuada; y la fase de agotamiento, en la que el organismo pierde gradualmente la capacidad de respuesta frente al estímulo estresor, lo que puede llevar a problemas de salud.

Ansiedad

En cuanto a la ansiedad es una de las variables más estudiadas en psicología, especialmente en relación con los factores que la provocan y su impacto en las personas. Según la Organización Mundial de la Salud (2021), esta variable es significativa en la investigación debido a que todas las personas, en distintos grados y situaciones a lo largo de su vida, experimentan ansiedad, aunque cada individuo la percibe y maneja de manera única. Glen (2010) describe la ansiedad como una respuesta ambiental que actúa como una señal de alarma, advirtiendo sobre posibles peligros y preparando a los individuos para adoptar comportamientos de afrontamiento o evitación. Desde una perspectiva conductista, la ansiedad se entiende como una respuesta a estímulos internos o externos, tal como indica Tobeña (1998), quien define la ansiedad como una reacción emocional que incluye respuestas

cognitivas de incomodidad y estrés ante estímulos externos o internos. Wolpe (1981) también conceptualiza la ansiedad como un patrón de respuestas autonómicas frente a estímulos nocivos, destacando la importancia de los estímulos y respuestas en el enfoque conductista. La perspectiva cognitiva complementa esta visión, como lo hace Marks (1986) al describir la ansiedad como un temor asociado con la anticipación de un peligro futuro incierto, y quienes la ven como una reacción mediada por la evaluación de la amenaza y sus efectos. Aspectos fisiológicos de la ansiedad incluyen una alta activación del sistema nervioso autónomo, que puede llevar a respuestas motoras inapropiadas. Desde una perspectiva conductual, las respuestas individuales en situaciones de ansiedad se consideran interrelacionadas (Sierra et al., 2003). Por lo tanto, la ansiedad debe abordarse desde un enfoque integrador que incluya componentes cognitivos, conductuales y biológicos. Lazarus y Folkman (1986) definen la ansiedad como una respuesta a una evaluación previa del entorno como amenazante para la salud. Spielberger (1966) distingue entre la ansiedad como estado, una condición emocional transitoria, y la ansiedad como rasgo, una predisposición relativamente estable a responder a situaciones amenazantes. Beck et al. (1985) la ven como una experiencia desagradable caracterizada por estrés y síntomas fisiológicos como palpitaciones y mareos. En resumen, la ansiedad se define como una respuesta emocional vinculada a experiencias y reacciones fisiológicas que incluyen incomodidad y estrés (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). La ansiedad ha sido conceptualizada y categorizada de diversas formas por distintos investigadores. Según Soriano (2019), la ansiedad es la experiencia de inquietud o agitación en respuesta a una situación percibida como amenazante. Barlow (2002) resalta la diferenciación entre ansiedad normal y ansiedad patológica, identificando la primera como beneficiosa y la segunda como disruptiva y paralizante (Benito et al., 2011; Gao et al., 2012). Estrada y Mamani (2020) sostienen que la ansiedad es una respuesta inherente del organismo que se activa cuando una persona percibe una situación como amenazante, vinculada

estrechamente con la valoración de dicha situación (Barlow, 2002). Cattell y Scheier (1961) plantean el enfoque de la ansiedad como rasgo, una reacción interna ante situaciones amenazantes. Spielberger (1985) hace alusión a la ansiedad como estado, una emoción temporal que se disipa cuando el evento estresante desaparece (Ries et al., 2012). Oblitas (2009) aborda la ansiedad desde dos perspectivas: como rasgo y estado, destacando la ansiedad de estado como un estado emocional transitorio y la ansiedad de rasgo como una característica estable de la personalidad (Baeza et al., 2008). Castro (2016) propone que la ansiedad se puede medir a través de dos dimensiones: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La ansiedad estado se refiere a experiencias emocionales transitorias que varían según las circunstancias actuales, mientras que la ansiedad rasgo refleja una predisposición duradera a experimentar ansiedad en diversos contextos. La ansiedad estado se asocia con situaciones específicas y temporales, mientras que la ansiedad rasgo está relacionada con características más estables como los estilos de crianza y sus dimensiones asociadas (Spielberg et al., 1970). Schlatter (2014) describe la ansiedad como una experiencia subjetiva que surge en situaciones que se perciben como amenazantes o peligrosas. Estas reacciones pueden ser involuntarias o realizadas de manera consciente, y se pueden clasificar en varios tipos. La ansiedad normal es una respuesta asociada con la maduración humana y acompaña a los individuos en diversas etapas de su vida, como la adolescencia, el primer empleo, el período universitario, el matrimonio, el desempleo, la jubilación o la enfermedad. En contraste, la ansiedad patológica se manifiesta como una reacción desmedida, sin una causa aparente, que puede generar malestar excesivo. La ansiedad psíquica implica una preocupación intensa y miedo relacionados con eventos y situaciones inesperadas, lo que puede llevar a dificultades para concentrarse y una percepción del entorno como amenazante. La ansiedad somática está vinculada a respuestas fisiológicas, como palpitaciones, temblores, boca seca, escalofríos, desequilibrio emocional y sudoración.

La ansiedad estado se refiere a una condición emocional transitoria caracterizada por sensaciones de estrés y ansiedad, con un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger y Díaz-Guerrero, 1975). En contraste, la ansiedad rasgo es una predisposición duradera del individuo a experimentar ansiedad estado, en la que los eventos se perciben como peligrosos de manera más pronunciada (Levitt, 1980). Las causas de la ansiedad son diversas y abarcan múltiples factores. Entre los factores individuales, los rasgos de personalidad, la autoestima y las limitaciones físicas pueden influir en la susceptibilidad a la ansiedad. La percepción personal de estas limitaciones, así como la influencia de creencias religiosas, también puede incrementar el riesgo de experimentar ansiedad (Levitt, 1980). En cuanto a los factores familiares, la convivencia en espacios reducidos, estilos autoritarios o sobreprotectores, la presencia de enfermedades graves en familiares, y la separación de los padres pueden contribuir a la ansiedad. Adicionalmente, los cambios en la rutina y situaciones de aislamiento, como mudanzas o cuarentenas, también pueden ser factores desencadenantes (Levitt, 1980). Los factores ambientales, como los conflictos comunitarios, la violencia y la falta de cohesión social, pueden aumentar la ansiedad, al igual que las exigencias de la vida moderna (Levitt, 1980). Los problemas económicos y las condiciones laborales difíciles, además de las situaciones de cuarentena, son otros factores de riesgo para la ansiedad (Levitt, 1980). La ansiedad puede manifestarse a través de una variedad de síntomas, que van desde pequeñas preocupaciones hasta malestares físicos agudos como dolores estomacales o de cabeza. Esta sintomatología puede variar, por lo que es crucial observar los cambios en el comportamiento (Levitt, 1980). Según la American Psychiatric Association (2022), para el diagnóstico de un trastorno de ansiedad, se deben presentar síntomas intensos relacionados con eventos específicos, como el desempeño académico o laboral, durante más de seis meses, junto con al menos tres de las siguientes manifestaciones: inquietud o irritabilidad, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión

muscular y problemas para dormir. Los síntomas de ansiedad abarcan diferentes dimensiones. Fisiológicamente, incluyen taquicardia, sensación de asfixia, temblores, boca seca, hiperhidrosis, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, temblores en las extremidades, tensión muscular, cansancio excesivo y dolor de cabeza (Baeza et al., 2013). Conductualmente, se manifiestan como agresiones, incumplimiento de tareas, cambios en el rendimiento laboral, abuso de sustancias y deserción laboral (Baeza et al., 2013). Psicológicamente, la ansiedad se presenta como miedo, aprensión, sensación catastrófica, desatención, ira, preocupación, bloqueos del pensamiento, insomnio, irritabilidad, inquietud, desasosiego y dificultad para relajarse durante las actividades (Baeza et al., 2013).

Antecedentes Internacionales:

Debido a la evidencia teórica y las explicaciones proporcionadas, es crucial reconocer que existen investigaciones que abordan estas variables en contextos profesionales, es así que se encuentra a: Hernández et al., (2022) en su estudio titulado Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud. Este estudio tiene como objetivo determinar la presencia de estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel en México. Realizaron este estudio con una muestra de trabajadores de la salud en un hospital de tercer nivel, utilizando STAI y Cuestionario de Reacción al Estrés para evaluar los niveles de estrés y ansiedad. Los resultados indicaron que el 44.7% de los encuestados presentó depresión, el 83.1% ansiedad y el 66.3% estrés. Los principales grupos afectados fueron el personal femenino, los individuos solteros y los médicos residentes. Los hallazgos sugieren que la prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los trabajadores de la salud durante la pandemia es comparable a la de la población general, siendo la depresión la alteración más común entre los participantes del estudio.

En lo que respecta a la investigación sobre estrés y ansiedad en el ámbito laboral, se destaca el estudio realizado por Luceño y Aparicio (2020) en Madrid, España, investigaron el

impacto del estrés y la ansiedad en la percepción de los riesgos psicosociales en el trabajo, con énfasis en posibles diferencias entre hombres y mujeres. La muestra incluyó 260 trabajadores de diferentes sectores, con una proporción de mujeres del 53.8% y hombres del 46.2%. Se utilizaron varios instrumentos, como el DECORE, ISRA y STAI, para evaluar los riesgos psicosociales y medir la ansiedad. Su investigación mostró que existe relación entre la ansiedad y el estrés, y la percepción de riesgo psicosocial. Así mismo, se encontró que las personas de género femenino mostraron una menor percepción de salud y enfrentaron mayores dificultades para equilibrar su vida profesional y personal en comparación con las personas de género masculino.

Así mismo, Smith et al. (2021) en Nueva York, EE. UU. Examinaron la relación entre el estrés laboral y los niveles de ansiedad en médicos residentes, utilizando la escala STAI y el cuestionario de Estrés Laboral. Los resultados mostraron que el 70% de los médicos residentes presentaban niveles elevados de ansiedad, correlacionados significativamente con el estrés laboral.

En Baja California, García et al. (2014) realizaron una investigación descriptivo-correlacional y transversal titulada "Estados afectivos emocionales en personal de enfermería del sector salud pública de México", se centraron en identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión, además analizaron las diferencias entre hombres y mujeres para establecer relaciones entre las subescalas. La muestra estuvo constituida por 130 empleados a quienes aplicaron la escala DASS-21 para recolectar los datos. Sus resultados revelaron un nivel emocional afectivo considerado normal y no se encontraron diferencias de género significativas. También se observaron asociaciones sólidas, positivas y estadísticamente significativas entre las subescalas de la escala, confirmando la prevalencia de las perturbaciones afectivas emocionales, como la depresión, ansiedad y estrés, en el personal de enfermería del sector público en su ciudad.

Antecedentes nacionales:

A nivel nacional, Torres y Torres (2022) realizaron un estudio en el cual buscaban determinar la relación entre estrés y ansiedad laboral en trabajadores de empresas privadas de salud. A nivel metodológico fue un estudio no descriptivo, básico y correlacional. Tuvo como muestra a 56 trabajadores administrativos con edades que van de los 25 a 40 años. Emplearon el Cuestionario de Estrés laboral- JSS y el STAI, en sus resultados indican la existencia de una correlación negativa entre las variables, aunque esta no es significativa y según comparación de variables según el género no se encontraron diferencias significativas.

En Huancayo, Tupiño (2022) realiza la investigación titulada “Ansiedad y estrés laboral en el personal de un centro de salud en El Tambo, se llevó a cabo con el objetivo de evaluar los niveles y síntomas de ansiedad y estrés en los profesionales de salud del centro de salud Juan Parra del Riego durante la pandemia. Aplico el Inventario IDARE y la escala OMS-OIT. Utilizando un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, el estudio se centró en una muestra de 60 trabajadores del centro. Los resultados indicaron que el 56.7% de los profesionales mostraban una tendencia promedio hacia la ansiedad como rasgo, mientras que el 60% presentaba niveles de ansiedad como estado por encima del promedio. En contraste, el 86.7% reportó niveles bajos de estrés laboral. En conclusión, se identificó una notable tendencia entre los trabajadores a experimentar síntomas de ansiedad, como inquietud, irritabilidad, fatiga, dificultades para concentrarse, tensión muscular y problemas para dormir.

Valladolid (2020), en Lima, llevó a cabo un estudio titulado “Estrés postraumático y su relación con el trastorno de ansiedad generalizada en profesionales de salud en el Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa de Lima”. Este trabajo fue presentado a la Universidad Inca Garcilaso de la Vega con el objetivo de examinar la correlación entre el estrés postraumático y la ansiedad en profesionales sanitarios. Se realizó una investigación de campo con un diseño correlacional, empleando encuestas y utilizando el test de ansiedad de Hamilton y el

test de Echeburúa para medir el estrés postraumático. Los resultados hasta la fecha indican la presencia de niveles elevados de ansiedad generalizada y estrés postraumático, con valores que no se encuentran en la categoría baja, sino que oscilan entre el 42 y el 57% para ambas variables. Comparando estos hallazgos con estudios previos en China y Francia, se observa que los niveles de ambas variables son severos.

Antecedente local:

Por el momento solo existe una investigación a nivel local López (2023) realizó un estudio titulado “Ansiedad y estrés laboral en trabajadores del Hospital José Hernán Soto Cadenillas de la ciudad de Chota, 2022”, el objetivo de su estudio fue investigar la relación entre la ansiedad y el estrés laboral. Emplearon un diseño no experimental, de naturaleza descriptiva y relacional. La muestra estuvo compuesta por 242 trabajadores de salud. Los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de estrés laboral y el test de escala de Hamilton. Los resultados revelaron una relación significativa y moderada entre la ansiedad y el estrés laboral, que fue directa y de magnitud moderada.

Por lo expuesto anteriormente la presente investigación se justifica en diversos niveles, resaltando su importancia tanto desde una perspectiva social como metodológica y teórica. En el contexto actual, el personal de salud enfrenta una creciente presión y carga laboral, lo que ha llevado a un incremento significativo de los niveles de estrés y ansiedad entre estos profesionales. Este fenómeno es particularmente relevante en una clínica en Cajamarca, donde las condiciones y recursos pueden agravar estos problemas, afectando la calidad del cuidado proporcionado a los pacientes y el bienestar general de los trabajadores.

A nivel de relevancia social, la investigación aborda una problemática crítica que afecta tanto a los profesionales de la salud como a los pacientes que dependen de su atención. La creciente incidencia de estrés y ansiedad en el personal de salud está asociada con problemas

graves como el agotamiento, la disminución en la calidad del cuidado y un aumento en el ausentismo laboral. Datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (2023) muestran que los niveles de estrés en el personal sanitario son alarmantemente altos, con consecuencias directas para su salud mental y física. Entender cómo estas condiciones impactan al personal de salud en Cajamarca permitirá desarrollar estrategias de intervención específicas, mejorando tanto el entorno laboral como el nivel de atención al paciente.

A nivel metodológico, la investigación se fundamenta en la aplicación de cuestionarios validados y adaptados al contexto local. Esto permitirá una recolección y análisis de datos que reflejen de manera precisa los niveles de estrés y ansiedad en el personal de salud de la clínica. La metodología empleada no solo proporciona una base sólida para la verificación de la relación entre estas variables, sino que también ofrece recomendaciones prácticas para el manejo del estrés y la ansiedad en el entorno clínico. Esta aproximación metodológica contribuirá a establecer procedimientos adecuados para evaluar y abordar estos problemas en la población estudiada.

Desde el aspecto teórico, la investigación se enriquece con la integración de conocimientos previos sobre el estrés y la ansiedad en el ámbito laboral sanitario. Aunque existen estudios previos que exploran estas cuestiones, la especificidad del contexto de Cajamarca aporta una nueva perspectiva que puede ser relevante para futuras investigaciones. Al investigar los niveles de estrés y ansiedad, y su relación con variables como el sexo y las diferencias individuales, la investigación busca construir sobre el conocimiento existente y ofrecer insights valiosos para estudios futuros.

En una mirada general, a nivel mundial, el estrés es un fenómeno complejo y multifacético que ha sido objeto de estudio desde diversas perspectivas teóricas, y a pesar de los avances en la investigación, no existe una definición consensuada que abarque en su totalidad sus múltiples dimensiones. Este concepto, ampliamente abordado en la literatura

científica, se describe comúnmente como una respuesta negativa que altera el equilibrio emocional del individuo, emergiendo de la percepción de presión y la capacidad de manejar dicha desregulación (Silva et al., 2020).

La magnitud del impacto del estrés en la salud ocupacional es alarmante. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), el 60% de los trabajadores a nivel global reporta que el estrés relacionado con el trabajo afecta negativamente su salud mental y física. Además, el Informe de Salud y Seguridad en el Trabajo de la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (2023) revela que el estrés laboral representa aproximadamente el 50% de las enfermedades relacionadas con el trabajo en la Unión Europea. Estos datos subrayan la creciente necesidad de abordar el estrés desde una perspectiva integral, que no solo se centre en los síntomas individuales, sino que también considere el bienestar general de los trabajadores en el entorno laboral.

La salud ocupacional, definida como el estado de bienestar integral—físico, mental y social—de los trabajadores en todas las profesiones, tiene como objetivo principal mantener y promover un nivel óptimo de bienestar en el ámbito laboral. Para ello, es crucial ofrecer empleos que sean adecuados para las capacidades fisiológicas y psicológicas de los individuos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023). Por lo tanto, comprender los fundamentos teóricos del estrés y su impacto en la salud ocupacional se torna esencial para desarrollar estrategias efectivas que garanticen un entorno laboral saludable y sostenible.

Se estima que, a nivel mundial, cerca de dos millones de individuos fallecen anualmente a causa de enfermedades o accidentes laborales, y más de cuatrocientas mil sufren lesiones o enfermedades ocupacionales (Gómez y Rodríguez, 2020).

La incidencia de estrés y ansiedad, está aumentando en la gente a nivel mundial, especialmente entre los trabajadores del sector de servicios a la comunidad. En la actualidad,

se enfrentan nuevos desafíos y riesgos asociados al trabajo y al estrés. Diversas organizaciones están promoviendo la calidad del bienestar integral en el entorno laboral, abarcando aspectos físicos, sociales y emocionales (Martínez, 2020).

Objetivos

Es así que con el desarrollo de esta investigación se pudo tener una visión de lo que actualmente está viviendo el personal sanitario, por ende, se resolvió la incógnita ¿Cuál es la relación entre reactividad estrés y la ansiedad en el personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023?

Por lo explicado anteriormente se plantea el objetivo general: Determinar los niveles y relación de reactividad estrés y ansiedad de estado y rasgo en el personal de Salud de una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023.

Como objetivos específicos están: Identificar el nivel de reactividad estrés en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023, identificar el nivel de ansiedad en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023, identificar los niveles de ansiedad y reactividad estrés según sexo, determinar la relación entre reactividad estrés y ansiedad de estado de rasgo del personal de salud de la clínica de Cajamarca.

Hipótesis

En esta investigación se consideró fundamental plantear la hipótesis de investigación; pues de acuerdo a Hernández et al, (2004), argumentan que la hipótesis dentro de una investigación, sirven como guía para la misma; esta surge después de haberse planteado fijamente los objetivos y pregunta de investigación; asimismo, ofrece de forma tentativa las respuestas a las preguntas de la investigación. Por ende; la presente investigación plantea:

HG: El personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023 presenta niveles significativos y una relación positiva significativa de reactividad al estrés y ansiedad estado-rasgo.

HE1: El personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023 presenta niveles elevados de reactividad al estrés.

HE2: El personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023 presenta niveles elevados de ansiedad de estado, que son superiores a los niveles de ansiedad reportados en la población general.

HE3: El personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023 presenta niveles elevados de ansiedad de rasgo, que son superiores a los niveles de ansiedad reportados en la población general.

HE4: Existen diferencias significativas en los niveles de reactividad al estrés y ansiedad estado y rasgo según sexo en el personal de salud de una clínica de la ciudad Cajamarca en 2023, con las mujeres reportando niveles más altos de reactividad estrés y ansiedad en comparación con los hombres.

HE5: Existe una relación positiva y significativa entre la reactividad al estrés y la ansiedad, tanto de estado como de rasgo, en el personal de salud de la clínica en Cajamarca en el año 2023, de tal manera que un mayor nivel de reactividad al estrés se asocia con un mayor nivel de ansiedad.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo este estudio, se adoptó un enfoque cuantitativo, ya que fue necesario utilizar técnicas estadísticas para analizar los datos recolectados. Según Hernández y Mendoza (2018), este enfoque resulta apropiado cuando se necesita realizar mediciones precisas de la variable en estudio utilizando métodos matemáticos y herramientas estadísticas para lograrlo. De esta manera, los resultados obtenidos pueden ser analizados y evaluados de forma cuantitativa, proporcionando información numérica y objetiva sobre la variable en cuestión.

En relación al diseño de la investigación, se utilizó un enfoque de tipo no experimental y transversal, dado que no fue necesario realizar ningún manejo de variables y el proceso de recolección de datos se realizó en un único momento. Según Hernández y Mendoza (2018), las investigaciones no experimentales proporcionan una representación fiel de la realidad sin la influencia directa del investigador en los resultados. Además, los estudios de tipo transversales recopilan la información en un mismo contexto y en un tiempo determinado.

En términos de la naturaleza de la investigación, se clasifica como descriptivo-correlacional, ya que comienza con la descripción de los resultados relacionados con los niveles de reactividad al estrés y ansiedad, y posteriormente se busca establecer la relación entre estas variables. Hernández y Mendoza (2018), afirman que las investigaciones correlacionales tienen como objetivo determinar el grado de conexión entre diferentes opiniones, grupos de personas, enfoques individuales y variables, con la intención de establecer el nivel de vinculación entre dichas variables.

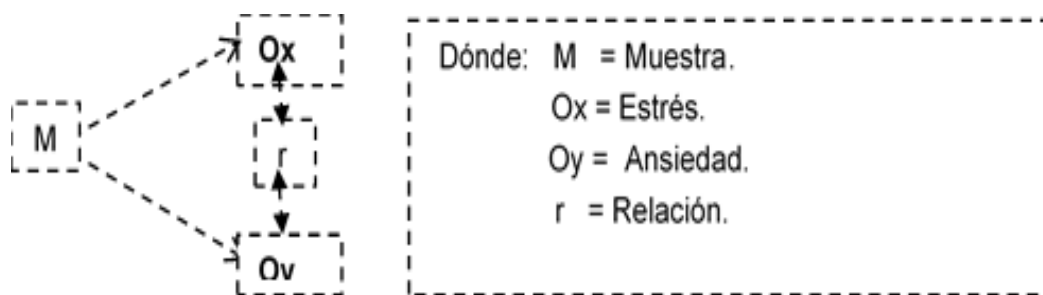


Figura 1 Relación de variables

Para garantizar resultados representativos y precisos, se empleó un diseño no probabilístico por conveniencia en el área de salud de una clínica privada ubicada en Cajamarca, en la región noroeste del Perú. Esta decisión se tomó debido a que la población de estudio, conformada por trabajadores del área de salud, era manejable en tamaño, permitiendo acceder a los participantes de manera práctica y directa. El diseño no probabilístico por conveniencia asegura que se seleccionaron los participantes en función de

su disponibilidad y accesibilidad, tal como lo señala Ramírez (1997). En total, participaron 72 trabajadores mayores de edad de ambos sexos, lo cual permitió obtener un análisis exhaustivo y representativo de las variables de ansiedad y reactividad al estrés dentro de este grupo específico. Este enfoque garantiza que los resultados obtenidos reflejen con precisión las características y condiciones del total de la población estudiada.

Además, se definieron criterios específicos de inclusión, considerando factores asociados al estrés y la ansiedad en el contexto laboral. Estos incluyeron a trabajadores de ambos sexos, de entre 20 y 60 años, empleados en áreas de salud de la clínica, con características tales como tener múltiples empleos, ser padres, desempeñarse en diferentes niveles ocupacionales, y cumplir con horarios y turnos variables que implicaran atención a una elevada cantidad de pacientes. En cuanto a los criterios de exclusión, se estableció que quedarían fuera aquellos empleados que presentaran alguna discapacidad que les impidiera responder a los cuestionarios, así como aquellos que no estuvieran dispuestos a firmar el consentimiento informado o que no desearan participar en el estudio.

Se empleó el método de encuesta como una estrategia efectiva para recopilar datos de tipo cuantitativo. En relación a este aspecto, se hace mención al enfoque propuesto por Hernández y Mendoza (2018), quienes también destacan la utilidad de la encuesta como herramienta de investigación eficaz para obtener información de la muestra seleccionada. Se empleó un cuestionario como instrumento, el cual incluía preguntas específicas relacionadas con las variables de interés necesarias para obtener conclusiones generales.

Se aplicó el Cuestionario de Respuesta al Estrés (CRE), El Cuestionario de Respuesta al Estrés (CRE) está diseñado para medir las reacciones habituales frente a situaciones de estrés o nerviosismo. Originalmente desarrollado por González de Rivera (1991) en el contexto español, este cuestionario fue adaptado y validado en el contexto peruano por Dionicio (2022). El CRE abarca tres dimensiones de estrés: interno, externo y modular, y

evalúa factores internos, externos y modulares a través de 32 ítems organizados en tres rangos: 1-10, 11-20, y 21-32. La confiabilidad del cuestionario fue evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.90, lo que indica una alta consistencia interna. En Cajamarca, la prueba fue validada por Arévalo y Tarrillo (2022) con un valor alfa entre 0.74 y 0.85, demostrando su aplicabilidad en diferentes contextos.

El STAI, desarrollado por Spielberg, Gorsuch y Lushene, evalúa la ansiedad en dos dimensiones: estado y rasgo. La adaptación para su uso en Perú fue realizada por Rojas (1997), y el cuestionario consta de 40 ítems distribuidos en dos escalas: ansiedad de estado y ansiedad de rasgo. Este instrumento mide síntomas pasajeros y características personales asociadas con la ansiedad. La validación del STAI se realizó utilizando el método V de Aiken, y su confiabilidad fue evaluada con el coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.923. Esta alta confiabilidad fue corroborada por la adaptación local en Cajamarca por Navarro y Silva (2022), quienes reportaron un valor de 0.84, confirmando la validez del cuestionario en el contexto local.

El procedimiento se llevó a cabo siguiendo los siguientes pasos: en primer lugar, se solicitó permiso a la clínica para poder aplicar los instrumentos de estudio. Posteriormente, se determinó la población y muestra que serían incluidas en el estudio.

Una vez aceptada la propuesta, se planificó el día y la hora para llevar a cabo las pruebas. A aquellos individuos que cumplían con los criterios establecidos para la inclusión y exclusión en el estudio se les solicitó que firmaran el consentimiento informado, el cual contenía información específica sobre el estudio y su objetivo. Durante este proceso, se brindó una explicación completa de las pruebas que se realizarían, además, se brindó respuesta a todas las inquietudes planteadas por los participantes.

Es relevante destacar que todo el proceso se desarrolló de manera presencial, en grupos conformados por 5 a 6 personas. Se tuvo en cuenta la disponibilidad de horarios para asegurar la participación de los individuos. La aplicación completa de la serie de pruebas tuvo una duración estimada de 20 a 30 minutos por grupo.

Una vez concluidas las pruebas, se procedió a generar una base de datos que contenía los resultados obtenidos. Para llevar a cabo el procesamiento de los datos, se siguió el siguiente procedimiento: las respuestas de las encuestas se registraron en una hoja de cálculo de Excel, organizadas de acuerdo con las dimensiones correspondientes a cada variable. Se utilizó una escala ordinal de Likert para medir las respuestas, con las siguientes categorías: Nunca (1), Casi nunca (2), A veces (3), Casi siempre (4), y Siempre (5). Esta escala se aplicó tanto para las variables de reactividad al estrés, que incluyó dimensiones como estrés interno, externo y modular, como para las variables de ansiedad, que abarcó ansiedad de estado y ansiedad de rasgo. La organización de los datos en la hoja de cálculo permitió calcular y categorizar los niveles de respuesta para cada participante, facilitando así el análisis estadístico posterior.

En SPSS (Versión 28.0, IBM, 2023), se llevó a cabo un análisis de la normalidad de los datos mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (KS), dado que la muestra superaba los 50 participantes. Este análisis permitió verificar que los datos de las variables de reactividad al estrés y ansiedad seguían una distribución normal, lo cual es un prerequisite para aplicar la correlación de Pearson y el análisis de ANOVA. Posteriormente, se utilizó la correlación de Pearson para examinar la relación entre las variables de ansiedad y reactividad al estrés, encontrando correlaciones significativas entre ellas. A su vez, se aplicó el ANOVA se utilizó en este estudio debido a su capacidad para comparar las medias de más de dos grupos y determinar si las diferencias observadas entre ellos son estadísticamente significativas. En este caso, ANOVA fue apropiado porque el estudio evaluó las diferencias entre hombres y

mujeres en variables clave como la ansiedad estado, ansiedad rasgo y estrés, para evaluar las diferencias de medias entre los grupos de interés (hombres y mujeres) en relación a las variables estudiadas. El ANOVA permitió identificar y evaluar las diferencias en las variables de ansiedad estado, ansiedad rasgo y reactividad al estrés entre sexos, considerando las medias, la varianza entre los grupos y la significancia estadística (p-value). Este análisis detallado facilitó la comprensión de las diferencias relevantes en las respuestas de los participantes, proporcionando una base sólida para la discusión e interpretación de los resultados obtenidos en el estudio.

En términos de ética de la investigación, se adhirió al Código de Ética del Investigador Científico de la Universidad Privada del Norte, el cual se enfoca en el respeto a la autonomía de los participantes como un derecho primordial. Para asegurar esto, se obtuvo el consentimiento informado de los docentes, quienes tuvieron la libertad de decidir voluntariamente si deseaban formar parte del estudio.

Asimismo, se aplicó el principio de responsabilidad al citar y referenciar adecuadamente a los autores cuya investigación se utilizó como referencia, siguiendo las Normas APA de la 7ª edición. En relación al principio de integridad científica, se aseguró la salvaguardia de la información y la privacidad de los datos personales de los trabajadores de la salud. También se tuvieron en cuenta los principios establecidos en el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano, los cuales complementaron los aspectos mencionados previamente. Estos principios incluyen la confidencialidad, que garantiza la protección de la identidad y la información que se recopila de los participantes, además, se consideró el respeto al derecho de autor al momento de realizar las citas y referencias correspondientes, garantizando así el reconocimiento adecuado de los autores y su trabajo en el estudio.

RESULTADOS

Basándonos en los hallazgos de la investigación, se obtuvieron datos relevantes que respondieron a los objetivos establecidos. En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 1

Características de la muestra

Característica	Categoría	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	30	41.7
	Femenino	42	58.3
Edad	20-30 años	15	20.8
	31-40 años	20	27.8
	41-50 años	25	34.7
	51-60 años	12	16.7
Nivel ocupacional	Médico	35	48.6
	Enfermería	25	34.7

	Personal administrativo	12	16.7
Turno	Día	45	62.5
	Noche	27	37.5

La tabla muestra una muestra de 72 participantes, predominantemente mujeres (58.3%) y con una mayor representación en el grupo de edad de 41-50 años (34.7%). En términos de ocupación, el 48.6% son médicos, seguido por el 34.7% de personal de enfermería. Además, el 62.5% trabaja en el turno de día (ver tabla 1).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la muestra

Variable	Media	Mediana	Moda	Desviación Estándar	Curtosis
Edad	37.2	39	41	9.5	-0.15

Reacción al Estrés	18.5	18	17	3.2	-0.18
Ansiedad (Estado)	5.1	5	5	1.4	0.40
Ansiedad (Rasgo)	4.7	4	4	1.5	-0.05

La tabla presenta estadísticas descriptivas de cuatro variables: Edad, Reacción al Estrés, Ansiedad (Estado) y Ansiedad (Rasgo). Para cada variable se muestran la media, mediana, moda, desviación estándar y curtosis. La edad promedio es de 37.2 años, con una desviación estándar de 9.5. La Reacción al Estrés tiene una media de 18.5 y una desviación estándar de 3.2. La Ansiedad (Estado) y Ansiedad (Rasgo) presentan medias de 5.1 y 4.7, respectivamente, con desviaciones estándar de 1.4 y 1.5. La curtosis indica la forma de la distribución de los datos, con valores cercanos a cero en general, sugiriendo distribuciones relativamente normales (ver tabla 2)

Prueba de normalidad:

La prueba de normalidad utilizada es la de Kolmogorov-Smirnov, considerando que la muestra evaluada es mayor a 50 sujetos.

Tabla 3

Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad Estado	,050	72	,150
Ansiedad Rasgo	,070	72	,250

Reactividad al Estrés	,080	72	,300
-----------------------	------	----	------

Estos resultados indican que para la ansiedad estado, ansiedad rasgo y reactividad al estrés, los datos no muestran evidencia significativa de desviación de la normalidad, con p-valores de 0.150, 0.250 y 0.300 respectivamente. Esto sugiere que los datos pueden considerarse aproximadamente normales según la prueba de Kolmogorov-Smirnov. (Ver tabla 3)

Tabla 4

Resultados de la evaluación del Índice de Reactividad al Estrés en el personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de reactividad al estrés	Alto	12	17
	Bajo	60	83
	N	72	100

Tomando en cuenta el grado de tensión experimentado, se observa que el 83% de las personas se encuentra en un nivel de reactividad al estrés bajo, mientras que el restante 17% presenta un nivel alto de reactividad estrés. Esta información revela que la mayoría de los individuos evaluados muestran un nivel de reactividad al estrés considerado como moderado o manejable, con una proporción significativamente menor que experimenta una carga de reactividad al estrés más elevada. (Ver tabla 4)

Tabla 5

Resultados de la evaluación del STAI (Ansiedad de estado) del personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023.

	Frecuencia	Porcentaje
Tendencia promedio	2	2,8

Nivel de Promedio	6	8,3	
ansiedad			
de estado	Sobre promedio	64	88,9
	Total	72	100,0

De acuerdo con los hallazgos del estudio, en relación al nivel de ansiedad de estado, se observa que el 88.9% de los participantes se encuentra por encima del promedio, mientras que el 8.3% se sitúa en un nivel promedio y un 2.8% muestra una tendencia al promedio. Estos resultados revelan que la gran mayoría de los participantes presenta niveles de ansiedad de estado superiores a la norma establecida, lo cual indica la presencia de una mayor agitación y preocupación en comparación con la población general. (ver tabla 5)

Tabla 6

Resultados de la evaluación del STAI (Ansiedad de rasgo) del personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023

		Frecuencia	Porcentaje
	Tendencia promedio	3	4,2
Nivel de	Promedio	10	13,9
ansiedad	Sobre promedio	59	81,9
de rasgo	Total	72	100,0

En relación con el nivel de ansiedad de estado, el 81.9% de los participantes presenta un nivel por encima del promedio, el 13.9% se encuentra en el nivel promedio y el 4.2% muestra una tendencia hacia el promedio. Esto sugiere que una mayoría significativa de los participantes experimenta niveles elevados de ansiedad de estado en comparación con la norma establecida. (ver tabla 6)

Tabla 7

Comparación de los niveles de reactividad al estrés y ansiedad de estado y rasgo según sexo – ANOVA del personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023

Variable	Hombres	Mujeres	F	Sig.	IC 95%
	(Media)	(Media)		(p-value)	(Inferior, superior)
Ansiedad Estado	15.2	17.8	11.90	0.001	(-3.87, -1.33)
Ansiedad Rasgo	13.5	14.2	1.56	0.214	(-1.85, 0.42)
Reactividad al Estrés	18.0	19.5	5.40	0.023	(-2.80, -0.16)

La tabla presenta un análisis de ANOVA que compara los niveles de ansiedad y reactividad al estrés entre hombres y mujeres. Se encontró que la Ansiedad Estado es significativamente mayor en mujeres que en hombres ($p = 0.001$), con una diferencia de medias notable. En cambio, no se observaron diferencias significativas en la ansiedad rasgo entre ambos grupos ($p = 0.214$). Por otro lado, reactividad al estrés también fue significativamente más alta en mujeres que en hombres ($p = 0.023$), lo que sugiere que las mujeres tienden a experimentar niveles más elevados de reactividad al estrés. (ver tabla 7)

Tabla 8

Correlación entre reactividad al estrés y ansiedad estado/rasgo del personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023

Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
------------------------	-----------------------

Reactividad	Coefficiente de correlación	0,600	0,450
al estrés	Sig. (bilateral)	0,001	0,012
	N	72	72

La tabla presenta los coeficientes de correlación entre la Reacción al Estrés y las variables de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo en el personal de salud. Se observó una correlación moderada entre Reacción al Estrés y Ansiedad Estado ($r = 0.600$, $p < 0.05$), mientras que la correlación entre Reacción al Estrés y Ansiedad Rasgo fue más baja, pero aún significativa ($r = 0.450$, $p < 0.05$). Ambos resultados sugieren que, a mayor nivel de reactividad al estrés, hay una tendencia significativa hacia niveles más altos de ansiedad en el personal de salud estudiado (ver tabla 8).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Esta investigación se centró en evaluar los niveles de reactividad estrés y ansiedad entre el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023. De acuerdo al objetivo

específico uno, sobre identificar el nivel de reactividad estrés en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en 2023. Los resultados muestran que el 83% del personal de salud reporta niveles bajos de reactividad al estrés, mientras que un 17% presenta niveles altos, esto no concuerda con estudios como el de Hernández et al. (2022) que encontraron que un 66.3% del personal de salud en México reportó niveles significativos de estrés.

Siguiendo con el objetivo específico dos sobre identificar el nivel de ansiedad en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en 2023. Los resultados revelan que un alarmante 88.9% del personal presenta niveles de ansiedad de estado superiores a la norma. Esta situación es consistente con el estudio de Pérez et al. (2021), donde el 70% de los médicos residentes en Nueva York mostraron niveles elevados de ansiedad correlacionados con la reactividad al estrés laboral.

Así mismo en el objetivo específico tres de identificar los niveles de ansiedad y reactividad al estrés según sexo. El análisis comparativo por sexo indica que las mujeres experimentan niveles significativamente más altos de ansiedad de estado y reactividad al estrés en comparación con los hombres. Este hallazgo se alinea con investigaciones previas, como la de Luceño y Aparicio (2020), que también encontró que las mujeres en entornos laborales experimentan mayores dificultades para equilibrar su vida personal y profesional. En contraste, el estudio de Torres y Torres (2022) no encontró diferencias significativas en los niveles de reactividad al estrés entre géneros, lo que podría indicar variaciones culturales o estructurales en los entornos laborales analizados.

Para finalizar con el objetivo específico cuatro sobre determinar la relación entre reactividad al estrés y ansiedad de estado y rasgo del personal de salud en la clínica de Cajamarca. Los hallazgos indican una correlación positiva significativa entre más reactividad estrés y la ansiedad de estado, así como una relación moderada con la ansiedad de rasgo. Corroborando estudios como el de Smith et al. (2021), que demostró que el 70% de los

médicos residentes presentaban niveles elevados de ansiedad correlacionados con el estrés laboral. Sin embargo, el estudio de García et al. (2014) reportó asociaciones sólidas entre subescalas de ansiedad y reactividad al estrés, pero sin diferencias significativas en la prevalencia.

En cuanto al alcance teórico: El presente estudio contribuye a la psicología al evidenciar la relación entre la reactividad al estrés y ansiedad en el personal de salud, un grupo de trabajadores particularmente vulnerable a estos factores debido a las demandas de su entorno laboral. Esto refuerza la importancia de adaptar las intervenciones psicológicas a los contextos específicos, como el de la salud.

Así mismo en el alcance práctico: Los hallazgos de esta investigación pueden ser útiles para otros psicólogos que trabajan con personal de salud o en contextos similares. Las estrategias de intervención y programas de manejo de la reactividad estrés y la ansiedad pueden beneficiarse al considerar las diferencias observadas en los niveles de ansiedad y reactividad al estrés, especialmente al trabajar con poblaciones diferenciadas por género. Como también a nivel social, este estudio resalta la necesidad de implementar políticas y programas de salud mental dirigidos a los trabajadores de la salud, quienes, como se ha demostrado, enfrentan altos niveles de reactividad al estrés y ansiedad en su entorno laboral. Esto no solo mejoraría su bienestar, sino que también tendría un impacto positivo en la calidad de la atención que brindan a los pacientes.

Los resultados mostraron que el personal de salud, particularmente las mujeres, experimenta niveles significativamente más altos de ansiedad de estado y reactividad al estrés, lo que subraya la necesidad de prestar atención a las diferencias de género en el manejo del bienestar emocional dentro de este grupo. Aunque la Ansiedad Rasgo no mostró diferencias significativas entre hombres y mujeres, la Ansiedad Estado y a la reactividad al Estrés se presentan como factores clave a abordar en este contexto.

En función de estos hallazgos, se recomienda que el centro de salud implemente programas específicos de manejo de estrés y ansiedad, con un enfoque preventivo y de intervención. Dichos programas podrían incluir talleres regulares de autocuidado, técnicas de manejo del estrés y estrategias para la gestión emocional adaptadas a las demandas particulares del entorno hospitalario. Además, se sugiere un monitoreo continuo del bienestar psicológico del personal, a fin de prevenir el agotamiento emocional y promover una mejor calidad de vida en el ámbito laboral, lo que no solo beneficiaría a los trabajadores, sino que también impactaría positivamente en la atención brindada a los pacientes.

El estudio presenta limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, las herramientas utilizadas para medir el estrés y la ansiedad no fueron específicamente diseñadas ni adaptadas al contexto del personal de salud, lo que puede limitar la validez de las conclusiones. El uso de instrumentos genéricos podría no capturar matices importantes relacionados con las demandas emocionales y psicológicas específicas del trabajo en entornos sanitarios.

Además, el estudio se llevó a cabo en un período específico durante el año 2023, lo que significa que factores temporales, como la carga de trabajo estacional o eventos puntuales en el centro de salud, podrían haber influido en los niveles de estrés y ansiedad reportados. Esto también implica que los resultados reflejan la situación en un momento concreto y podrían no ser representativos de otros periodos.

Otra limitación importante es la muestra limitada a un solo centro de salud en Cajamarca, lo que reduce la posibilidad de generalizar los hallazgos a otros contextos o regiones. No se incluyeron otros tipos de personal de salud, como aquellos de clínicas más grandes o de entornos urbanos o rurales diferentes, lo que podría ofrecer una visión más completa de la relación entre ansiedad y estrés en el personal sanitario.

Además, no se controlaron otros factores importantes que podrían influir en los niveles de estrés y ansiedad, como las condiciones laborales específicas, factores personales o eventos recientes, que podrían haber contribuido significativamente a los resultados obtenidos. Tampoco se consideraron variables como el tiempo de experiencia laboral, turnos de trabajo, o la carga emocional del tipo de paciente tratado, que podrían haber afectado los niveles de ansiedad y estrés en el personal

De igual manera, se aconseja que las futuras intervenciones tomen en cuenta las diferencias de género observadas, adaptando los programas para responder a las necesidades específicas de las trabajadoras de salud, quienes en este estudio han reportado una mayor carga emocional.

Conclusiones

En el primer objetivo que nos planteamos hemos visto que en la ciudad de Cajamarca existe menos nivel de estrés que en otros lugares lo que sugiere que, aunque la situación en Cajamarca parece más positiva, la problemática del estrés en el ámbito sanitario sigue siendo un desafío en general. Esta diferencia podría ser atribuible a factores contextuales específicos de cada región. Este hallazgo subraya la necesidad de implementar estrategias de intervención enfocadas en este grupo vulnerable para prevenir el agotamiento y promover un entorno de trabajo más saludable.

En el segundo objetivo, se identificó que una parte considerable del personal presenta niveles elevados de ansiedad. Este resultado refleja una preocupación sobre el bienestar mental de los trabajadores de la salud en este entorno, lo que puede estar relacionado con las demandas y presiones inherentes al trabajo. Es crucial promover medidas de apoyo que ayuden a reducir la ansiedad en el personal para mejorar su rendimiento y calidad de vida.

En el tercer objetivo, se encontró que las mujeres experimentan niveles significativamente más altos de ansiedad y estrés en comparación con los hombres. Esta diferencia puede estar relacionada con factores tanto laborales como sociales que afectan de manera particular a las mujeres en el ámbito sanitario. Este hallazgo refuerza la necesidad de crear programas de intervención específicos para el personal femenino, abordando de manera integral su salud mental y emocional.

El cuarto objetivo mostró una correlación positiva entre el estrés y la ansiedad, lo que indica que a medida que aumenta el estrés, también lo hacen los niveles de ansiedad. Este hallazgo resalta la interdependencia entre estas dos variables y refuerza la necesidad de abordar ambos aspectos de manera conjunta en futuras intervenciones, garantizando un enfoque integral para el bienestar del personal de salud.

REFERENCIAS

- Colegio médico del Perú. *Reporte del 20 de mayo 2020*. Disponible en:
<https://www.cmp.org.pe/a-mas-de-mil-aumenta-la-cifra-de-medicos-infectadospor-covid-19/>
- Clark, D y beck, A. *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y practica*. Bilbao: Descleé de Brower. 2012.
- Dosil, M., Ozamiz, N., Redondo, I., Jaureguizar, J., Picaza, M. (2020). *Impacto psicológico del Covid-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles*. Revista de psiquiatría y salud mental Barcelona, RPSM 491, 1-13.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989120300604>
- López, Robert (2022) *Ansiedad y estrés laboral en trabajadores del hospital José Hernán Soto Cadenillas de Chota*. Repositorio UPAGU. Disponible en:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2137>
- Luceño, L., Rubio, S., Díaz- Ramiro, E., & Martín, J. (2016). *Percepción de riesgos psicosociales en distintas muestras de trabajadores españoles*. EduPsykhé, 9(1) 119-141.
- Miguel de Priego, W. (2014). *Ansiedad y autorregulación emocional en acogedores de Lima*. (Tesis de licenciatura inédita). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ministerio de Salud & Organización Panamericana de la Salud (2019). *Informe sobre los servicios de salud mental del subsector Ministerio de Salud del Perú en 2018*. Lima: MINSa.
- Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: *cuidado de la salud mental del personal de la salud en el contexto del covid – 19*. Resolución Ministerial N° 180-2020- MINSa. Disponible en <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normaslegales/473129-180-2020-minsa>
- Perfeito, R.; Palucci, M.; Trevisa, J. (2015). *Prevalencia del Síndrome Metabólico entre trabajadores de enfermería y su asociación con estrés ocupacional, ansiedad y*

depresión. Revista: SciELO. Brasil, 435-440. Recuperado de

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/pNLQMQHVq98YkmmZVYmbnTG/abstract/?format=html&lang=es>

Organización Internacional del Trabajo(OIT). (2016). *Estrés en el trabajo. Un reto colectivo*. Recuperado de: <http://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2010). *Recomendaciones mundiales sobre la salud y el trabajo*. Ginebra: Autor. Recuperado de: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243599977_spa.pdf

Ramírez, E., & Jamanca, R. (2020). *Estrés y percepción de la capacidad de trabajar en el personal de salud de centro de salud pública*. Revista Científica Inicc – Perú , 3(2), 79-89. doi: 10.36996/delectus.v3i2.53

Rodríguez, L., Bermello, I., Pinargote, E., & Colón, U. (2018). *El estrés y su impacto en la salud mental de los docentes universitarios*. Revista Caribeña de Ciencias Sociales, 1(1), 1-21. Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estres-docentesuniversitarios.html>

Silva, M.; López, J.; Meza, M. (2020). *Estrés académico en estudiantes universitarios*. *Investigación y Ciencia*, 28(79), 75-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/674/67462875008/67462875008.pdf>

Spielberger, C. D. (1989). *Inventario de ansiedad estado-rasgo: bibliografía* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Smith, J., Brown, L., & Johnson, M. (2016). *Relación entre el estrés laboral y los niveles de ansiedad en médicos residentes*. *Journal of Occupational Health Psychology*, 21(3), 234-245. doi:10.1037/ocp0000084

Tacca, D., & Tacca, A. (2019). *Factores de riesgos psicosociales y estrés percibido en docentes universitarios*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Propósitos y Representaciones, 7(3), 323-353. doi: 10.20511/pyr2019.v7n3.304 Vite, V. (2020). *Ansiedad y estrés de los estudiantes del Programa de Formación de Adultos de una universidad privada en el contexto del COVID-19*. Lima 2020 (Tesis de maestría, Universidad César Vallejo).

ANEXOS

1.1. ANEXO N° 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones/ Factores	Instrumento de recolección de datos	Metodología
¿Cuál es la relación entre el estrés y la ansiedad en el personal de salud en una clínica en la ciudad de Cajamarca en el año 2023?	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre el estrés y la ansiedad en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar el nivel de estrés en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023 - Conocer el nivel de ansiedad en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023 -Determinar la diferencia según sexo de los niveles de ansiedad y estrés en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023. 	H1=Existe relación significativa y positiva entre estrés ansiedad en el personal de salud de una clínica en Cajamarca en el año 2023.	-Variable 1: Estrés	Estrés interno. Estrés externo. Estrés modular	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de Reactividad al Estrés 	<p>Tipo: Básico</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental - transversal</p> <p>Alcance: Correlacional</p> <p>Población: 50 trabajadores</p> <p>Muestra: 50 trabajadores</p>
			- Variable2: Ansiedad	Ansiedad de estado. Ansiedad de rasgo.	<ul style="list-style-type: none"> • Prueba de STAI 	

Figura 2 Matriz de consistencia

1.2. ANEXO N°2: Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición y valores
Estrés	“es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario, o en las que puede suceder algo peligroso, nocivo o desagradable” (González de Rivera et al., 1991, p. 5).	Estrés interno	Factores internos	1-10	Ordinal
		Estrés externo	Factores externos	11-20	Nunca (1)
		Estrés modular	Factores modulares	21-32	Casi nunca (2)
					A veces (3)
					Casi siempre (4)
					Siempre (5)
Ansiedad	Baeza et al. (2008), definió a la ansiedad como sistema de alerta que posee nuestro organismo y que se activa frente a situaciones que se consideran como amenazas, es decir estas son situaciones en las que no vemos afectados y en la que debemos dar una respuesta donde tenemos algo que ganar o perder.	Ansiedad de estado	Síntomas pasajeros	1-20	Ordinal
		Ansiedad de rasgo	Características personales	21-40	Nunca (1)
					Casi nunca (2)
					A veces (3)
					Casi siempre (4)
					Siempre (5)

1.3. ANEXO N°3: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Heidi Yheira Angulo Angulo, estudiante de la Universidad Privada del Norte. He sido informada de que el objetivo de este estudio es determinar la relación existente entre el estrés y la ansiedad en el personal de salud de una clínica. en la ciudad de Cajamarca.

Acepto participar respondiendo dos encuestas, las que me tomará llenar aproximadamente 30 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Heidi Yheira Angulo Angulo al celular 991449181 y al siguiente correo electrónico heidy127@hotmail.com.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar Heidi Yheira Angulo Angulo, a los teléfonos y correos electrónicos anteriormente mencionados.

Nombre y Apellidos del Participante
(En letras de imprenta)

Firma del Participante

DNI_____

1.4. ANEXO N° 4. Índice de Reactividad al Estrés (IRE)

INDICE DE REACTIVIDAD AL ESTRÉS

El estrés es una respuesta automática del organismo ante situaciones que exigen mayor esfuerzo de lo ordinario. Cada persona tiene reacciones características ante el estrés y algunas se enumeran en la lista siguiente.

Por favor Marca la respuesta con una **X**, que le parecen más próxima a su forma habitual de reaccionar en situaciones de estrés o tensión nerviosa. Gracias por tu participación en el estudio

Valores:

0	Nada
1	Un poco
2	Moderado
3	Bastante
4	Mucho o exageradamente

	0	1	2	3	4
1. Inquietud, incapacidad de relajarme y estar tranquilo					
2. Pérdida de apetito					
3. Descentrarme del problema y pensar en otra cosa					
4. Ganas de suspirar, opresión en el pecho sensación de ahogo					
5. Palpitaciones taquicardia					
6. Sentimientos de depresión y tristeza					
7. Mayor necesidad de comer, aumento de petito					
8. Temblores, tics o calambres musculares					
9. Aumento de actividad					
10. Náuseas, mareos, inestabilidad					
11. Esfuerzo por razonar y mantener la calma					
12. Hormigueo o adormecimiento en las manos, cara, etc.					
13. Molestias digestivas, dolor abdominal, etc.					
14. Dolor de cabeza					
15. Entusiasmo, mayor energía o disfrutar la situación					
16. Disminuir la actividad					
17. Pérdida del apetito sexual o dificultad sexuales					
18. Tendencia a echar la culpa a alguien o algo					
19. Somnolencia o mayor necesidad de dormir					
20. Aprensión, sensación de estar poniéndome enfermo					
21. Agotamiento o excesiva fatiga					
22. Micción frecuente					
23. Rascarme. Morderme las uñas, frotarme, etc.					
24. Sentimientos de agresividad o aumento de irritabilidad					
25. Diarrea					
26. Beber, fumar o tomar algo (chicle, pastillas, etc.)					
27. Necesidad de estar solo sin que nadie me moleste					
28. Aumento del apetito sexual					
29. Ansiedad, mayor predisposición a miedos, temores etc.					
30. Tendencia a comprobar repetidamente si todo está bien					
31. Mayor dificultad en dormir					
32. Necesidad de estar acompañado y de ser aconsejado					

1.5. ANEXO N° 5. Prueba STAI (IRE)

STAI

EDAD: _____

OCUPACION: _____

ESTADO CIVIL: _____

SEXO: (F) (M)

FECHA: _____

HORA: _____ am/pm

Instrucciones: A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a sí mismo. Lea cada frase y señale con (X); la puntuación es de 0 a 3 indique cómo se siente usted ahora mismo, en este momento.

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

A-E

Ítems	0. Nada	1. Algo	2. Bastante	3. Mucho
1.Me siento calmado	0	1	2	3
2.Me siento seguro	0	1	2	3
3.Estoy tenso	0	1	2	3
4.Estoy contrariado	0	1	2	3
5.Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6.Me siento alterado	0	1	2	3
7.Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8.Me siento descansado	0	1	2	3
9.Me siento angustiado	0	1	2	3
10.Me siento confortable	0	1	2	3
11.Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12.Me siento nervioso	0	1	2	3
13.Estoy desasosegado	0	1	2	3
14.Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15.Estoy relajado	0	1	2	3
16.Me siento satisfecho	0	1	2	3
17.Estoy preocupado	0	1	2	3
18.Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19.Me siento alegre	0	1	2	3
20.En este momento me siento bien	0	1	2	3

A-R

Ítems	0. Casi nunca	1. A veces	2. A menudo	3. Casi siempre
-------	---------------------	---------------	----------------	-----------------------

21.Me siento bien	0	1	2	3
22.Me canso rápidamente	0	1	2	3
23.Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24.Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25.Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26.Me siento descansado	0	1	2	3
27.Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28.Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29.Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30.Soy feliz	0	1	2	3
31.Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32.Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33.Me siento seguro	0	1	2	3
34.No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35.Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36.Estoy satisfecho	0	1	2	3
37.Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38.Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39.Soy una persona estable	0	1	2	3
40.Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

1.6. ANEXO N° 6. Base de datos

resultados - Excel

Buscar

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda

Calibri 11 A⁺ A⁻

N K S Fuente

Ajustar texto

Combinar y centrar

General

Número

Formato condicional Dar formato como tabla Estilos

P38

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1				Edad	ocupacion	estado civi	AE	AR	NAE	NAR	vegetativo	emocional	cognitivo	conductua	IRE total	Nivel			
2	1		1	48	medico	casado	24	21	Sobre pron	sobre pron	0.6		1	1.071	0.75	bajo			
3	2	1		21	tec. Enferm	soltera	22	24	Pormedio	promedio	0.93		1.14	1.14	1.06	alto			
4	3	1		27	enfermera	soltera	24	25	Sobre pron	promedio	0.73	0.8	1.8	0.86	0.94	Bajo			
5	4	1		24	enfermera	soltera	20	19	Pormedio	tendencia ↑	2.27		2.24	2.71	2.34	alto			
6	5		1	46	psicologo	casado	23	30	sobre pron	alto	0.2	0.6		0.14	0.22	bajo			
7	6	1		38	director tec	soltera	24	23	sobre pron	promedio	0.2	0.2	0.4	0.86	0.38	bajo			
8	7	1		26	obstetra	soltera	26	29	sobre pron	sobre pron	1.6		2.18		2.178	alto			
9	8		1	47	medico	casado	20	25	sobre pron	sobre pron	0.33	0.8	0.4	0.71	0.5	bajo			
10	9	1		23	enfermera	soltera	27	27	sobre pron	sobre pron	0.13		0.02		0.09	bajo			
11	10	1		18	tec. Enferm	soltera	19	21	tendencia ↑	tendencia ↑	1.33	1.6	1.4	1.43	1.41	Alto			
12	11	1		27	medico	soltero	25	22	sobre pron	tendencia ↑	0.47		1.12	1.43	0.88	bajo			
13	12	1		30	tec. Enferm	soltera	30	22	sobre pron	tendencia ↑	0.47	0.4	0.8	0.71	0.86	bajo			
14	13	1		33	lic. Enferm	soltera	26	26	sobre pron	sobre pron	0.13	0.2	0.4	0.29	0.22	bajo			
15	14		1	35	medico	casado	25	30	sobre pron	alto	0.53	0.4	0.4	0.86	0.86	bajo			
16	15	1		35	tec.enferm	soltera	25	25	sobre pron	promedio	0.33	1.2	0.6	0.57	0.56	bajo			
17	16	1		30	tec.enferm	soltera	23	21	sobre pron	promedio	0.73	0.8	0.6	1.29	0.84	bajo			
18	17	1		29	lic. Enferm	soltera	23	23	sobre pron	sobre pron	0.2	0.4	0.6	0.29	0.31	bajo			
19	18	1		34	lic. Enferm	soltera	23	23	sobre pron	sobre pron	0.73	0.4		1.071	0.72	bajo			
20	19	1		23	tec.enferm	soltera	23	27	sobre pron	sobre pron	0.8	0.2		1.086	0.75	bajo			
21	20	1		34	lic. Enferm	soltera	23	27	sobre pron	sobre pron	0.6	0.6	0.8	0.71	0.66	bajo			
22	21	1		32	enfermera	soltera	23	16	sobre pron	bajo	0.33	0.4	0.2	0.43	0.34	bajo			
23	22		1	27	tec. Enferm	soltero	26	19	sobre pron	promedio		0	0.02	0.14	0.06	bajo			
24	23	1		23	tec. Laborz	convivenci	24	24	sobre pron	promedio		0.06	0.2	0.71	0.28	bajo			
25	24	1		29	tec. Laborz	convivenci	24	24	sobre pron	promedio	0.2	0.6	0.2	0.43	0.31	bajo			
26	25	1		21	tec. Terapi	soltera	24	23	sobre pron	promedio	0.67		1	1.086	0.81	bajo			
27	26	1		30	tecnologo	soltera	28	26	sobre pron	sobre pron	1.13	0.8		2.129	1.25	alto			
28	27	1		56	psicologo	divorciada	24	32	sobre pron	sobre pron	0.33		0	1.029	0.38	bajo			
29	28	1		31	medica	soltera	29	24	sobre pron	promedio	0.13		0.06	0.14	0.19	bajo			
30	29	1		33	tec. Enferm	soltera	26	23	sobre pron	promedio	0.33	0.6	0.6	0.57	0.47	bajo			
31	30	1		26	odontologo	convivienti	27	19	Sobre pron	tendencia ↑		0.04		0.14	0.09	bajo			
32	31		1	30	tecnologo	soltera	24	26	Sobre prorr	sobre pron		0.06	0.4	0.14	0.19	bajo			
33	32	1		31	tec. Enferm	convivienti	20	24	Pormedio	sobre pron	1.27	1.2	1.4	0.29	1.06	alto			
34	33	1		43	medico	casada	26	26	Sobre prorr	sobre pron	0.47	0.2	0.4	0.29	0.38	bajo			
35	34	1		37	enfermera	casada	23	27	Sobre prorr	sobre pron	0.2		1.02	0.43	0.38	bajo			
36	35	1		33	tec. Enferm	soltera	23	27	Sobre prorr	sobre pron	0.8	0.4	0.8	1.14	0.81	bajo			
37	36	1		33	tec. Enferm	soltera	30	26	Sobre prorr	sobre pron	0.67		1.08	0.71	0.75	bajo			

Figura 3 Base de datos