

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología



“ESQUEMAS MENTALES DESADAPTATIVOS PREDOMINANTES EN TRABAJADORES DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA”

Tesis presentada por el Bachiller:

Mendoza Borda, José Alain

Para optar el Título Profesional de:

Licenciado en Psicología

Asesor(es):

Martínez Carpio, Héctor

Puma Huacac, Roger

Arequipa-Perú

2018

FACULTAD CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

INFORME DICTAMEN BORRADOR TESIS

VISTO

EL BORRADOR DE TESIS TITULADO:

**"ESQUEMAS MENTALES DESADAPTATIVOS PREDOMINANTES EN TRABAJADORES
DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA "**

SE RESUELVE:

PRESENTADO POR el BACHILLER

MENDOZA BORDA, JOSÉ ALAIN

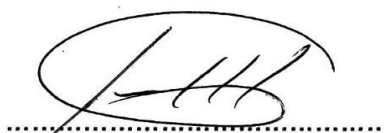
Del Dictamen:

Favorable para su aprobación

Observaciones:

Arequipa, de del 2018


Dr. Héctor Martínez Carpio


Mgter. Roger Puma Huacac

Dedicatoria

Este trabajo totalmente dedicado al esfuerzo que hacen día a día mis padres por seguir adelante, al apoyo sin condiciones, que desde que recuerdo me han brindado. Dedicado a todas las personas que me han apoyado incluyendo docentes, amig@s y gente que en el camino de una u otra manera han colaborado con esta investigación. Muchas gracias.

ÍNDICE

Dedicatoria	
Resumen	
CAPÍTULO I Marco Teórico	1
Introducción	2
Interrogante General	3
Interrogantes secundarias.....	3
Variable.....	3
Objetivos.....	4
Objetivo General.....	4
Objetivos específicos	4
Antecedentes Teórico Investigativos	5
Teoría Cognitiva	8
Definición de esquemas mentales desadaptativos o trampas vitales	10
Trampas vitales	11
Cómo se desarrollan.....	12
Young y los esquemas mentales desadaptativos.....	14
Los Once Esquemas Desadaptativos Tempranos	14
Esquemas desadaptativos asociados a la seguridad básica:	15
Abandono	15

La desconfianza y Abuso	16
Esquemas desadaptativos asociados a la relación con los demás:	16
La Privación Emocional.....	16
La exclusión Social.....	17
Esquemas desadaptativo asociados a la autonomía:	17
La Dependencia.	17
La Vulnerabilidad	18
Esquemas desadaptativos asociados a la autoestima:	18
La Imperfección.....	18
El Fracaso	18
Esquemas desadaptativos asociados a la autoexpresión:	19
La Subyugación	19
Las Normas Inalcanzables	19
Esquemas desadaptativos asociados a los límites realistas:.....	20
La Grandiosidad.....	20
CAPÍTULO II DISEÑO METODOLÓGICO	23
Tipo o diseño de investigación	24
Técnicas e Instrumento	24
Población	26
Muestra	26
Estrategia de recolección de datos	28

Criterios de procesamiento de información	29
CAPÍTULO III RESULTADOS	30
Descripción de los resultados	31
Discusión	54
Conclusiones.....	57
Sugerencias.....	58
Limitaciones.....	59
Referencias.....	60
Anexos	63
Anexo 1: CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L2.....	64
Anexo 2: SOLICITUD DE ACCESO	67
Anexo 3: APROBACIÓN DE PROYECTO	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Posibles Dimensiones del Temperamento.	12
Figura 2: Ejemplos de entornos destructivos en la infancia. Young y Klosko, (2001), pag. 51.....	13
Figura 3: Estratificación del personal de salud.....	26



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Características Laborales del personal de salud	27
Tabla 2: Características Demográficas del personal de salud	28
Tabla 3: Esquemas Mentales desadaptativos en el personal de salud	31
Tabla 4: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con el abandono.....	32
Tabla 5: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio, con la desconfianza y el abuso.	34
Tabla 6: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la privación emocional.	36
Tabla 7: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la Exclusión social.....	38
Tabla 8: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la dependencia.	40
Tabla 9: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la vulnerabilidad.....	42
Tabla 10: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la imperfección.	44
Tabla 11: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con el fracaso.....	46
Tabla 12: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la subyugación.	48
Tabla 13: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con las normas inalcanzables.....	50

Tabla 14: Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la
grandiosidad.....52



Resumen

En esta investigación el objetivo fue determinar los esquemas mentales desadaptativos predominantes en el personal de salud, médicos y enfermeras; para ello se tomó la población de dos de los hospitales más importantes en la ciudad de Arequipa, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (ESSALUD) y el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (MINSa). La muestra total fue de 249 sujetos entre médicos y enfermeras. Se usó el instrumento Young Schema Questionnaire YSQ-L2, validado en Medellín Colombia. Los resultados revelaron que, el personal que participó tiene al menos una característica de los once esquemas evaluados, los esquemas mentales desadaptativos predominantes son en primer lugar, la vulnerabilidad, en segundo lugar está la privación emocional, en tercer lugar está el fracaso y muy cerca en cuarto lugar, la grandiosidad. Mientras que los menos frecuentes vienen a ser, exclusión social y desconfianza y abuso y abandono; cabe mencionar que en cuanto al resultado global, existe un predominio de esquemas mentales adaptativos, sobre los desadaptativos. En cuanto al sexo se encontró que las mujeres tienen una mayor sensación de vulnerabilidad, así como mayor sensación de grandiosidad en comparación con los varones; en cuanto al grupo ocupacional se encontraron diferencias significativas, los médicos perciben mayor grandiosidad que las enfermeras; y en cuanto al tiempo de servicio existen diferencias significativas, a menos años de servicio, mayor percepción de fracaso. Estos resultados sustentan entre otras implicancias, aspectos negativos en la personalidad de los sujetos evaluados, que al momento del trato directo con los pacientes, pueden ocasionar conflictos en la relación médico-paciente, así como de enfermera-paciente.

Palabras clave: Esquemas Mentales Desadaptativos, Vulnerabilidad, Privación Emocional, Fracaso, Grandiosidad, Exclusión Social, Desconfianza, Abuso y Abandono.

Abstract

In this research the objective was to determine the predominant maladaptive mental schemas in healthcare personnel, doctors and nurses; To this end, the population analyzed was that of two of the most important hospitals in the city of Arequipa: Carlos Alberto Seguin Escobedo National Hospital (ESSALUD) and the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital (MINSA). The total sample consisted of 249 subjects, between doctors and nurses. The Young Schema Questionnaire YSQ-L2 instrument, validated in Medellín Colombia, was used. The results revealed that all personnel that participated have at least one of the characteristics of the eleven schemas evaluated, and the prevailing maladaptive mental schemes are in first place, Vulnerability, in second place, Emotional Deprivation and in third place Failure, and very closely in fourth place, Grandiosity. The least frequent schemas are Social Exclusion and Mistrust and Abuse and Abandonment. These results support, among other implications, that negative aspects in the personality of the subjects evaluated, while in direct contact with patients, can cause conflicts in the doctor-patient relationship, as well as nurse-patient relationship. Herein lies the importance of attention deserved not only by patients in a hospital, but also by health personnel who provide daily service to different subjects with different cultural, social and personal characteristics.

Keywords: Maladaptive Mental Schemas, Vulnerability, Emotional Deprivation, Failure, Grandiosity, Social Exclusion, Mistrust, Abuse and Abandonment. Health Care Personnel



CAPÍTULO I

Marco Teórico

Introducción

Desde una temprana edad construimos nuestra manera de ver el mundo, se puede decir que vamos estructurando una perspectiva particular, influenciados por los primeros contactos con nuestros cuidadores, a su vez influenciados por la cultura que predomina en cada población; algunos de estos modelos o patrones de crianza no necesariamente generan el desarrollo saludable de un sujeto, sino por el contrario son patrones autodestructivos de larga evolución que llevan a las personas a la infelicidad (Beck A., 1993). Es por ello la importancia de este estudio, ya que a través del conocimiento de algunos patrones o esquemas desadaptativos predominantes en el personal de salud, se puede profundizar en la personalidad de los sujetos que están al servicio de la comunidad, y tomar mayor consciencia de la calidad de servicio que se brinda en hospitales que integran a la mayor parte de la población en Arequipa, así como identificar algunos puntos que puedan ser potenciados a futuro. A menudo se puede observar en cuanto a la atención en consultorios, que algunos médicos o enfermeras tienen un trato a sus pacientes de manera indiferente y prepotente, lo cual es un problema latente en hospitales que concentran mayor número de pacientes, favorece al conflicto y crece la demanda de atención de calidad en los hospitales. Es importante considerar el análisis de la evolución del pensamiento a través del tiempo, hay patrones en nuestra personalidad que pueden ser recurrentes, en ocasiones autodestructivos y estar en constante evolución a través del pasar de los años. En las observaciones minuciosas de Piaget (1959), se puede apreciar la importancia que brinda al hecho de diferenciar y clasificar a los esquemas mentales, de otros procesos como la inteligencia. La parte simbólica en la vida de un sujeto es determinante, ya que se refiere en parte, a los valores y a la convivencia social, que implica la integración de las diferentes culturas de nuestro medio y determinadas actitudes sociales. En el ámbito de la salud pública es importante conocer a las personas más allá de

los uniformes que los distinguen, a los trabajadores profesionales del área de salud, quienes están al servicio de la población y por lo tanto se hace necesario brindar un mejor servicio. La teoría cognitiva a través de autores como Young (1993) propone una manera práctica de identificar once patrones de crianza desadaptativos –esquemas mentales o trampas vitales (Young J, Klosko J, 1993)- que se utilizó para poder identificar cuáles son los esquemas mentales desadaptativos que predominan en trabajadores del área de la salud pública y de esta manera llamar a una mayor consciencia respecto de la atención en salud pública de parte de personas que están al servicio de la población en general, así como un buen trato de parte de las organizaciones de salud.

Interrogante General

¿Cuáles son los esquemas mentales desadaptativos predominantes en trabajadores del área de la salud pública?

Interrogantes secundarias

¿Existe alguna frecuencia de esquemas desadaptativos según el sexo?

¿Existe alguna frecuencia de esquemas desadaptativos según el grupo ocupacional?

¿Existe alguna frecuencia de esquemas desadaptativos según el tiempo de servicio?

Variable

Esquemas Mentales Desadaptativos: Son patrones desadaptativos en la vida de un sujeto que se repiten a lo largo de la vida, con mayor intensidad y notoriedad en la edad adulta. Estos esquemas desadaptativos determinan cómo pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con los demás; conllevan sentimientos intensos tales como la ira, la tristeza y la ansiedad, que dificultan la convivencia en varios aspectos de nuestra vida

(Young, 1993). Se identificaron once esquemas comprendidos en seis áreas: seguridad básica, relación con los demás, autonomía, autoestima, autoexpresión y límites realistas.

Objetivos

Objetivo General

Determinar los esquemas mentales desadaptativos predominantes en trabajadores del área de la salud pública

Objetivos específicos

- Identificar los esquemas desadaptativos predominantes en varones y mujeres.
- Detectar esquemas desadaptativos predominantes de acuerdo al grupo ocupacional.
- Definir los esquemas desadaptativos predominantes por el tiempo de servicio.

Antecedentes Teórico Investigativos

Existen problemas que tienen que ver con la manera cómo se desarrolla el pensamiento a lo largo de los años, según Beck, (1993) algunos trastornos se desarrollan con el pasar del tiempo, haciendo más difícil su tratamiento dado que va en evolución, más aún si no se detectan con anticipación ya que una vez establecida la estructura de pensamiento, es más complicado y arduo pretender cambiar o modificar algunos patrones autodestructivos en los sujetos. En este contexto se considera de mucha importancia incluir teorías como el psicoanálisis para comprender cómo construimos nuestra imagen desde la infancia, y de qué manera es un referente la cultura en la cual vivimos; en este plano de la imagen es que se sitúan los fenómenos ligados a la construcción del yo: captación, anticipación, ilusión (Roudinesco E, 2000). Es de mucho valor comprender la estructura de la personalidad de cada sujeto, y más aún en un contexto de globalización, cambios familiares, estrés, ansiedad, depresión, y en general de las enfermedades mentales según la OMS en su Plan de acción sobre salud mental (2013-2020). También es necesario abarcar la teoría cognitiva, en este caso con (Young y Klosko, 2001); es Aaron Beck quien escribe en el prefacio de una de sus publicaciones: “valoraría su propuesta viéndola necesaria para la comprensión de la personalidad y el tratamiento de algunos problemas clínicos”. Al ver que muchos de sus pacientes no mejoraban, deciden estudiar al grupo de pacientes más difíciles, encontrando sus síntomas menos graves que de otros pacientes con mejorías incluso. Poco después observaría que muchos de los problemas estarían ligados a la intimidad, y tenían patrones de relaciones insatisfactorias a través de los años, durante toda su vida (Young J, Klosko J, 2001). Es así que empieza la propuesta de hacer un listado de patrones autodestructivos, colocando algunos como sentimientos de imperfección, sensación de profundo aislamiento y soledad, tendencia a sacrificar las propias necesidades por la de los otros sujetos y dependencia no saludable o confianza excesiva en los demás.

Esta experiencia los llevó al abordaje de los problemas de personalidad que en su labor terapéutica han de enfrentar. Por ello también es relevante tener en cuenta que desde (Freud, 1894), se puede apreciar el interés por el estudio de ciertos patrones que existen en los sujetos, causantes de malestar general; algo susceptible de aumento, disminución, desplazamiento y descarga, para la explicación de algunos estados psíquicos; Cabe resaltar que es con Piaget (1923), que empieza a utilizarse el término “esquema mental”, en definición, la estructura mental determinada que puede ser transferida y generalizada, y que se divide en niveles de abstracción, sin embargo seguirle el rastro al interés por la personalidad humana, definitivamente nos remontaría a la filosofía y seguro algunos otros autores.

En este estudio haremos sobre todo hincapié en el desarrollo de la teoría cognitiva, que tiene una visión del esquema mental como un constructo cognitivo que sirve para filtrar, codificar y evaluar la información que llega del ambiente de manera consistente, las percepciones e interpretaciones de los eventos (Piaget, 1926; Barlett, 1932; citado por Ferrei, Peña, Gómez, Pérez y Flores). Piaget (1926) trabajó el tema de los esquemas para explicar el proceso de pensamiento en los niños, gracias a las observaciones minuciosas que hacía de sus hijos en el seno de su hogar; posteriormente Barlett (1932), trabajó los esquemas en relación a la comprensión y memoria en ámbitos sociales en su obra llamada *Remembering* (1933), en donde más allá de trabajar los procesos de la memoria, comprendió que cada persona poseía varias interpretaciones para un mismo fenómeno, lo cual lo llevó a recolectar diversos datos que plasmaría en el libro mencionado; recurre al esquema para describir los errores de los sujetos. Para Barlett, el esquema era una organización activa de las reacciones o experiencias pretéritas, un sujeto es más o menos incapaz de separar los acontecimientos codificados del esquema anterior en el momento de la recuperación; luego los acontecimientos basados en esquemas eran recordados en el

momento de la recuperación, junto con todo lo que quedara de los acontecimientos codificados. Poco después Minsky (1975) acuña el término *marco* para referirse a los esquemas interpretativos de la información visual o esquemas visuales; esta teoría es la inspiración para lo que conocemos como inteligencia artificial, desarrollada por (Rumelhart y Ortony, 1977), de esta manera explican, podemos comprender e interpretar sucesos visuales, hacer inferencias; es así que a menudo observamos a la gente tener diferentes prejuicios en distintas áreas de la vida, sobre todo en el aspecto social. De alguna manera estos prejuicios enmarcan el pensamiento de las personas y se hacen medibles desde un punto de vista social.

A raíz del estudio de la inteligencia artificial autores como Schank y Abelson, (1980), descubren que de alguna manera son predecibles ciertas situaciones cotidianas en las personas, a las cuales denominan *guiones*, que son secuencias de acontecimientos predeterminados y estereotipados; resultado de estos estudios, también tenemos la inspiración de Stanley Kubrick a principios de los setenta, en su película *Inteligencia Artificial*; dadas las circunstancias no pudo concretarse sino hasta el año 2001 gracias a Steven Spielberg. Los seres humanos a través de la historia nos hemos comunicado a base de símbolos, sin embargo, no siempre podríamos predecir o enmarcar un pensamiento, sino más bien seguirle el rastro y conocer mejor su estructura. Seguidamente (Schank y Abelson, 1980) proponen el concepto de *planes* para referirse al comportamiento propositivo de las personas, el conjunto de decisiones para un propósito, al mismo tiempo aclaran los autores que un plan rutinario podría convertirse en un guión. Así seguirá en evolución lo que hoy llamamos Teoría Cognitiva; en este caso con Young y Klosko (2001) quienes, a través de sus experiencias clínicas, han visto la necesidad de brindar una respuesta más práctica y efectiva en cuanto al tratamiento de algunos problemas de salud mental. Todas estas teorías han sido aplicadas al estudio de esquemas sociales, en donde es

reflejada la manera de pensar que tenemos respecto a todo lo que nos rodea, y que es producto también de la manera en que hemos sido educados a través de la oralidad de nuestros cuidadores, incluso desde la concepción hasta una edad en la que se reflejan nuevas percepciones; en este punto mencionábamos lo importante del aspecto simbólico en los seres humanos, de alguna manera determinados por un lenguaje que transmite valores, actitudes, finalmente una manera conjunta de expresarse en un lugar específico.

Teoría Cognitiva

La Psicología ha ido evolucionando con el pasar del tiempo, renovando nuevas tendencias, incluyendo otras, fusionándose varias de ellas o mejorando de alguna manera la perspectiva con que se tratan distintos problemas; uno de los asuntos innatos a la psicología ha sido el tema de la personalidad, definitivamente varias profesiones han dado sus aportes, como la filosofía, medicina, antropología, psicoanálisis entre otras; pero definitivamente es un tema que compete de forma total a la Psicología. Como se mencionaba la psicología ha pasado una constante evolución, recibiendo aportes de la filosofía y psicoanálisis y otras corrientes como el asociacionismo en el siglo XX, que constituyó la psicología americana. Dentro de esta corriente, los psicólogos trataban de generar las leyes básicas para el aprendizaje, memoria entre otros procesos a través de experimentos rigurosamente controlados. Sin embargo, pese a los esfuerzos era complicado determinar leyes para fenómenos o aspectos que son cambiantes y están regidos no solo por un aspecto, sino son el complemento de varios otros valores en el ser humano, lo cual llevó a los investigadores a la frustración. El conductismo radical no brindaba las respuestas necesarias a los problemas planteados, ya que se centraba en la relación entre las condiciones del entorno y su rendimiento (Beck J., 2000). Con el tiempo había una creciente insatisfacción con las teorías que hacían una defensa estricta del

estímulo-respuesta, que se hacían insuficientes para comprender los hechos mentales complejos (Best J., 2001). En la actualidad hay una tendencia a incluir varias teorías, pero sin embargo tiene bastante fuerza la teoría cognitiva que representa al ser humano como un procesador de información, basándose en una filosofía contextualista y también mecanicista, la psicología cognitiva hace hincapié así mismo en la importancia de las actividades y de las estructuras mentales del sujeto para comprender y para crear significados. Con el tiempo la psicología cognitiva se centra cada vez más en la interrelación de las creencias y la cognición y en cómo esta se desarrolla a partir de la interacción social. Ya que hemos hablado de personalidad, que también incluye varias teorías que han ido tomando este tema como esencia de la psicología, es necesario mencionar la teoría de Eysenck (1970), quien es uno de los investigadores más acérrimos de la investigación sobre personalidad, y muy riguroso en el método científico. Se puede o no estar de acuerdo con los postulados de Eysenck, pero lo que es indudable es su trabajo paso a paso que es un ejemplo perfecto de lo que debe ser una investigación científica. Según Eysenck (1970), el campo de la personalidad no constituye un apartado incomunicado de otras ramas, como la psicología experimental, la farmacología, la neurología, la psiquiatría y otras disciplinas afines; el autor menciona que en los últimos años se ha estado estableciendo que la personalidad tiene unas fuertes raíces biológicas y que en la actualidad el objetivo de todo estudio es unificar todas estas disciplinas para encontrar, más allá de trabajos descriptivos de la personalidad, labores que puedan dar causas de la misma. Las teorías sobre la estructura de la personalidad de todas maneras nos remontan a los griegos y la teoría de los cuatro humores y los cuatro temperamentos que se idearon de manera precisa en tiempos memorables; es con Galeno el griego, que toma una forma muy aceptada por otros personajes como Emmanuel Kant, reconocido filósofo que acepta esta teoría en su texto de psicología llamado *Anthropologie*, y sus descripciones de

los cuatro temperamentos han sido ampliamente aceptadas. A la fecha aún es de mucha utilidad para clínicos apoyarse en esta teoría para reconocer al instante parte de la personalidad de un sujeto que asiste a consulta, pero sin embargo estos factores no estaban muy de acuerdo con la realidad, y hacia finales del siglo XIX varios psicólogos indicaron que se podía lograr una descripción mejor de la personalidad utilizando dos dimensiones ortogónicas, a lo largo de las cuales los sujetos podrían distribuirse de forma continua (Eysenck, 1970). Wilhelm Wundt defendió que una de estas dimensiones separaría las emociones fuertes, de las débiles, es decir el temperamento melancólico y colérico, del flemático y sanguíneo; en cuanto a la otra, diferenciaría los temperamentos cambiables, el colérico y el sanguíneo, de los inmutables, el melancólico y el flemático (Eysenck, 1970). Cabe mencionar la importancia de la teoría de Eysenck al aporte del estudio de la personalidad, en cuanto al presente estudio sin duda es un importante referente, ya que abarcaremos aspectos que tienen que ver directamente con la personalidad, sobre todo desde el enfoque cognitivo.

Ya después Young J. y Klosko J. (1994), desarrollan en base a sus experiencias en la clínica, ocupados en el tratamiento de la personalidad la teoría de las “trampas vitales”, que sería el resultado de sus observaciones en la práctica terapéutica y consecuencia de los estudios ya mencionados acerca de los esquemas mentales desadaptativos, en donde se describen 11 patrones desadaptativos más comunes, definiendo a estos como esquemas o patrones que se inician en la infancia y se repiten durante toda la vida.

Definición de esquemas mentales desadaptativos o trampas vitales

Un esquema es una estructura abstracta de conocimiento o una estructura de datos para representar conceptos genéricos almacenados en la memoria (Rumelhart, 1984). Los esquemas son construcciones sociales, la adquisición de los esquemas, lejos de ser un

proceso individual, ocurre en un medio socio cultural; de esta manera podemos considerar a los esquemas como la abstracción de convenciones y principios que son culturales (Marchesi y Paniagua, 1983).

Es con Young y Klosko (2001) que se acuña el término “trampas vitales” refiriéndose a los esquemas mentales desadaptativos que bien trabajaban los autores mencionados anteriormente, gracias a sus observaciones en la práctica clínica deciden formular esta teoría desde una perspectiva de tratamiento para las distintas personalidades a las que habría que orientar.

Trampas vitales

Es importante mencionar que este enfoque se basa en la teoría cognitiva que fue desarrollada por el doctor Aron Beck allá por los años sesenta. La premisa básica de la terapia cognitiva es la manera cómo interpretamos los acontecimientos de nuestras vidas (pensamientos) y así esto determina cómo nos sentimos respecto de ellos (emociones). Dentro de los once patrones desadaptativos encontramos precisamente distorsiones en cuanto al pensamiento y por tanto emociones que llevan a un sufrimiento constante y muchas veces las personas que los padecen no son del todo conscientes de qué es lo que sucede en sus vidas que les provoca insatisfacción en las distintas áreas de la misma.

Entonces concluimos que las trampas vitales son patrones desadaptativos que se repiten a lo largo de la vida, empiezan en la infancia a través de la transmisión de valores que poseen los cuidadores (padres de familia o apoderados), se desarrollan luego en la adolescencia y se intensifican en la etapa adulta, causando un gran sufrimiento en las personas y sus familiares. Las trampas vitales determinan cómo pensamos, sentimos, actuamos y nos relacionamos con los demás; conllevan sentimientos intensos tales como la

ira, la tristeza y la ansiedad que dificultan la convivencia en todos los aspectos de nuestra vida.

Cómo se desarrollan

Existen varios factores que intervienen en el desarrollo de las trampas vitales.

De hecho, el temperamento es la primera influencia que determina nuestra manera de actuar, de sentirnos y al mismo tiempo es el ingrediente que nos diferencia o caracteriza de los demás. Al igual que otros rasgos innatos el temperamento cambia y presenta una gran variedad de emociones. Es así que tenemos el siguiente cuadro que describe mejor las posibles dimensiones del temperamento:

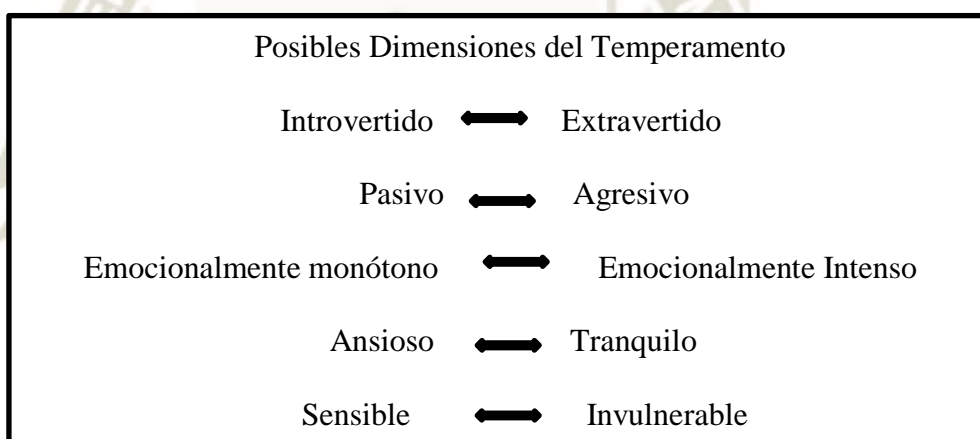


Figura 1: Posibles Dimensiones del Temperamento.

La influencia de la familia es muy poderosa e influyente en los seres humanos, casi no tenemos mucho dominio al principio en la infancia, es poco a poco que se va definiendo nuestra personalidad, y es recién en la adultez que se expresa a plenitud el proceso que hemos tenido antes de forjar nuestros ideales. También es necesario mencionar la herencia, que es un aspecto que se ha tratado bastante en los últimos tiempos, sin embargo, en este trabajo es esencial el aspecto familiar como aspecto más relevante en cuestión de crianza

de los hijos, así como de construcción de dichos patrones desadaptativos a lo largo de su desarrollo, que pueden traducirse en valores y convivencia. No podemos descuidar este tema de los valores, ya que el problema radica en que, lo que vale para muchos sujetos no necesariamente es positivo para los demás, y aunque hoy en día muchos sujetos creen que se han perdido valores, en realidad es que hemos dejado de lado muchas aristas del tema de los valores, muchos de ellos asociados de forma errada a la religión, o a las buenas costumbres, en vez de conceptualizar mejor este tema, y para ello la importancia de la comunicación en el seno familiar; según Albano S. (2003) “la mirada de la moral es miope para ver más allá de lo que ella prescribe, pues solo puede ver lo que es igual a sí misma y condenar lo que no se le parece”. Podemos concluir en este punto que muchas familias no son conscientes del impacto que tienen en sus integrantes, sobre todo en los más pequeños o infantes. Las trampas vitales o esquemas desadaptativos aparecen precisamente por un entorno familiar negativo o destructivo. Aquí adjunto un cuadro que explicará mejor a través de ejemplos, varios entornos destructivos en la infancia:

Ejemplos de Entornos Destructivos en la Infancia

1. Uno de los padres te maltrataba y el otro tenía una actitud pasiva e indefensa.
2. Tus padres fueron distantes emocionalmente y esperaban mucho de ti.
3. Tus padres discutían todo el tiempo. Estabas siempre en el medio.
4. Uno de tus padres estaba enfermo o deprimido y el otro estaba ausente. Te convertiste en el cuidador.
5. Te aferrabas a uno de tus padres. Esperabas que te comportaras como

Figura 2: Ejemplos de entornos destructivos en la infancia. Young y Klosko, (2001), pag. 51

Young y los esquemas mentales desadaptativos

Young inicia sus investigaciones en el año 1975 con la formación Rogeriana, parafraseando y clarificando en terapia, atendiendo diversos problemas, entre ellos algunos graves como la depresión, ansiedad, así como problemas familiares que son relativamente comunes en la atención clínica. Al ver un vacío en sus terapias ya que no veía cambios contundentes en sus pacientes decide complementar con la teoría conductista, que en cambio sí le da algunos resultados en cuestión de sugerencias y acciones para llevar a cabo con sus pacientes, sin embargo aún quedaba el vacío al no poder explicar en sí lo que pasaba en cada caso, hasta que se topó con Aron Beck y la teoría cognitiva, entonces hallaría este complemento para la atención de sus pacientes a quienes principalmente les aquejarían sus pensamientos y creencias (Young, 2001).

Después de algunos años de observar que sus pacientes mejoraban en menor grado y contrastando con otros colegas, Young descubre que los pacientes más difíciles tenían síntomas menos graves, y en general estaban menos deprimidos y presentaban menos ansiedad, pero el problema radicaba en que tenían patrones de relaciones insatisfactorias, así como problemas en su vida íntima desde siempre, lo cual finalmente lo lleva a concluir que estos pacientes no venían por un problema del momento sino que tenían patrones de vida autodestructivos. Posteriormente se elabora una lista de los patrones más comunes o repetitivos en estos pacientes lo cual da luces a la teoría y terapia de los esquemas desadaptativos o trampas vitales (Young, 2001).

Los Once Esquemas Desadaptativos Tempranos

I. Seguridad básica

1. Abandono
2. Desconfianza y abuso

II. Relación con los demás

3. Privación emocional

4. Exclusión social

III. Autonomía

5. Dependencia

6. Vulnerabilidad

IV. Autoestima

7. Imperfección

8. Fracaso

V. Autoexpresión

9. Subyugación

10. Normas inalcanzables

VI. Límites realistas

11. Grandiosidad

Esquemas desadaptativos asociados a la seguridad básica:

Abandono

Pensamiento de que las personas que se quiere o estima, probablemente mueran, se vayan o rechacen su compañía. Sentimiento de soledad que perdura en el tiempo, con tendencia a la negatividad. Esta trampa provoca un sentimiento de desesperación en el amor, que finalmente se cree que fracasará. Pensamiento de que es muy difícil que las personas permanezcan al lado, o extrañen la compañía (Young y Klosko, 2001). Cabe mencionar que este esquema o trampa vital se da principalmente en las relaciones íntimas y no es tan evidente en grupos, ni relaciones fortuitas. Es importante recalcar que la

ansiedad está presente en la mayoría de trampas vitales, lo cual hará que se intensifiquen los sentimientos o pensamientos dados.

La desconfianza y Abuso

Es una mezcla de sentimientos más generales como el dolor, el miedo, la ira y la pérdida. Los sentimientos son intensos y están a flor de piel, por ello se tiene una percepción con tendencia a la paranoia, de hipervigilancia temporal, ya que puede haber determinada calma después, haciendo notorio un cambio marcado en el estado del ánimo; también podría o no haber un episodio traumático, que desarrolle estrés post trauma (DSM V, 5ta Edición), o que haya sido menos intenso pero simbólico para el sujeto.

Es importante la forma en que se recuerda el abuso de la infancia, posteriormente va desarrollando, y fijando determinada estructura para el sujeto, que se puede observar en el discurso particular.

Esquemas desadaptativos asociados a la relación con los demás:

La Privación Emocional

Se experimenta como una carencia emocional, hay una sensación de vacío y podría tener que ver con los sujetos en constante búsqueda de sensaciones.

Es característica una percepción de sentirse defraudado o decepcionado de los demás. (Young y Klosko 2001). Está muy asociado a la persona cuidadora en particular, tendencia al engreimiento o sobreprotección, lo cual, con el tiempo también asociado a las adicciones, falta de responsabilidad. La intimidad en el amor es complicada manifestándose actitudes contradictorias, hay falta de afecto sin embargo rechazo a los sujetos que brindan más afecto o lo expresan.

Generalmente con madres frías o poco cariñosas, el niño no tiene la percepción de ser querido, madres que no pueden sintonizar con las necesidades del niño (Young y Klosko, 2001).

La exclusión Social.

Se refiere al hecho de sentirse diferente y así excluido del resto del mundo, un sentimiento marcado de soledad caracteriza a esta trampa vital; se manifiesta en cuestiones externas o cualidades externas, generalmente con tendencia al aislamiento, no se identifica fácilmente en grupos. Generalmente familias que de la misma manera se aíslan o son extravagantes muy distintas (Young y Klosko, 2001).

Esquemas desadaptativo asociados a la autonomía:

La Dependencia.

Es un sentimiento de no poder realizar las cosas solo, sino siempre asociado a la compañía de alguien más; incapacidad de tomar decisiones por sí mismo sin consultar previamente. Búsqueda constante de aprobación de ser el caso de tomar una decisión. Es caracterizada por la falta de seguridad constantes en actividades de cotidianidad, si las actividades son nuevas hay mucha ansiedad y temor a realizarlas de forma individual, lo cual lleva a la persona a tener una percepción de fracaso y frustración. Hay una tendencia a escapar de diversas situaciones, evitarlas, lo cual obstaculizan el desarrollo de las personas que tienen esta estructura. La crisis de pánico y agorafobia se presentan en esta trampa vital de dependencia, las personas con esta trampa se sienten indefensas, con serias dificultades en su autonomía.

La Vulnerabilidad

En esta trampa la ansiedad se encuentra muy elevada, poniendo en una constante sensación de peligro al sujeto, ya sea por enfermedad, salud, pobreza o pérdida de control. Según los autores el ataque de pánico es típico en esta trampa vital y puede ser consecuencia de haber estado mucho tiempo enfermo o cuidando a un familiar por un tiempo también prolongado. El mantenerse atento al cuidado para evitar enfermarse puede ser muy desgastante para el sujeto.

Esquemas desadaptativos asociados a la autoestima:

La Imperfección.

Caracterizada principalmente por la vergüenza de mostrarse tal cual frente a los demás; se puede decir que cualquier defecto se maximiza poniéndose al descubierto. En contraste con la trampa vital de exclusión social, que hace referencia a las características superficiales u observables, la imperfección es un estado interno (Young y Klosko, 2001).

El Fracaso

Hay una tendencia a compararse con personas que se considera del mismo nivel, una consciencia de inutilidad que se refuerza con la evitación; prevalecen los pensamientos de no poder hacerlo, de para qué sino se es bueno o no se va a lograr, es una predisposición a fallar constante.

Es probable que durante la infancia haya existido mucha crítica de parte de los cuidadores o alguno de ellos, que finalmente hicieron emerger el sentimiento de inferioridad, la falta de confianza en las propias capacidades o la toma de conciencia del límite de las mismas. Generalmente se busca compensaciones que puedan mitigar el

fracaso de las áreas fundamentales, en las que por evitación se ha fracasado, por ejemplo, se puede prestar atención al aspecto físico, o al aspecto material.

Esquemas desadaptativos asociados a la autoexpresión:

La Subyugación

Tiene que ver con el autosacrificio en algunos casos, pero generalmente en función al control que a su vez se asocia al poder. Es así que el punto central, es agradar a los demás sean familiares o amigos o incluso desconocidos. En esta trampa vital también hay un desgaste fuerte, ya que la constante aquí se trata de todos menos de uno mismo. La subyugación te priva de la libertad porque las decisiones que tomas dependen del efecto que producen en los demás (Young y Klosko, 2001). Esta trampa vital tiene el efecto de alienar al sujeto, haciéndolo perder su independencia; una característica del temperamento puede estar ligada a la empatía y a la dificultad para establecer límites con los demás, probablemente sea complicado decir que no, a las demandas del otro.

Cabe mencionar que la ira también juega un rol importante en esta trampa vital, ya que a medida que se satisfacen las demandas de los demás, se acumula una gran carga en el sujeto.

Las Normas Inalcanzables

Una frase conocida podría acercarse a describir esta trampa vital “mucho abarcas y poco aprietas”, en sí los sujetos que tienen esta trampa tratan de hacer mucho y encargarse de todo, uno de los obstáculos más resaltantes es la presión.

La gente que rodea a los sujetos con esta trampa vital tienen la percepción de que han logrado mucho, sin embargo, para el sujeto no es así, aún está la sensación de que no han

alcanzado los objetivos trazados y esto produce estrés que impide incluso disfrutar de momentos de ocio o deportes.

Asumir nuevas responsabilidades o más de ellas se convierte en el tormento principal para los sujetos con esta trampa vital, y el tiempo es el peor enemigo que llena de ansiedad y angustia a quienes tienen esta trampa. Probablemente los cuidadores han sido muy exigentes con estos sujetos en la infancia, han demandado siempre mucha expectativa.

Esquemas desadaptativos asociados a los límites realistas:

La Grandiosidad

A diferencia de la subyugación en este esquema desadaptativo hay poca empatía, y conciencia social, hay una tendencia al dominio, a la prepotencia; los objetivos a largo plazo pueden ser un caos ya que una característica es la impulsividad, la falta de autocontrol y autodisciplina. En experiencia de los autores este esquema desadaptativo se diferencia de los demás porque no existe una conciencia de que este patrón les cause malestar, es solo cuando llegan las consecuencias de los actos impulsivos, que se busca apoyo o hay una mayor conciencia.

Este esquema desadaptativo está asociado a la ausencia o poca autoridad de los cuidadores, a los límites débiles, al consentimiento de conductas problema, sin adecuada disciplina o sobreprotección incluso.

Ya habiendo revisado cada una de las trampas vitales o esquemas desadaptativos tempranos mencionadas por Young (2001), es necesario hacer un recuento de los estudios hallados que también abarcan los esquemas mentales desadaptativos tempranos junto a otras variables. Se encontraron los siguientes estudios asociados al tema de los denominados esquemas desadaptativos tempranos o trampas vitales:

Esquemas desadaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer Ferrei, Peña, Gómez y Pérez (2009), atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, Colombia (80 personas, mayores de 39 años), se encontró prevalencia de EDTs de autosacrificio, seguido de entrampamiento, abandono, que es asociado al llamado estilo de vida carcinógeno. El 75% de la muestra eran mujeres y el 25% eran hombres, en su mayoría de escasos recursos económicos en cuanto a factores sociodemográficos.

Aguilera, Lejía, Rodríguez, Trejo y López (2009) en su estudio de los cambios en EDTs y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual; el objetivo fue identificar y evaluar si hay cambios en los esquemas desadaptativos en personas obesas después de un tratamiento cognitivo, al cabo 14 sesiones encontraron una diferencia significativa entre las trampas de privación emocional, abandono e inestabilidad emocional en una muestra de 22 sujetos. Al comienzo del tratamiento los pacientes se encontraron en un nivel tipo 1 de obesidad, al término su nivel de masa corporal disminuyó.

López, Rondón, Alfeno y Callerino (2012), en su estudio encontraron correlación entre EDTs y afectividad positiva y negativa. En una muestra de 400 sujetos entre 20 y 59 años de edad, en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Se encontró que cuatro esquemas desadaptativos predictores de una afectividad positiva en mujeres y tres esquemas desadaptativos predictores en hombres, lo cual se asocia una afectividad mayor positiva para las mujeres y determinados esquemas desadaptativos como autocontrol, fracaso, grandiosidad y metas inalcanzables, y en hombres se encontraron los esquemas de privación emocional, abandono, desconfianza y aislamiento social.

También en la Universidad Nacional de San Agustín de la ciudad de Arequipa se realizó un estudio encontrando correlación de EDTs y pacientes con diagnóstico de cáncer

de mama y ginecológico en el IREN SUR, prevaleciendo el esquema de autosacrificio y abandono. (Flores K. y Gómez Ch., 2013).





CAPÍTULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo o diseño de investigación

El diseño de la investigación es de tipo Descriptiva (Salkind, 1999), ya que el objetivo es extraer información en el tiempo presente para poder describir cada esquema.

Técnicas e Instrumento

La técnica consiste en la aplicación colectiva de una escala Psicológica YSQ-L2, validada en Medellín Colombia.

El instrumento utilizado es el Young Schema Questionnaire long form, second edition (1990). Las opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 1 y 6, considerando 1 y 6 como totalmente falso; 2 como la mayoría de las veces falso; 3 como más falso que verdadero; 4 como más verdadero que falso; 5 como la mayoría de las veces verdadero y 6 como me describe perfectamente. Los esquemas evaluados son los siguientes: Deprivación emocional, Abandono, Desconfianza/Abuso, Aislamiento social/Alineación, Defectuosidad/Vergüenza, Indeseabilidad social, Fracaso, Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, Entrampamiento, Subyugación, Autosacrificio, Inhibición emocional, Estándares inflexibles, Derecho y Autocontrol insuficiente/Autodisciplina; cabe mencionar que para considerar uno o varios de los once esquemas que afectan significativamente la vida de un sujeto, es necesario tener la sumatoria de los ítems de cada factor, obteniéndose las puntuaciones directas. Las puntuaciones directas se convierten a percentiles, de acuerdo a la tabla que establece el límite de la presencia significativa del esquema, a partir del percentil 85 (ver tabla en anexos). Esta prueba está compuesta por 45 ítems.

Estos once factores explican el 65% de la varianza total (VE). El primer factor explica el 25,5% de la varianza y los demás explican hasta un 7% o menos. Estos factores

refieren a los siguientes contenidos: Factor 1 Abandono (6 ítems; VE= 25,5%), Factor 2: Insuficiente autocontrol/ autodisciplina (6 ítems; VE= 6,6%), Factor 3: Desconfianza/abuso (5 ítems; VE= 5,8%), Factor 4: Privación emocional (5 ítems; VE= 5,2%), Factor 5: Vulnerabilidad al daño y a la enfermedad (4 ítems; VE= 4,8%), Factor 6: Autosacrificio (4 ítems; VE= 3,6%), Factor 7: Estándares inflexibles (4 ítems; VE= 3,4%), Factor 8: Estándares inflexibles (3 ítems; VE= 2,9%), Factor 9: Inhibición emocional (3 ítems; VE= 2,6%), Factor 10: Derecho (3 ítems; VE= 2,5%), Factor 11: Entrampamiento (2 ítems; VE= 2,1%). La prueba tuvo una consistencia interna total de 0,91 y los factores oscilaron entre 0,71 y 0,85, por lo cual se concluye que estos reactivos son válidos y confiables para evaluar cada esquema desadaptativo.

Para la validación de este instrumento se tomó una muestra aleatoria y representativa de 1.419 estudiantes universitarios. El estudio encontró que la prueba tenía una estructura factorial que se organizaba en once factores y explicaban el 65% de la varianza. Los factores encontrados fueron: abandono, insuficiente autocontrol/autodisciplina, desconfianza/abuso, privación emocional, vulnerabilidad al daño y a la enfermedad, autosacrificio, estándares inflexibles (factores séptimo y octavo), inhibición emocional, derecho y entrampamiento. En conclusión, los datos obtenidos validan la existencia de un modelo de once factores en el cuestionario Young Schema Questionnaire Long Form - Second Edition para la ciudad de Medellín, Colombia.

Población

La población está constituida por un total de 1382 trabajadores profesionales del área de salud, médicos y enfermeras de 2 hospitales en la ciudad de Arequipa. Los hospitales serán ESSALUD: Carlos Alberto Segúin Escobedo (HNCASE), y el otro es el hospital regional MINSA: Honorio Delgado Espinoza.

Muestra

La muestra total está conformada por 249 sujetos entre médicos y enfermeras de los hospitales Carlos Segúin Escobedo (ESSALUD) y Honorio Delgado Espinoza (MINSA).

Para determinar la muestra se establece la siguiente fórmula $n = \frac{Z_{\infty}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + Z_{\infty}^2 \cdot p \cdot q}$ donde

Z_{∞} = nivel de confianza: 95% que es igual a 1.96, $p= 50\%$, $q= 50\%$, $N= 1382$ y $E=$ error muestral 6%.

Al reemplazar tenemos que $n = \frac{13267200}{44125} = 248.6$ redondeando $n= 249$

Según datos estadísticos tenemos que:

Estratificación		N°	%	N°
HRHDE	Médicos	328	24.0	66
	Enfermeras	308	22.0	51
ESSALUD	Médicos	396	29.0	69
	Enfermeras	350	25.0	63
TOTAL		1382	100.0	249

Figura 3: Estratificación del personal de salud.

Tabla 1:

Características Laborales del personal de salud

CARACTERÍSTICAS LABORALES	Nº	%
GRUPO OCUPACIONAL		
Médico	135	54.2
Enfermera	114	45.8
ÁMBITO		
EsSalud	117	47.0
MINSA	132	53.0
TIEMPO DE SERVICIO		
De 1 a 5 años	141	56.6
De 6 a 10 años	55	22.1
De 11 a más	53	21.3
Total	249	100.0

Nota: Se tiene tres aspectos, grupo, ámbito y tiempo de servicio.

Fuente: Matriz de datos

En el grupo ocupacional la mayoría de las unidades de estudio eran médicos con el 54.2% mientras que el resto de personas que fueron el 45.8% fueron enfermeras.

Respecto al ámbito en la mayoría de los casos con 53.0% correspondieron al ministerio de salud, mientras que el resto que representan al 47% eran de ESSALUD.

En cuanto al tiempo de servicio la mayoría estaban entre 1 y 5 años de servicio, mientras que el menor porcentaje que estaba representado por el 21.3% tenían de 11 años a más.

Tabla 2:

Características Demográficas del personal de salud

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Nº	%
EDAD		
Menos de 35 años	143	57.4
De 36 a 50 años	64	25.7
Más de 50 años	42	16.9
SEXO		
Masculino	90	36.1
Femenino	159	63.9
Total	249	100.0

Nota: Dos aspectos la edad y el sexo. Fuente: Matriz de datos

Respecto a la edad la mayoría del personal de salud motivo de la investigación, que fue el 57.4% tenían menos de 35 años, mientras que el menor porcentaje representado por el 16.9% con la edad de 50 años o más.

Respecto al sexo la mayoría del personal entrevistado con el 63.9% eran del sexo femenino; mientras que el resto que eran 36.1% eran varones.

Estrategia de recolección de datos

Primero se obtendrá la información de la cantidad de médicos y enfermeras tanto del hospital ESSALUD “Carlos Segúin Escobedo”, como del hospital MINSA “Honorio Delgado Espinoza”, para así poder establecer la población y muestra. Luego se procederá a

contactar con el departamento encargado de brindar los permisos en dichos hospitales, así como se establecerá cuáles son las personas encargadas de los departamentos correspondientes, luego se procederá a establecer el tiempo en el cual se aplicará el cuestionario a enfermeras y médicos en horario libre dentro de sus actividades laborales, como por ejemplo en horario de refrigerio, así como en reuniones donde se convocan a médicos y enfermeras para tratar algunos asuntos institucionales. Previos permisos para actuar plenamente y sin inconvenientes dentro de las instituciones referidas, se procede a la evaluación con el cuestionario respectivo.

Criterios de procesamiento de información

Los datos, una vez recolectados, se tabularán en una hoja de cálculo Excel versión 2010, a partir de esta, se procesará la información y se elaborarán tablas de simple y doble entrada, según sea el caso. El análisis estadístico contemplará dos etapas, en la primera, de carácter descriptivo, se calcularán frecuencias absolutas (N°) y relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de la variable principal. En una segunda etapa, se relacionarán algunas variables secundarias con la principal, por lo cual se aplicará la prueba estadística de chi cuadrado, a un nivel de confianza del 95% (0.05). El procesamiento de la información se hará con la ayuda del paquete estadístico EPI-INFO versión 6.0



CAPÍTULO III

RESULTADOS

Descripción de los resultados

Tabla 3:

Esquemas Mentales desadaptativos en el personal de salud

ESQUEMAS MENTALES	DIAGNÓSTICO			
	No Significativo		Significativo	
	Nº	%	Nº	%
Abandono	233	93.6	16	6.4
Desconfianza y abuso	233	93.6	16	6.4
Privación emocional	191	76.7	58	23.3
Exclusión social	236	94.8	13	5.2
Dependencia	211	84.7	38	15.3
Vulnerabilidad	179	71.9	70	28.1
Imperfección	211	84.7	38	15.3
Fracaso	195	78.3	54	21.7
Subyugación	205	82.3	44	17.7
Normas inalcanzables	201	80.7	48	19.3
Grandiosidad	196	78.7	53	21.3

Nota: Se considera el aspecto significativo.

Fuente: Matriz de datos

En la presente tabla podemos apreciar los esquemas mentales desadaptativos que se evaluaron en el personal de salud, siendo el que ocupa el primer lugar en ser significativo, la Vulnerabilidad con 28.1%; en segundo lugar está la privación emocional con 23.3%, en tercer lugar está el fracaso con 21.7% y muy cerca en cuarto lugar, la grandiosidad con 21.3%. Mientras que los menos frecuentes vienen a ser, exclusión social con 5.2% y desconfianza y abuso y abandono con 6.4%.

Tabla 4:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con el abandono.

Características	Abandono				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	132	97.8	3	2.2	135	100.0
Enfermera	101	88.6	13	11.4	114	100.0
P			0.003 ($P < 0.05$) S.S.			
Edad						
Menos de 35 años	130	90.9	13	9.1	143	100.0
De 36 a 50 años	61	95.3	3	4.7	64	100.0
Más de 50 años	42	100.0	0	0.0	42	100.0
P			0.047 ($P < 0.05$) S.S.			
Sexo						
Masculino	84	93.3	6	6.7	90	100.0
Femenino	149	93.7	10	6.3	159	100.0
P			0.907 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	131	92.9	10	7.1	141	100.0
De 6 a 10 años	49	89.1	6	10.9	55	100.0
De 11 a más	53	100.0	0	0.0	53	100.0
P			0.061 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Total	233	93.6	16	6.4	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación al abandono.
Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, solamente en el 2.2% de ellos el abandono fue significativo; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 11.4% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas son significativas, por lo tanto, existe relación entre el grupo ocupacional y el abandono, puesto que las enfermeras sienten más abandono que los médicos.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 9% de abandono significativo, los de 36 a 40 fue de 4.7% y los de más de 50 años fue 0%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son significativas, es decir

hay relación entre la edad y el abandono, puesto que, a mayor edad, menos sensación de abandono.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 6.7% tuvo un abandono significativo, y en el caso de las mujeres fue de 6.3%. Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y el abandono.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 7.1% tuvieron un abandono significativo, los de 6 a 10 fue de 10.9% y los de 11 a más fue de 0%. Según la prueba estadística las diferencias no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el tiempo de servicio y el abandono.

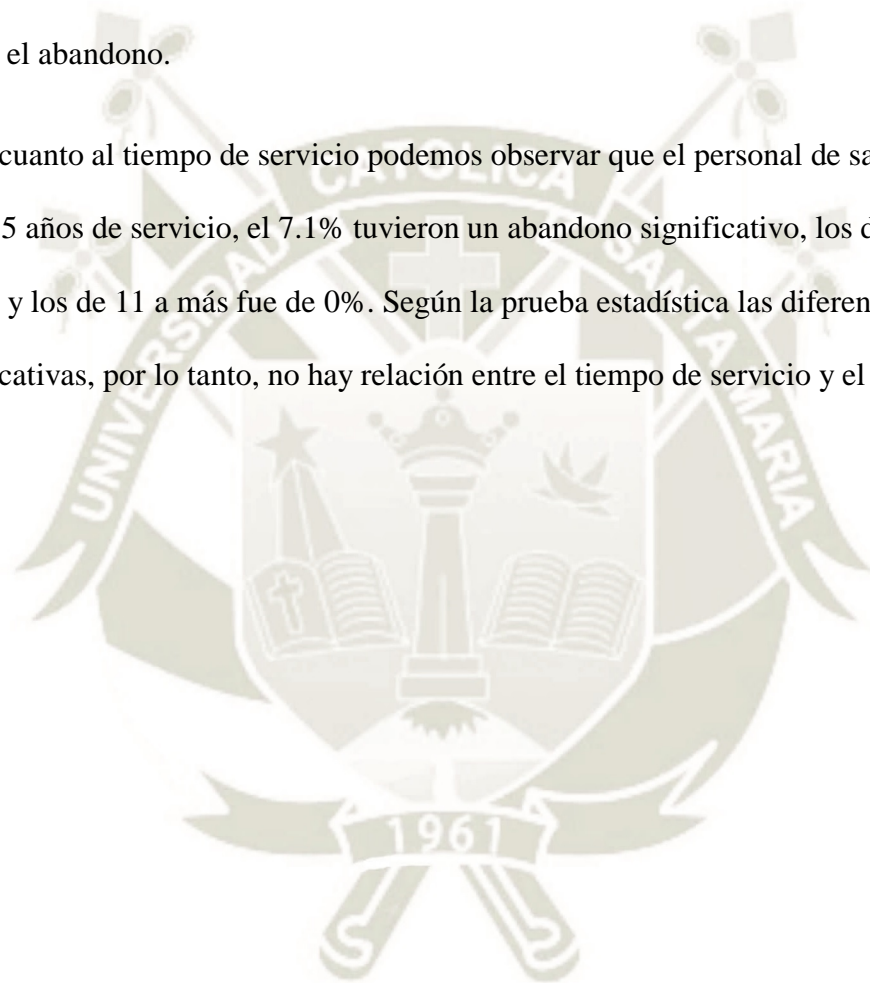


Tabla 5:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio, con la desconfianza y el abuso.

Características	Desconfianza y Abuso				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	126	93.3	9	6.7	135	100.0
Enfermera	107	93.9	7	6.1	114	100.0
P			0.538 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Edad						
Menos de 35 años	132	92.3	11	7.7	143	100.0
De 36 a 50 años	59	92.2	5	7.8	64	100.0
Más de 50 años	42	100.0	0	0.0	42	100.0
P			0.176 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	85	94.4	5	5.6	90	100.0
Femenino	148	93.1	11	6.9	159	100.0
P			0.674 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	128	90.8	13	9.2	141	100.0
De 6 a 10 años	52	94.5	3	5.5	55	100.0
De 11 a más	53	100.0	0	0.0	53	100.0
P			0.048 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	233	93.6	16	6.4	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la desconfianza y abuso.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 6.6% de ellos la desconfianza y el abuso fue significativo; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 6.1% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y la desconfianza y abuso.

Respecto a la edad podemos observar que los médicos, presentaron el 7.7% de desconfianza y abuso significativo; en cuanto a las enfermeras presentaron un 7.8%

significativo. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas, no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre edad y desconfianza y abuso.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 5.6% tuvo un abandono significativo, y en el caso de las mujeres fue de 6.9%. Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y la desconfianza y el abuso.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 9.2% tuvieron una desconfianza y abuso significativo, los de 6 a 10 fue de 5.5% y los de 11 a más fue de 0%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y la desconfianza y abuso. Puesto que, a menor tiempo de servicio, mayor sensación de desconfianza y abuso.

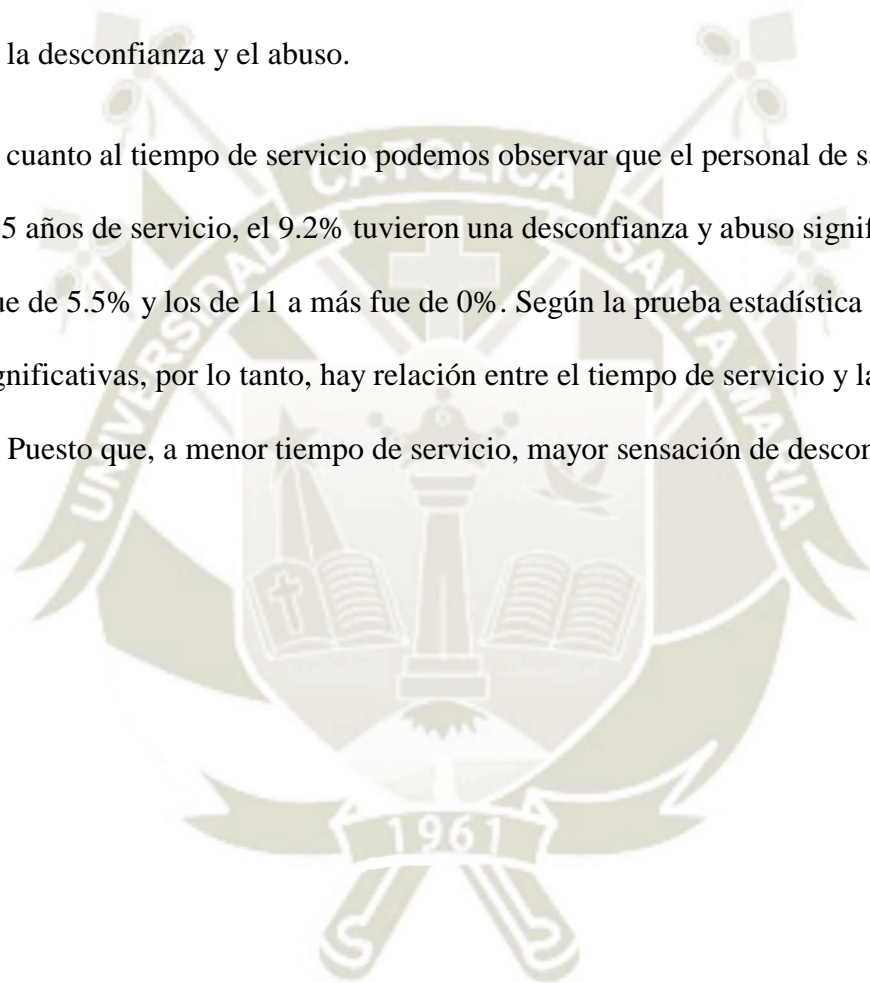


Tabla 6:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la privación emocional.

Características	Privación Emocional				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	107	79.3	28	20.7	135	100.0
Enfermera	84	73.7	30	26.3	114	100.0
P			0.300 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Edad						
Menos de 35 años	103	72.0	40	28.0	143	100.0
De 36 a 50 años	52	81.3	12	18.8	64	100.0
Más de 50 años	36	85.7	6	14.3	42	100.0
P			0.044 ($P < 0.05$) S.S.			
Sexo						
Masculino	73	81.1	17	18.9	90	100.0
Femenino	118	74.2	41	25.8	159	100.0
P			0.140 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	101	71.6	40	28.4	141	100.0
De 6 a 10 años	43	78.2	12	21.8	55	100.0
De 11 a más	47	88.7	6	11.3	53	100.0
P			0.042 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	191	76.7	58	23.3	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la privación emocional.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 20.7% de ellos la privación emocional fue significativo; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 26.3% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y la privación emocional.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 28.0% de privación emocional significativo, los de 36 a 50 fue de 18.8% y los de

más de 50 años fue 14.3%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son significativas, es decir hay relación entre la edad y la privación emocional, puesto que, a mayor edad, menos sensación de privación emocional.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 18.9% tuvo una privación emocional significativo, y en el caso de las mujeres fue de 6.9%. Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y la desconfianza y el abuso.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 28.4% tuvieron una privación emocional significativa, los de 6 a 10 fue de 21.8% y los de 11 a más fue de 11.3%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y la privación emocional. Puesto que, a menor tiempo de servicio, hay mayor sensación de privación emocional.

Tabla 7:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la Exclusión social.

Características	Exclusión Social				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	134	99.3	1	0.7	135	100.0
Enfermera	102	89.5	12	10.5	114	100.0
P			0.000 ($P < 0.05$) S.S.			
Edad						
Menos de 35 años	139	97.2	4	2.8	143	100.0
De 36 a 50 años	61	95.3	3	4.7	64	100.0
Más de 50 años	36	85.7	6	14.3	42	100.0
P			0.013 ($P < 0.05$) S.S.			
Sexo						
Masculino	87	96.7	3	3.3	90	100.0
Femenino	149	93.7	10	6.3	159	100.0
P			0.244 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	137	97.2	4	2.8	141	100.0
De 6 a 10 años	52	94.5	3	5.5	55	100.0
De 11 a más	47	88.7	6	11.3	53	100.0
P			0.043 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	236	94.8	13	5.2	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la exclusión social.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 0.7% de ellos la exclusión social fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 10.5% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas son significativas, por lo tanto, hay relación entre el grupo ocupacional y la exclusión social.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 2.8% de exclusión social significativo, los de 36 a 50 fue de 4,7% y los de más de 50 años fue 14.3%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son

significativas, es decir hay relación entre la edad y la exclusión social, puesto que, a menor edad, mayor sensación de exclusión social.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 3.3% tuvo una exclusión social significativo, y en el caso de las mujeres fue de 6.3%.

Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y la exclusión social.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 2.8% tuvieron una exclusión social significativa, los de 6 a 10 fue de 5.5% y los de 11 a más fue de 11.3%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y la exclusión social.

Puesto que, a menor tiempo de servicio, hay mayor sensación de exclusión social.

Tabla 8:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la dependencia.

Características	Dependencia				Total	
	No significativo N°	%	Significativo N°	%	N°	%
Grupo Ocupacional						
Médico	116	85.9	19	14.1	135	100.0
Enfermera	95	83.3	19	16.7	114	100.0
P			0.347 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Edad						
Menos de 35 años	124	86.7	19	13.3	143	100.0
De 36 a 50 años	52	81.3	12	18.8	64	100.0
Más de 50 años	35	83.3	7	16.7	42	100.0
P			0.578 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	68	75.6	22	24.4	90	100.0
Femenino	143	89.9	16	10.1	159	100.0
P			0.003 ($P < 0.05$) S.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	125	88.7	16	11.3	141	100.0
De 6 a 10 años	46	83.6	9	16.4	55	100.0
De 11 a más	40	75.5	13	24.5	53	100.0
P			0.046 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	211	84.7	38	15.3	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la dependencia.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 14.1% de ellos la dependencia fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 16.7% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y la dependencia.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 13.3% de dependencia significativa, los de 36 a 50 fue de 18.8% y los de más de

50 años fue 16.7%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre la edad y la dependencia.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 24.4% tuvo una dependencia significativa, y en el caso de las mujeres fue de 10.1%. Según la prueba estadística la diferencia es significativa, por lo tanto, hay relación entre el sexo y la dependencia. Puesto que en los varones hay mayor sensación de dependencia.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 11.3% tuvieron una dependencia significativa, los de 6 a 10 fue de 16.4% y los de 11 a más fue de 24.5%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y la dependencia. Puesto que, a menor tiempo de servicio, hay mayor sensación de dependencia.

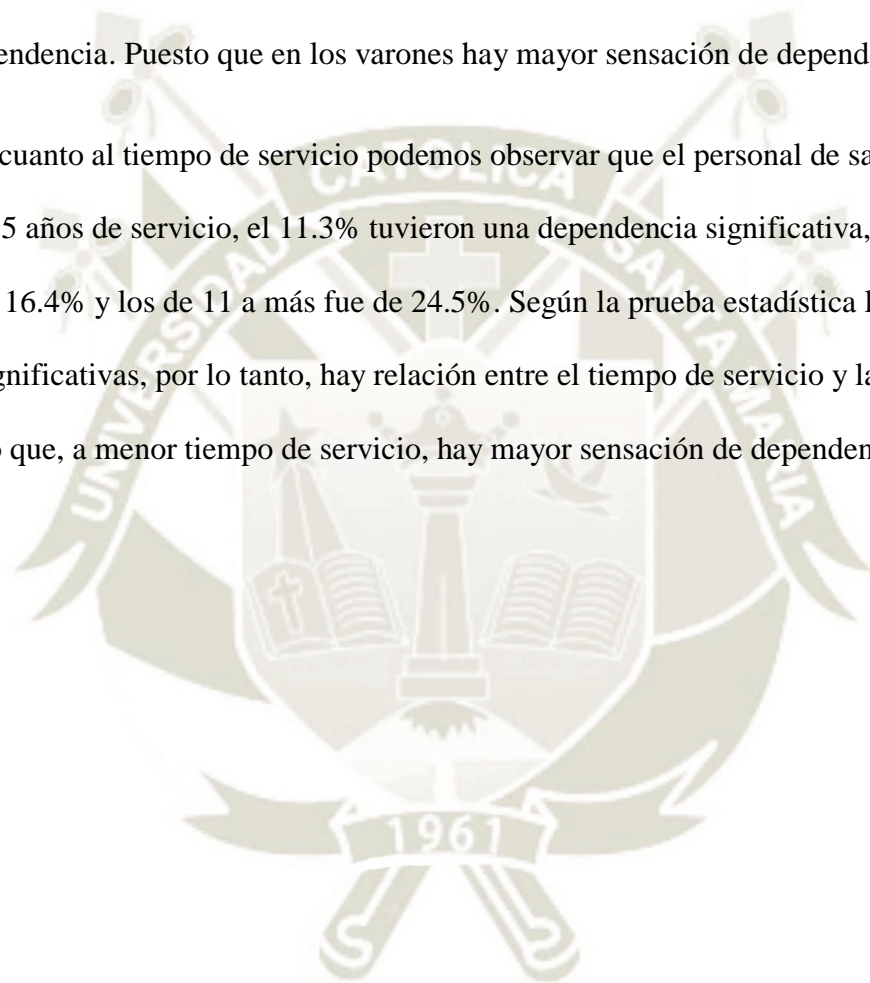


Tabla 9:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la vulnerabilidad.

Características	Vulnerabilidad				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	110	81.5	25	18.5	135	100.0
Enfermera	69	60.5	45	39.5	114	100.0
P			0.000 ($P < 0.05$) S.S.			
Edad						
Menos de 35 años	101	70.6	42	29.4	143	100.0
De 36 a 50 años	48	75.0	16	25.0	64	100.0
Más de 50 años	30	71.4	12	28.6	42	100.0
P			0.809 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	75	83.3	15	16.7	90	100.0
Femenino	104	65.4	55	34.6	159	100.0
P			0.002 ($P < 0.05$) S.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	105	74.5	36	25.5	141	100.0
De 6 a 10 años	36	65.5	19	34.5	55	100.0
De 11 a más	38	71.7	15	28.3	53	100.0
P			0.451 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Total	179	71.9	70	28.1	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la vulnerabilidad.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 18.5% de ellos la vulnerabilidad fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 39.5% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas son significativas, por lo tanto, hay relación entre el grupo ocupacional y la vulnerabilidad. Puesto que las enfermeras tienen mayor sensación de vulnerabilidad que los médicos.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 29.4% de vulnerabilidad significativa, los de 36 a 50 fue de 25.0% y los de más

de 50 años fue 28.6%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre la edad y la vulnerabilidad.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 16.7% tuvo una vulnerabilidad significativa, y en el caso de las mujeres fue de 34.6%. Según la prueba estadística la diferencia es significativa, por lo tanto, hay relación entre el sexo y la vulnerabilidad. Puesto que en las mujeres hay mayor sensación de vulnerabilidad.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 25.5% tuvieron una vulnerabilidad significativa, los de 6 a 10 fue de 34.5% y los de 11 a más fue de 28.3%. Según la prueba estadística las diferencias no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el tiempo de servicio y la vulnerabilidad.

Tabla 10:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la imperfección.

Características	Imperfección				Total	
	No significativo		Significativo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	118	87.4	17	12.6	135	100.0
Enfermera	93	81.6	21	18.4	114	100.0
P						0.136 ($P \geq 0.05$) N.S.
Edad						
Menos de 35 años	124	86.7	19	13.3	143	100.0
De 36 a 50 años	54	84.4	10	15.6	64	100.0
Más de 50 años	33	78.6	9	21.4	42	100.0
P						0.048 ($P < 0.05$) S.S.
Sexo						
Masculino	80	88.9	10	11.1	90	100.0
Femenino	131	82.4	28	17.6	159	100.0
P						0.201 ($P \geq 0.05$) N.S.
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	124	87.9	17	12.1	141	100.0
De 6 a 10 años	43	78.2	12	21.8	55	100.0
De 11 a más	44	83.0	9	17.0	53	100.0
P						0.216 ($P \geq 0.05$) N.S.
Total	211	84.7	38	15.3	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la imperfección.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 12.6% de ellos la imperfección fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 18.4% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y la imperfección.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 13.3% de imperfección significativa, los de 36 a 50 fue de 15.6% y los de más de 50 años fue 21.4%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son

significativas, es decir hay relación entre la edad y la imperfección. Puesto que, a mayor edad, mayor sensación de imperfección.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 11.1% tuvo una vulnerabilidad significativa, y en el caso de las mujeres fue de 17.6%. Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y la imperfección.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 12.1% tuvieron una imperfección significativa, los de 6 a 10 fue de 21.8% y los de 11 a más fue de 17.0%. Según la prueba estadística las diferencias no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el tiempo de servicio y la imperfección.

Tabla 11:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con el fracaso.

Características	Fracaso				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	105	77.8	30	22.2	135	100.0
Enfermera	90	78.9	24	21.1	114	100.0
P			0.474 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Edad						
Menos de 35 años	115	80.4	28	19.6	143	100.0
De 36 a 50 años	48	75.0	16	25.0	64	100.0
Más de 50 años	32	76.2	10	23.8	42	100.0
P			0.638 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	66	73.3	24	26.7	90	100.0
Femenino	129	81.1	30	18.9	159	100.0
P			0.154 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	118	83.7	23	16.3	141	100.0
De 6 a 10 años	37	67.3	18	32.7	55	100.0
De 11 a más	40	75.5	13	24.5	53	100.0
P			0.037 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	195	78.3	54	21.7	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación al fracaso.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 22.2% de ellos, el fracaso fue significativo; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 21.1% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y el fracaso.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 19.6% de fracaso significativo, los de 36 a 50 fue de 25.0% y los de más de 50

años fue 23.8%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre la edad y el fracaso.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 26.7% tuvo un fracaso significativo, y en el caso de las mujeres fue de 18.9%. Según la prueba estadística la diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y el fracaso.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 16.3% tuvieron un fracaso significativo, los de 6 a 10 fue de 32.7% y los de 11 a más fue de 24.5%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y el fracaso. Puesto que el personal que labora entre 6 a 10 años tiene una mayor sensación de fracaso.

Tabla 12:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la subyugación.

Características	Subyugación				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	114	84.4	21	15.6	135	100.0
Enfermera	91	79.8	23	20.2	114	100.0
P			0.216 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Edad						
Menos de 35 años	115	80.4	28	19.6	143	100.0
De 36 a 50 años	53	82.8	11	17.2	64	100.0
Más de 50 años	37	88.1	5	11.9	42	100.0
P			0.515 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	79	87.8	11	12.2	90	100.0
Femenino	126	79.2	33	20.8	159	100.0
P			0.042 ($P < 0.05$) S.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	105	74.5	36	25.5	141	100.0
De 6 a 10 años	55	100.0	0	.0	55	100.0
De 11 a más	45	84.9	8	15.1	53	100.0
P			0.000 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	205	82.3	44	17.7	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la subyugación.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 15.6% de ellos, la subyugación fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 20.2% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y la subyugación.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 19.6% de subyugación significativa, los de 36 a 50 fue de 17.2% y los de más de

50 años fue 11.9%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas, es decir no hay relación entre la edad y la subyugación.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 12.2% tuvo una subyugación significativa, y en el caso de las mujeres fue de 20.8%. Según la prueba estadística la diferencia es significativa, por lo tanto, hay relación entre el sexo y la subyugación. Puesto que el sexo femenino tiene una mayor sensación de subyugación.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 25.5% tuvieron una subyugación significativa, los de 6 a 10 fue de 0.0% y los de 11 a más fue de 15.1%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y la subyugación. Puesto que el personal que labora entre 1 a 5 años tiene una mayor sensación de subyugación.

Tabla 13:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con las normas inalcanzables.

Características	Normas Inalcanzables				Total	
	No significativo		Significativo		N°	%
	N°	%	N°	%		
Grupo Ocupacional						
Médico	113	83.7	22	16.3	135	100.0
Enfermera	88	77.2	26	22.8	114	100.0
P	0.128 ($P \geq 0.05$) N.S.					
Edad						
Menos de 35 años	128	89.5	15	10.5	143	100.0
De 36 a 50 años	43	67.2	21	32.8	64	100.0
Más de 50 años	30	71.4	12	28.6	42	100.0
P	0.000 ($P < 0.05$) S.S.					
Sexo						
Masculino	70	77.8	20	22.2	90	100.0
Femenino	131	82.4	28	17.6	159	100.0
P	0.235 ($P \geq 0.05$) N.S.					
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	123	87.2	18	12.8	141	100.0
De 6 a 10 años	42	76.4	13	23.6	55	100.0
De 11 a más	36	67.9	17	32.1	53	100.0
P	0.006 ($P < 0.05$) S.S.					
Total	201	80.7	48	19.3	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a las normas inalcanzables.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 16.3% de ellos, las normas inalcanzables fueron significativas; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 22.8% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas no son significativas, por lo tanto, no hay relación entre el grupo ocupacional y las normas inalcanzables.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 10.5% de normas inalcanzables significativas, los de 36 a 50 fue de 32.8% y los de más de 50 años fue 28.6%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas son significativas, es decir hay relación entre la edad y las normas inalcanzables. Puesto que el personal con edades entre 36 a 50 años, tiene mayor tendencia a las normas inalcanzables.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 22.2% tuvo unas normas inalcanzables significativas, y en el caso de las mujeres fue de 17.6%. Según la prueba estadística la diferencia encontrada no es significativa, por lo tanto, no hay relación entre el sexo y las normas inalcanzables.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 12.8% tuvieron unas normas inalcanzables significativas, los de 6 a 10 fue de 23.6% y los de 11 a más fue de 32.1%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto, hay relación entre el tiempo de servicio y las normas inalcanzables. Puesto que el personal que labora entre 11 a más años tiene una mayor tendencia hacia las normas inalcanzables.

Tabla 14:

Relación entre grupo ocupacional, edad, sexo y tiempo de servicio con la grandiosidad.

Características	Grandiosidad				Total	
	No significativo N°	%	Significativo N°	%	N°	%
Grupo Ocupacional						
Médico	117	86.7	18	13.3	135	100.0
Enfermera	79	69.3	35	30.7	114	100.0
P			0.001 ($P < 0.05$) S.S.			
Edad						
Menos de 35 años	118	82.5	25	17.5	143	100.0
De 36 a 50 años	45	70.3	19	29.7	64	100.0
Más de 50 años	33	78.6	9	21.4	42	100.0
P			0.140 ($P \geq 0.05$) N.S.			
Sexo						
Masculino	78	86.7	12	13.3	90	100.0
Femenino	118	74.2	41	25.8	159	100.0
P			0.014 ($P < 0.05$) S.S.			
Tiempo de Servicio						
De 1 a 5 años	122	86.5	19	13.5	141	100.0
De 6 a 10 años	39	70.9	16	29.1	55	100.0
De 11 a más	35	66.0	18	34.0	53	100.0
P			0.002 ($P < 0.05$) S.S.			
Total	196	78.7	53	21.3	249	100.0

Nota: cuatro aspectos en relación a la grandiosidad.

Matriz de datos

Respecto al grupo ocupacional podemos observar que, en los médicos, el 13.3% de ellos, la grandiosidad fue significativa; en cambio en las enfermeras fue significativo en el 30.7% de ellas. Según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas son significativas, por lo tanto hay relación entre el grupo ocupacional y la grandiosidad. Puesto que en las enfermeras hay mayor tendencia a la grandiosidad.

Respecto a la edad podemos observar que el personal de salud con menos de 35 años, presentó 17.5% de grandiosidad significativa, los de 36 a 50 fue de 29.7% y los de más de

50 años fue 21.4%. Según la prueba estadística las diferencias encontradas no son significativas, es decir que no hay relación entre la edad y la grandiosidad.

Respecto al sexo podemos observar que, el personal de salud de sexo masculino en un 13.3% tuvo una grandiosidad significativa, y en el caso de las mujeres fue de 25.8%. Según la prueba estadística la diferencia encontrada es significativa, por lo tanto hay relación entre el sexo y la grandiosidad. Puesto que hay mayor tendencia a la grandiosidad de parte del sexo femenino.

En cuanto al tiempo de servicio podemos observar que el personal de salud que tienen de 1 a 5 años de servicio, el 13.5% tuvieron una grandiosidad significativa, los de 6 a 10 fue de 29.1% y los de 11 a más fue de 34.0%. Según la prueba estadística las diferencias son significativas, por lo tanto hay relación entre el tiempo de servicio y la grandiosidad. Puesto que el personal que labora entre 11 a más años tiene una mayor tendencia hacia la grandiosidad.

Discusión

A partir de los resultados se observa que la mayoría del personal de salud que colaboró con esta investigación, poseen una o más características de los once esquemas mentales desadaptativos estudiados. Cabe mencionar que los más significativos, es decir, los que afectan la vida del sujeto, son el esquema mental desadaptativo de vulnerabilidad, con el mayor porcentaje significativo, seguido del esquema de privación emocional, así como los esquemas de fracaso y grandiosidad; estos esquemas tienen que ver con sujetos que están cuidando por tiempo a enfermos, asociados a sujetos cuidadores; asociados también a la jerarquía, la prepotencia y al fracaso, la falta de confianza; Es lógico pensar que la convivencia con pacientes enfermos, varios de ellos con problemas crónicos o enfermedades terminales como es el caso del cáncer, pueda ser influyente en los médicos y enfermeras participantes del presente estudio. Es importante mencionar que existe un predominio de los esquemas adaptativos en la muestra. No se encontraron investigaciones respecto a los esquemas mentales de los trabajadores de salud, sin embargo cabe mencionar el estudio de Flores K. y Gómez Ch., 2013, en el cual se encontró correlación de esquemas mentales desadaptativos y pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y ginecológico en el IREN SUR, prevaleciendo el esquema de autosacrificio y abandono. En este caso se toma el punto de vista del paciente, mas no del cuidador, sin embargo tanto paciente como personal de salud mantienen una convivencia en el proceso de recuperación o tratamiento, así como en las interacciones en entrevistas y evaluaciones.

Es importante señalar que de acuerdo al paso del tiempo, los resultados pueden modificarse, en caso de tener apoyo familiar y tener mayor consciencia o ser atendidos por especialistas, estos resultados, pueden no ser significativos. En cuanto al tiempo y el apoyo se tiene el estudio de Aguilera, Lejía, Rodríguez, Trejo y López (2009) en su investigación

de los cambios en esquemas mentales desadaptativos y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual; al cabo 14 sesiones encontraron una diferencia significativa entre los esquemas desadaptativos de privación emocional, abandono e inestabilidad emocional en una muestra de 22 sujetos. Al comienzo del tratamiento los pacientes se encontraron en un nivel tipo 1 de obesidad, al término su nivel de masa corporal disminuyó. Es importante que se valore el potencial humano, en el caso de médicos y enfermeras, entre otros trabajadores dentro de un hospital; parte fundamental de ello es realizar una evaluación periódica a los colaboradores, que brinde oportunidad a la reflexión y crecimiento personal. Este estudio sugiere que el apoyo que recibe el sujeto, es de vital relevancia; en este caso fue el tratamiento o terapia, en otros casos también puede ser el entorno familiar, las amistades, las actividades sociales, que brinden soporte a cada sujeto.

Es importante mencionar que existen diferencias en cuanto al sexo, como en el estudio de López, Rondón, Alfeno y Callerino (2012), habiendo descubierto correlación entre Esquemas mentales desadaptativos y afectividad positiva y negativa. En una muestra de 400 sujetos entre 20 y 59 años de edad, en la ciudad de Santa Fe, Argentina. Se encontró que cuatro esquemas desadaptativos predictores de una afectividad positiva en mujeres y tres esquemas desadaptativos predictores en hombres, lo cual se asocia una afectividad mayor positiva para las mujeres y determinados esquemas desadaptativos como autocontrol, fracaso, grandiosidad y metas inalcanzables, y en hombres se encontraron los esquemas de privación emocional, abandono, desconfianza y aislamiento social. Así también se observa similitud en cuanto a la edad de los sujetos de la muestra. Es interesante observar las diferencias que se han encontrado en el presente estudio en cuanto a este aspecto, el 34.6% de mujeres sobre el 16.7% de varones, en el esquema más

significativo, la vulnerabilidad. Lo cual puede ser un reflejo de nuestra cultura actual, donde es probable que las mujeres se sientan inseguras, en comparación a los varones.

Al estar presente un esquema mental desadaptativo en un sujeto, puede provocar inestabilidad, teniendo consecuencias a nivel general. El estudio de De la Fuente (2016), revela que si son significativos los esquemas mentales desadaptativos en un sujeto casado, puede provocar insatisfacción a nivel marital, como es el caso del estudio con una población de padres de familia de nivel primario en una institución educativa prestigiosa.

En consecuencia los esquemas mentales desadaptativos, cuando son significativos, entorpecen el desarrollo óptimo de un sujeto, provocando insatisfacción en las diferentes áreas de la vida.

Los resultados del presente estudio tienen similitudes y están asociados a la cultura que nos caracteriza, no lejos de una realidad que se vive en el día a día, en un área tan importante como es la salud pública, ese contacto que hay entre pacientes y cuidadores; finalmente es básico para un análisis y tratamiento efectivos, así como una convivencia en armonía y en pro de un desarrollo a nivel personal, social y comunitario.

Conclusiones

PRIMERA. Todo el personal que colaboró con esta investigación presentó al menos una característica de los once esquemas mentales desadaptativos, siendo predominantes, la vulnerabilidad, la privación emocional, el fracaso y la grandiosidad.

SEGUNDA. Existe un predominio de los esquemas adaptativos en la muestra evaluada.

TERCERA. Existen diferencias significativas en cuanto al sexo en algunos de los esquemas predominantes, en dónde las mujeres se sienten más vulnerables que los varones; asimismo tienen mayor percepción de grandiosidad que los varones.

CUARTA. Hay diferencias significativas en cuanto al grupo ocupacional, los médicos perciben mayor vulnerabilidad y grandiosidad que las enfermeras.

QUINTA. En cuanto al tiempo de servicio también existen diferencias significativas, a menos años de servicio, mayor percepción de grandiosidad, así como mayor sensación de fracaso.

Sugerencias

PRIMERA. Relacionar otras variables que puedan ampliar el estudio de los esquemas mentales desadaptativos en personal de salud.

SEGUNDA. Implementar políticas o proyectos que valoren al sujeto en su entorno social, laboral y personal.

CUARTA. Concientizar a la población a través de actividades, sobre la importancia del valor humano y la salud mental.

QUINTA. Ampliar investigaciones que nos ayuden a comprender al personal de salud en su contexto personal, social, y comunitario.

SEXTA. Ampliar el estudio clínico en casos que requieran mayor atención a nivel de salud u otras áreas.

Limitaciones

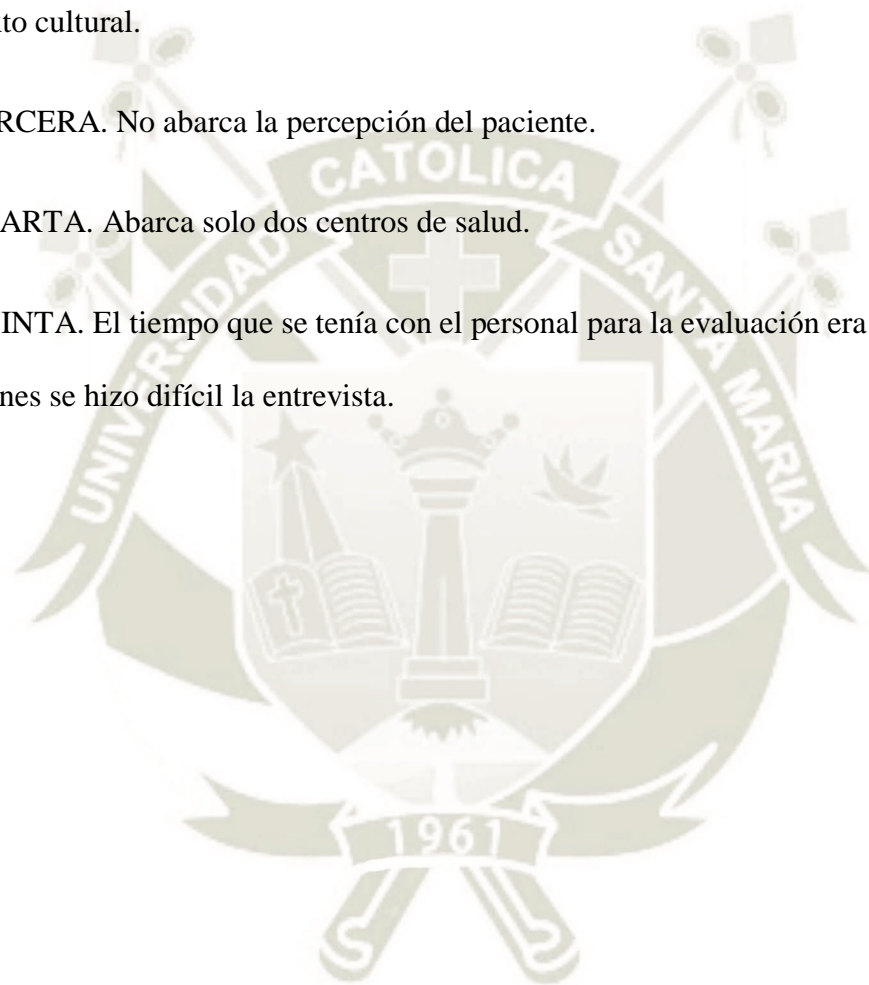
PRIMERA. El estado del sujeto se evalúa en tiempo presente, sin embargo a través del tiempo puede variar.

SEGUNDA. No hay muchas investigaciones respecto al personal de salud en nuestro contexto cultural.

TERCERA. No abarca la percepción del paciente.

CUARTA. Abarca solo dos centros de salud.

QUINTA. El tiempo que se tenía con el personal para la evaluación era escaso y en ocasiones se hizo difícil la entrevista.



Referencias

- Aguilera, Lejía, Rodríguez, Trejo y López (2009). *Cambios en EDTs y en la antropometría de mujeres obesas con un tratamiento cognitivo conductual*. Recuperado de <http://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/10285/14347>
- Barlett F. (1932). *Remembering: A Study in Experimental and Social Psychology*. Cambridge University Press. Recuperado de <http://www.bartlett.psychol.cam.ac.uk/TheoryOfRemembering.htm>
- Beck J. (2000). *Terapia cognitiva conceptos básicos y profundización*. Editorial Gedisa, España.
- Best J. (2001). *Psicología Cognitiva*. International Thomson Editores Spain, paraninfo S.A. Madrid.
- Bruning R, Schraw G. y Ronning R. (2002). *Psicología Cognitiva e Instrucción*. Alianza editorial S.A. Madrid.
- Castrillón, Cháves, Ferrer, Londoño, Maestre, Marín y Echnitter (2005). *Validación del Young Schema Questionnaire Long Form-second Edition (YSQ-L2) en población Colombiana*. Revista latinoamericana de psicología, volumen 37, N°3. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rlp/v37n3/v37n3a07.pdf>
- De la Fuente Torres, (2016). Relación de los esquemas mentales desadaptativos y la satisfacción marital. Recuperado de <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5962/A5.1394.MG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- De Souza A. (2008). *Esquemas cognitivos y creencias maladaptativos de personalidad*. Universidad de Brasilia, Instituto de Psicología. Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/6636/1/2008_AlexandreJoseSouzaPeres.pdf

Eysenck H. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Editorial Fontanella.

Barcelona.

Ferreí, Peña, Gómez y Pérez, (2009). *Esquemas desadaptativos tempranos en pacientes diagnosticados con cáncer, atendidos en tres centros oncológicos de la ciudad de Santa Marta, Colombia*. Recuperado de

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-417X2009000200009

Flores K. y Gómez Ch., (2013) *Esquemas Desadaptativos Tempranos y pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y ginecológico en el IREN SUR*. Tesis no publicada, Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa-Perú.

Freud S. (1894). *Proyecto de una Psicología para Neurólogos y otros ensayos*. Ediciones Orbis S.A.

López, Rondón, Alfeno y Callerino (2012), *Esquemas Desadaptativos Tempranos y afectividad positiva y negativa*. Ciencias Psicológicas Vol. 6 N°2, Montevideo.

Recuperado de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212012000200005

Minsky (1975), *Esquemas situacionales: giones*. Recuperado de

<http://courses.media.mit.edu/2004spring/mas966/Minsky%201974%20Framework%20for%20knowledge.pdf>

Nietzsche F. (2003). *La Genealogía de la Moral*. Ediciones la cuadrícula S.R.L. Buenos Aires, Argentina.

Piaget J. (1986). *La formación del símbolo en el niño*. Fondo de cultura económica. Argentina.

Roudinesco E, (2000). *Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*.

Fondo de cultura económica. Argentina.

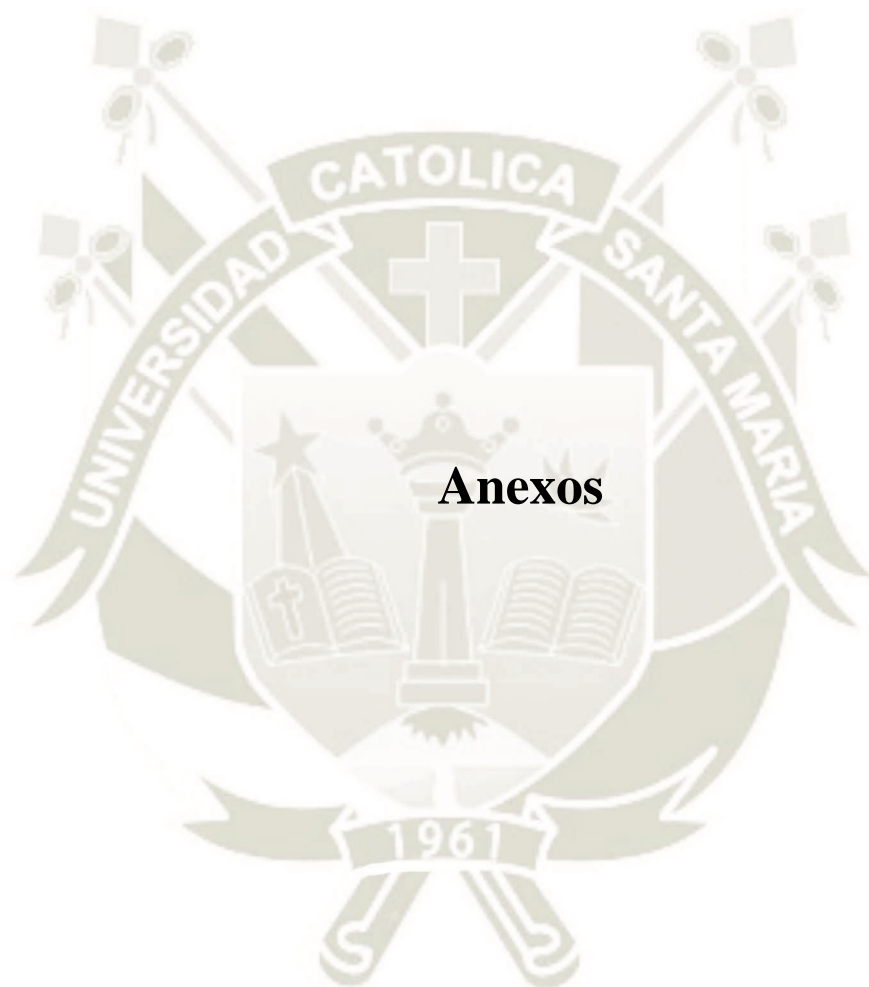
Rumelhart y Ortony, (1977). El enfoque conexionista en psicología cognitiva. Recuperado de <https://www.raco.cat/index.php/ensenanza/article/viewFile/21963/21797>

Salkind N. (1999). *Métodos de Investigación*. Prentice Hall. México.

Schank y Abelson, (1980). Representación de conceptos, los guiones. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/667432.pdf>

Young J. y Klosko J. (2001). *Reinventa tu vida*. Edición Paidós Ibérica.





Anexos

Anexo 1: CUESTIONARIO DE ESQUEMAS DE YOUNG, YSQ-L₂

D. Castrillón, L. Chaves, A. Ferrer, N. H. Londoño, K. Maestre, C. Marín, M. Schnitter (2003)
Universidad de San Buenaventura – Medellín (Colombia)
Desarrollado por Jeffrey E. Young, PhD y Gary Brown, Med. Copyright, 1990. N° Protocolo

Edad: _____ Sexo: Masculino (____) Femenino (____)
Grupo Ocupacional: _____ Tiempo de servicio: _____

INSTRUCCIONES

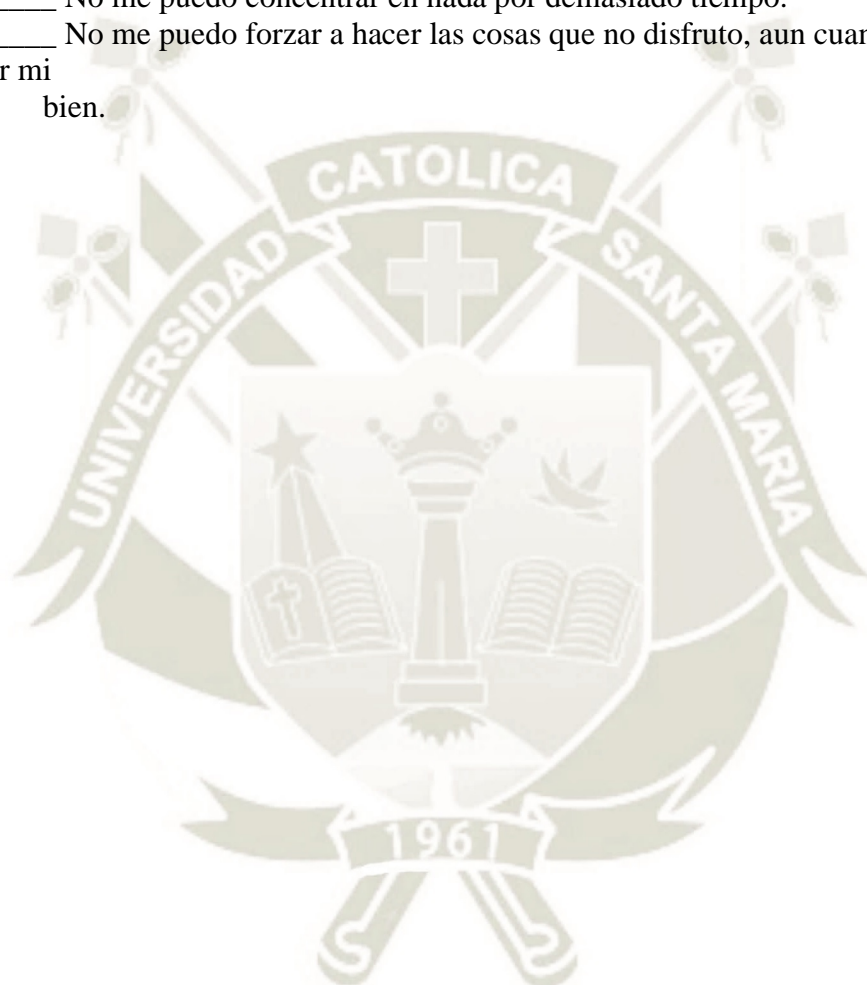
Enumeradas aquí, usted encontrará afirmaciones que una persona podría usar para describirse a sí misma. Por favor, lea cada frase y decida que tan bien lo(a) describe. Cuando no esté seguro(a), base su respuesta en lo que usted siente, no en lo que usted piense que es correcto.

ESCALA DE PUNTAJES			
1	Totalmente falso de mi	4	Moderadamente verdadero de mi
2	Mayormente falso de mi	5	Mayormente verdadero de mi
3	Levemente más verdadero que falso	6	Me describe perfectamente

- 1 ____ Las personas no han estado ahí para satisfacer mis necesidades emocionales.
- 2 ____ Por mucho tiempo de mi vida, no he tenido a nadie que quisiera estar estrechamente ligado a mí, y compartir mucho tiempo conmigo.
- 3 ____ La mayor parte del tiempo no he tenido a nadie que realmente me escuche, me comprenda o esté sintonizado con mis verdaderas necesidades y sentimientos.
- 4 ____ Rara vez he tenido una persona fuerte que me brinde consejos sabios o dirección cuando no estoy seguro de qué hacer.
- 5 ____ Me preocupa que las personas a quienes me siento cercano me dejen o me abandonen.
- 6 ____ Cuando siento que alguien que me importa está tratando de alejarse de mí, me desespero.
- 7 ____ Me aflijo cuando alguien me deja solo(a), aún por un corto período de tiempo
- 8 ____ No puedo contar con que las personas que me apoyan estén presentes en forma consistente.
- 9 ____ Me preocupa muchísimo que las personas a quienes quiero encuentren a alguien más a quien prefieran, y me dejen.

- 10 ____ Necesito tanto a las otras personas que me preocupo acerca de la posibilidad de perderlas.
- 11 ____ Me siento tan indefenso(a) si no tengo personas que me protejan, que me preocupa mucho perderlas.
- 12 ____ Si alguien se comporta muy amable conmigo, asumo que esa persona debe estar buscando algo.
- 13 ____ Me da una gran dificultad confiar en la gente.
- 14 ____ Sospecho mucho de las intenciones de las otras personas.
- 15 ____ Las otras personas muy rara vez son honestas; generalmente no son lo que parecen.
- 16 ____ Usualmente estoy en la búsqueda de las verdaderas intenciones de los demás.
- 17 ____ Me preocupa volverme un indigente o vago.
- 18 ____ Me preocupa ser atacado.
- 19 ____ Siento que debo tener mucho cuidado con el dinero porque de otra manera podría terminar sin nada, en la ruina.
- 20 ____ Me preocupa perder todo mi dinero y volverme indigente.
- 21 ____ Mis padres y yo tendemos a involucrarnos demasiado en la vida y problemas de cada uno.
- 22 ____ Es muy difícil tanto para mis padres como para mí, callar detalles íntimos sin sentirnos traicionados o culpables.
- 23 ____ Le doy más a los demás de lo que recibo a cambio.
- 24 ____ Usualmente soy el (la) que termino cuidando a las personas a quienes tengo cerca.
- 25 ____ No importa que tan ocupado(a) esté, siempre puedo encontrar tiempo para otros.
- 26 ____ Siempre he sido quien escucha los problemas de todo el mundo.
- 27 ____ Me da vergüenza expresar mis sentimientos a otros.
- 28 ____ Me es difícil ser cálido y espontáneo.
- 29 ____ Me controlo tanto, que los demás creen que no tengo emociones.
- 30 ____ Me esfuerzo por mantener casi todo en perfecto orden.
- 31 ____ Tengo que parecer lo mejor la mayoría del tiempo.
- 32 ____ Trato de hacer lo mejor. No puedo conformarme con lo “suficientemente bueno”.
- 33 ____ Mis relaciones interpersonales sufren porque yo me exijo mucho.
- 34 ____ Mi salud está afectada porque me presiono demasiado para hacer las cosas bien.
- 35 ____ Con frecuencia sacrifico placer y felicidad por alcanzar mis propios estándares.
- 36 ____ Cuando cometo errores, me merezco fuertes críticas.
- 37 ____ Tengo la sensación de que lo que ofrezco es de mayor valor que las contribuciones de los demás.
- 38 ____ Usualmente pongo mis propias necesidades por encima de las de otras personas
- 39 ____ Con frecuencia siento que estoy tan involucrado(a) en mis propias prioridades, que no tengo tiempo para dar a los amigos o a la familia.

- 40 ____ Parece que no puedo disciplinarme a mí mismo para completar tareas rutinarias o aburridas.
- 41 ____ Si no consigo una meta, me frustro fácilmente y la abandono.
- 42 ____ Es para mí muy difícil sacrificar una satisfacción inmediata para alcanzar una meta a largo plazo.
- 43 ____ Cuando las tareas se vuelven difíciles, normalmente no puedo perseverar para completarlas.
- 44 ____ No me puedo concentrar en nada por demasiado tiempo.
- 45 ____ No me puedo forzar a hacer las cosas que no disfruto, aun cuando yo sé que son por mi bien.



Anexo 2: SOLICITUD DE ACCESO



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 <http://www.ucsm.edu.pe> Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 09 de octubre del 2017

Señor
MILTON FIGUEROA BENGOA
Director del Hospital Regional
Honorio Delgado
Ciudad.-

Previo atento saludo me dirijo a usted, para comunicarle que el señor Bachiller **JOSE ALAIN MENDOZA BORDA**, DNI 42740201, quien ha presentado su Proyecto de Tesis : "ESQUEMAS MENTALES PREDOMINANTES EN TRABAJADORES DEL AREA DE SALUD PUBLICA", el mismo que ha sido aprobado por el Docente Dictaminador Dr. Héctor Martínez Carpio. Lo que informo y pido considerar el apoyo que pueda usted facilitar.

Al respecto, solicito a usted tenga a bien autorizar el ingreso respectivo según días y horarios que puedan facilitar para que pueda desarrollar su proyecto y así lograr su cometido para optar su Titulación.

Agradezco el apoyo a nuestros jóvenes valores y la atención al presente. Hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi mayor consideración y estima personal.

Atentamente,

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

Dr. Olga A. Gutiérrez Aguilar
Decano de la Facultad de Ciencias y
Tecnologías Sociales y Humanidades

Anexo 3: APROBACIÓN DE PROYECTO



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"

CARTA Nº 053 - CIEI-OCID-GRAAR-ESSALUD-2018

NIT: 1313-2018-3630

Arequipa, 16 abril 2018

Señor

JOSÉ ALAIN MENDOZA BORDA

Bachiller de la Facultad Ciencias y Tecnologías Sociales y Humanidades –

Escuela Profesional de Psicología Universidad Católica de Santa María -Arequipa

Presente.-

ASUNTO: APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a usted, saludándolo cordialmente y en atención al asunto comunicarle que el Comité de Ética en Investigación de la Red Asistencial Arequipa, ha evaluado el siguiente Proyecto de Investigación:

"ESQUEMAS MENTALES PREDOMINANTES EN TRABAJADORES DEL ÁREA DE SALUD PÚBLICA"

Cualquier cambio en el proyecto debe ser comunicado al CIEI antes de ser aplicado. El proyecto mencionado, califica para evaluación expedita, por cumplir los requisitos según el Manual de Procedimientos del CIEI.

Por lo expuesto, se aprueba.

Atentamente,



Dr. N. Romero Rosado Santander
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación
Red Asistencial/Arequipa
EsSalud

NRRS/mvm

c.c. archivo

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370