

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología

Niveles de Ansiedad e Intolerancia a la Incertidumbre en estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca que inician el Internado rotativo, período mayo 2023 - abril 2024


Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciado en Psicología

Autor:

Renato Enrique Dávila Vintimilla

Director:

María Fernanda Cordero Hermida

ORCID:  0000-0001-6353-7436

Cuenca, Ecuador

2024-02-20

Resumen

El presente estudio se realizó con estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca que están cursando el internado rotativo, el cual tuvo como propósito encontrar la relación que hay entre ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Entendida la ansiedad como la respuesta emocional que experimenta una persona ante una posible situación aversiva. Y la Intolerancia a la Incertidumbre se puede entender como la respuesta de malestar excesiva que tiene una persona en la presencia de situaciones ambiguas o poco claras. La investigación se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de corte transversal y alcance correlacional, para esto se utilizaron instrumentos psicométricos, AMAS-A para medir niveles de ansiedad, y EII para obtener las medidas de intolerancia a la incertidumbre. Además, se realizó un muestreo no probabilístico debido a las dificultades para contactarse con los internos, de esta forma la muestra se conformó por 30 estudiantes de medicina. En los resultados se observó que los internos e internas muestran niveles elevados de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Con dichos datos se encontró que hay una relación directa y positiva entre ambas variables, con lo que se concluye que, a mayor intolerancia a la incertidumbre, más ansiedad.

Palabras clave: trastorno de ansiedad, psicopatología, psicometría



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

This study was conducted with medical students from the University of Cuenca who are undergoing their rotational internship. The main objective was to explore the relationship between anxiety and intolerance to uncertainty. Anxiety was understood as the emotional response that a person experiences in anticipation of a potentially aversive situation. Intolerance to uncertainty can be defined as the excessive discomfort a person feels in the presence of ambiguous or unclear situations. The research employed a quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational approach. The Psychometric instruments, AMAS-A, were used to measure anxiety levels, and EII was employed to obtain measures of intolerance to uncertainty. Additionally, a non-probabilistic sampling method was used due to difficulties in contacting the interns, resulting in a sample of 30 medical students. The results indicated the interns exhibited high levels of anxiety and intolerance to uncertainty. The data revealed a direct and positive correlation between these variables. Then, this study concluded that higher intolerance to uncertainty is associated with increased anxiety.

Keywords: anxiety disorder, psychopathology, psychometry



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Fundamentación teórica	8
Proceso metodológico	17
Metodología	17
Población	17
Instrumentos	17
Procedimiento	18
Procesamiento de datos	19
Consideraciones éticas.....	19
Presentación y análisis de resultados	21
Conclusiones y recomendaciones	29
Referencias.....	31
Anexos	38

Índice de Figuras

Figura 1 <i>Correlación Ansiedad e II</i>	28
--	----

Índice de tablas

Tabla 1 <i>Descriptivos Sociodemográficos</i>	21
Tabla 2 <i>Ansiedad</i>	22
Tabla 3 <i>Subescalas de ansiedad</i>	23
Tabla 4 <i>Descriptivos de EI</i>	24
Tabla 5 <i>Género en Relación a Ansiedad e II</i>	25
Tabla 6 <i>Problemas de Salud en Relación a Ansiedad e II</i>	26
Tabla 7 <i>Institución en Relación a Ansiedad e II</i>	26
Tabla 8 <i>Correlación Ansiedad e II</i>	27

Agradecimiento

Agradezco infinitamente el apoyo incondicional de mis seres queridos: Enrique Dávila, Pablo Dávila, Bernardo Dávila, Ma. Augusta Mera, Ma. Eduarda Dávila, Cristina Mogrovejo. Y de forma especial quiero agradecer a Paola Silva Mogrovejo y mi madre Carmen Angélica del Rocío Vintimilla Serrano.

Fundamentación teórica

En la actualidad, hay evidencia suficiente sobre la presencia de problemas ansiedad frente a distintas situaciones, que se suponen inciertas y amenazantes. Se manifiesta mediante respuestas fisiológicas, comportamientos, emociones y pensamientos negativos, como consecuencia de anticiparse a eventos futuros e inciertos. Además, se suele experimentar malestar intenso y las actividades cotidianas de la persona se ven afectadas, debido a que este evento puede ser imprevisible o incontrolable. Hay que añadir que la ansiedad puede relacionarse con otros problemas psicológicos (Moreno, 2009), como puede ser el caso de la intolerancia a la incertidumbre. Que, por lo general, se considera una característica disposicional negativa de la ansiedad (Buhr y Dugas, 2002).

Así, existen actividades a las que los seres humanos están vinculados, que pudieran generar incertidumbre y provocar un nivel alto de ansiedad. Una de estas actividades a nivel laboral sería el internado rotativo en estudiantes de medicina, debido a que están expuestos a altas cargas laborales, situaciones novedosas, contacto directo con enfermedades, cambios de residencia, entre otros (Reyes et al., 2017). Así que, el conocer la presencia e influencia de problemas psicológicos en estudiantes que cursan su etapa de internado puede ser de gran relevancia.

A lo largo de la historia de la psicología la ansiedad ha sido uno de los objetos de estudio que más ha acaparado la atención de los investigadores. De esa forma se ha caracterizado como una respuesta adaptativa y natural del organismo que se activa cuando se perciben ciertas situaciones, como potencialmente peligrosas (Craske et al., 2008). Existen diversas definiciones y modelos que nos permiten comprender la ansiedad. Si bien es un concepto utilizado comúnmente, es importante remitirse a autores para comprenderla, ya que existen diferentes teorías que la sustentan.

Dentro de las definiciones más aceptadas en la psicología está la propuesta por Beck et al. (1985) desde un modelo cognitivo de los estados afectivos. Los autores mencionan que “la ansiedad es el estado de sentimiento negativo evocado cuando se estimula el miedo” (Beck et al., 1985, p. 9). Los rasgos más característicos de la ansiedad son la interpretación distorsionada de la realidad y la sobrevaloración del riesgo y la amenaza presente en las situaciones (Beck, 1976). En el modelo desarrollado por Clark y Beck (2012) se caracteriza a la ansiedad como un sistema complejo conformado por respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas. Este sistema se activa de forma anticipatoria a posibles amenazas.

Antes de los modelos cognitivos propuestos por Beck y otros autores, ya existían algunas ideas al respecto que llevaron al desarrollo teórico que permitiría la evaluación de la ansiedad. Como es el caso del modelo propuesto por Max Hamilton, quien describió la ansiedad como una respuesta emocional y fisiológica. La cual está conformada por una serie de síntomas

cognitivos, somáticos y comportamentales (Hamilton. 1959). Según su enfoque hay algunas características de la ansiedad, tales como preocupación excesiva, tensión interna, inquietud, irritabilidad, dificultad para concentrarse, insomnio, fatiga, y manifestaciones físicas como palpitaciones, sudoración y molestias gastrointestinales. Todo esto le sirvió a Hamilton para desarrollar su escala para la ansiedad (HAM-A). A partir de esta escala, diversos autores crearon nuevos instrumentos de medición, como el AMAS (Adult Manifest Anxiety Scale) elaborado por Reynolds et al. (2007).

Por su parte, Barlow (2002) destaca que la ansiedad puede ser desencadenada por situaciones estresantes, y esta es problemática cuando la intensidad de las respuestas emocionales y fisiológicas en el individuo son desproporcionadas frente a la amenaza percibida o anticipada.

Otras definiciones y modelos parten de la misma noción de que la ansiedad está conformada por respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que aparecen de forma adaptativa y natural del organismo cuando se perciben situaciones que pueden ser potencialmente peligrosas. Además, la ansiedad está mediada por mecanismos de aprendizaje y condicionamiento que contribuyen a su desarrollo y mantenimiento. Su carácter anticipatorio de sucesos negativos influye en la relación de comorbilidad entre la ansiedad y otros problemas psicológicos como trastorno depresivo, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros. También se puede encontrar que la ansiedad cuando llega a ser problemática tiene un impacto perjudicial en los individuos, tanto en la toma de decisiones como en el procesamiento de información, con lo que se han desarrollado diversos modelos de tratamiento como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Abramowitz, 2009; Beck, 1976; Clark y Beck 2012; Craske, 2003; Hofman y Di Bartolo, 2014; Mennin et al., 2005; Mennin, 2006; Zinbarg et al., 2006.). Aun así, todas las definiciones enfatizan en la distinción entre ansiedad natural, funcional, típica o normal y ansiedad anormal, disfuncional o clínica. Para este trabajo se utilizan los términos de ansiedad funcional y ansiedad disfuncional.

Cuando se hace referencia a la ansiedad funcional, Beck et al. (1985) establecen que es la emoción natural y prolongada de los seres humanos como respuesta al miedo sobre la posibilidad de que exista un peligro real o potencial en una situación determinada, y esto se debe a que el miedo es un fenómeno universal que indica que hay una situación perjudicial (Clark y Beck, 2012). Por ejemplo, se puede sentir ansiedad ante la posibilidad de sacar una mala calificación en el colegio, debido al miedo por las consecuencias de ese evento. En este sentido los niveles de ansiedad se encuentran en un punto en el que no afectan la capacidad de procesar información del individuo ni interfieren en las actividades cotidianas de la persona. Pero, cuando los niveles de ansiedad son lo suficientemente elevados como para

que se vea alterado el procesamiento cognitivo, y la consecución de tareas básicas, podemos hablar de un estado disfuncional.

Se plantean cinco criterios para diferenciar entre la ansiedad funcional y disfuncional: a) la cognición disfuncional, en donde la ansiedad se deriva de una asunción falsa de peligro que no se confirma por la observación directa; b) Deterioro del funcionamiento, debido a que la ansiedad clínica interfiere con el funcionamiento efectivo y adaptativo de la persona ante la amenaza influyendo en su vida cotidiana; c) Persistencia, la ansiedad debe mantener una duración mayor a la esperada en condiciones normales; d) Falsas alarmas, las cuales serían señales de miedo o pánico visible que ocurren en ausencia del estímulo amenazante; e) Hipersensibilidad a los estímulos, debido a que hay una respuesta excesiva y desproporcionada ante un estímulo amenazante (Clark y Beck, 2012). Además, menciona González (2011) que la ansiedad funcional es acorde al nivel de desarrollo evolutivo, y tiene una función adaptativa al miedo. Por otro lado, la ansiedad disfuncional es desproporcional a la situación y el nivel de desarrollo de la persona, y en ella se pueden encontrar preocupaciones excesivas que interfieren con la vida diaria de la persona. Para Reynolds et al. (2007) en su escala de ansiedad manifiesta AMAS, la ansiedad se interpreta como disfuncional desde la aparición de ciertas características como temor, exceso de preocupaciones, rigidez o alteración cognitiva, deficiencia en toma de decisiones, etc. Y aunque la ansiedad se puede considerar funcional o disfuncional acorde a la intensidad, duración o frecuencia de las conductas del individuo, está también relacionada con otras respuestas como estrés o miedo.

Cuando se habla de ansiedad es común que se hable también de miedo o de estrés. Ya sea de forma relacional o sinónima. Pero en un plano académico se vuelve necesario distinguirlos. Para Barlow (2002) el miedo es una señal propia de nuestro aprendizaje epigenético, que se presenta ante un peligro inminente, y se caracteriza por una activación intensa y la tendencia a la acción. Otros autores como Beck et al. (1985) consideran desde un modelo cognitivo que el miedo es una especie de valoración sobre un peligro existente o probable en un determinado momento. Por su parte, la ansiedad según Barlow (2002) y Beck et al (1985) es una respuesta emocional más subjetiva y general que surge a partir de las respuestas de miedo. Díaz y De la Iglesia (2019) caracterizan el miedo “por la presencia de un objeto real amenazante, y a la ansiedad por la anticipación del peligro en ausencia de este” (p. 2).

En cuanto al estrés se puede encontrar en una revisión bibliográfica sobre ciertos conceptos elaborada por Sierra et al. (2003) que comentan que el estrés “supone un hecho habitual en la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia lo ha experimentado” (p. 28). Los autores también mencionan que el estrés en un sentido más concreto es la sobreactivación del sistema reticular debido a la presencia de varios estímulos

de carácter interno y externo que influyen en el organismo. Pero también se puede considerar desde una perspectiva centrada en la situación estimular que el estrés es un estímulo externo de carácter aversivo que supera las capacidades de afrontamiento de los individuos (Díaz y De la Iglesia, 2019). Sumado a esto el estrés puede ser entendido como el resultado de la relación bidireccional que existe entre la persona y su entorno (Folkman, 1984). De esta forma podemos entender tres formas en las que se puede relacionar la ansiedad y el estrés: a) Se considera que el estrés es una respuesta biológica que está presente en los estados de ansiedad, b) el estrés es un estímulo que influye en la aparición de las respuestas de ansiedad, c) el estrés es parte de la interacción entre las respuestas de ansiedad y el entorno. Dentro de la escala de ansiedad manifiesta (AMAS) se considera que el estrés es una respuesta fisiológica que nos ayuda a determinar de forma parcial el nivel de ansiedad presentado por el individuo, y la ansiedad sería la respuesta funcional o excesiva (disfuncional) ante el estrés. Pero también se considera que la ansiedad tiene respuestas fisiológicas propias como son ciertas somatizaciones como la tensión muscular o la fatiga continua (Reynolds et al., 2007). De cualquier forma, se vuelve indispensable entender cómo se puede relacionar la ansiedad con las respuestas de miedo y estrés, por lo que depende de ellas para determinar también la funcionalidad o disfuncionalidad de los niveles de ansiedad. Así también se considera necesario entender los factores propios del ambiente y del sujeto que influyen en la presencia de la ansiedad disfuncional.

En la actualidad se mantiene un interés creciente por comprender los elementos hereditarios de predisposición en los estudios de psicopatología, aunque se comprende que el funcionamiento sináptico en los sistemas neuronales se encuentran fuertemente influenciados por el genotipo, determinar los procesos etiológicos no es una tarea fácil ya que se consideran complejos (Dueñas-Amaya, 2019) dentro de la etiología de la ansiedad disfuncional se reconoce que existen factores predisposicionales, pero estos son no-específicos y heterogéneos (Musante y Ropers, 2014). Aun así, en investigaciones previas se estimó que la heredabilidad para los trastornos de ansiedad es alrededor del 30 % para trastorno de ansiedad generalizada, fobias simples, y trastorno de estrés postraumático, 51% para la fobia social, y 67% para la agorafobia (Hettema et al., 2001). Estas cifras indican que existen factores hereditarios en los problemas de ansiedad, aunque estos no sean específicos.

De igual forma la influencia del ambiente no es un tema menor. Muchos autores destacan la relación entre diferentes situaciones de los contextos sociopolíticos y niveles elevados de ansiedad (Buelga, 2007). Como es el caso de González (2011) que menciona que las situaciones externas que pueden desencadenar problemas de ansiedad están relacionadas con la estructura social, los roles de género, el rol familiar, la situación laboral, en otras

palabras, cualquier demanda del entorno que sobrepase la capacidad de afrontamiento del individuo puede provocar ansiedad disfuncional. Esparza y Rodríguez (2009) comentan que existen algunos factores que pueden predecir la ansiedad disfuncional como la violencia intrafamiliar, la falta de afecto social, la falta de pertenencia cultural, y los contextos que reprimen la expresión emocional. Podemos tomar como ejemplo el caso del personal de salud en el tiempo de la pandemia causada por SarsCov-2, que debido a las condiciones sanitarias y la exposición directa al virus tuvieron un deterioro notable en su salud mental debido a problemas de ansiedad y depresión (Villca et al., 2021). En la misma línea, Gastelo et al. (2018) comentan que las largas jornadas de trabajo, el poco descanso, la imposibilidad de actividades de ocio, y la demanda social son factores que pueden influir en la ansiedad del personal médico y de los estudiantes de medicina que son practicantes.

Además de la herencia o el ambiente, tenemos elementos cognitivos que funcionan como variables disposicionales de la ansiedad. Estos elementos influyen en sus niveles, pero no la causan, o sea, pueden facilitar o dificultar la aparición de la ansiedad. Uno de los elementos cognitivos más importantes es el sistema de creencias. Para algunos autores las creencias forman parte de los aspectos personales que indican la función de un comportamiento en relación a un contexto. Romero (2018) menciona que una creencia es una forma de apego psicológico a un conjunto de proposiciones que realizamos sobre el mundo, asumiendo que tienen un valor de verdad. Esto va a afectar de forma directa el juicio que emitimos sobre las situaciones en las que nos desenvolvemos, con lo que podemos valorar un evento como negativo-positivo, seguro-peligroso, apetitivo-aversivo (Smith y Kosslyn, 2008). Entonces, si existe la probabilidad real o imaginaria de que una situación se presente y esta es valorada por el sistema de creencias como negativa, peligrosa o aversiva, dicha situación puede causar malestar, miedo y ansiedad.

Otro elemento cognitivo relacionado a la predisposición de experimentar ansiedad es la vulnerabilidad cognitiva. Vujanovic et al. (2018) la definen como la propensión de una persona a experimentar dificultades o patrones de pensamiento mal adaptativos que contribuyen a la aparición o mantenimiento de problemas de salud mental. Según Barlow (2018) la vulnerabilidad cognitiva está relacionada con las situaciones externas que desencadenan la ansiedad, debido a la falta de control real e imaginativo que tenemos sobre estas situaciones. Esto contribuye a la aparición de un tercer elemento cognitivo, las preocupaciones.

Si bien se entiende que la preocupación puede cumplir una función adaptativa en el desenvolvimiento y desarrollo de un individuo en su contexto, González et al. (2006) mencionan que una forma de diferenciar la preocupación normal de la patológica es que, ante la patológica, las personas desarrollan sistemas de creencia rígidos sobre los beneficios de preocuparse, y terminan valorando a la preocupación como una estrategia para solucionar

problemas. Borkovec et al. (1998) y Wells y Carter (2001) identifican cuatro procesos relacionados con la preocupación patológica: a) Intolerancia a la incertidumbre, b) evitación cognitiva, c) orientación negativa al problema, d) una sobrestimación de la preocupación. De esta forma el individuo puede optar por estrategias disfuncionales que provocan una falsa sensación de control sobre una situación.

Y es que, mientras menos certeza tengamos sobre los eventos que experimentamos, mayor será la frecuencia de las preocupaciones. De este modo el cuarto elemento cognitivo juega un papel fundamental en la presencia de la ansiedad, la incertidumbre. Esta se define como la falta de certeza o información definitiva sobre eventos futuros o situaciones ambiguas (Buhr y Dugas, 2002; Dugas et al., 2007; Hebert y Dugas, 2018; Zvolensky et al., 2010). Debido a esto aparece el concepto de intolerancia a la incertidumbre, mismo que es visto por algunos autores como un factor predictor o como una dimensión propia de la ansiedad.

En cuanto a la Intolerancia a la Incertidumbre (II) existen algunas definiciones. Esta surge de un conjunto de creencias irracionales que valoran de forma catastrófica las situaciones en donde no existe información suficiente y se presentan de forma incierta, se asume como aversiva cualquier situación o evento con poca certeza (Hebert y Dugas, 2018). Hay individuos que presentan serias dificultades para tolerar y aceptar la ambigüedad lo que provoca sensaciones intensas de malestar (Brook y Schmidt, 2008). De hecho, las personas con un bajo umbral de tolerancia a la incertidumbre suelen tener respuestas de rechazo a que ocurra algo negativo, es por eso que Buhr y Dugas (2002) definen la II como un antecedente de ansiedad, o más específicamente como “una característica disposicional que resulta de un sistema de creencias negativas sobre incertidumbre y sus implicaciones” (Dugas y Robichaud, 2007, p. 24). Esto se puede observar en algunos estudios en donde los resultados muestran que la II se asocia altamente con la severidad del TAG (Dugas et al., 2007). Ante esto hay personas propensas a utilizar estrategias de control y evitación para reducir la incertidumbre (Clark y Wells, 1995).

Debido a los objetivos de esta investigación es necesario hacer hincapié en el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII) propuesto por Dugas y Robichaud (2007) ya a que representa la base teórica de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (EII), instrumento que ha sido utilizado en la presente investigación para medir este constructo. Dentro del MII se considera que un bajo umbral de tolerancia a situaciones ambiguas es un factor importante de vulnerabilidad cognitiva que contribuye a la presencia de preocupaciones y problemas relacionados a los trastornos de ansiedad (González-Larsson, 2020).

Las dimensiones que componen la II en este modelo son la ansiedad anticipatoria, y la inhibición ansiosa o intolerancia inhibitoria, en donde el primero supone la aparición de conductas evitativas, y en el segundo la presencia de conductas de escape (González et al.,

2018). Este tipo de conductas se diferencian según Miltenberger (2020) en que la evitación se caracteriza por una respuesta anticipatoria al contacto con los estímulos aversivos, y el escape se produce ante el distanciamiento del estímulo aversivo cuando ya se ha establecido un contacto con él. En este caso la interpretación que se puede plantear con base en Martin y Pear (2007) es que la incertidumbre sería valorada como un estímulo aversivo por el individuo, presentando una tasa de respuesta sensibilizada ante su presencia, con lo que las conductas de evitación a situaciones que puedan tener poca certeza, o conductas de escape en situaciones en donde se presenten dudas, se verían reforzadas de forma negativa ya que se reduciría la incertidumbre.

También, en el MII se establecen cuatro variables que mantienen relaciones positivas y significativas con un nivel elevado de ansiedad, que están relacionadas con los factores cognitivos que cumplen una función disposicional en la ansiedad, y que fueron mencionadas anteriormente: a) intolerancia a la incertidumbre, bajo umbral de tolerancia a la ambigüedad; b) creencias positivas sobre la preocupación, asunción de que preocuparse tiene consecuencias positivas; c) orientación negativa al problema, se relaciona con la falta de confianza de la persona sobre su capacidad de resolución de problemas; d) evitación cognitiva, se refiere a un conjunto de estrategias para reducir el malestar como la sustitución de pensamiento, la distracción, supresión del pensamiento (Dugas et al., 2004; Dugas y Koerner, 2006).

La incertidumbre puede estar presente en situaciones desconocidas, nuevos retos, o tareas que sobrepasan las habilidades de los individuos. Es así que puede existir una relación entre la intolerancia a la incertidumbre y la ansiedad, y aunque hay estudios que sí han reportado niveles significativos de correlación, hay otros que no lo presentan, como Moreno (2009) que reporta dentro de los resultados que la II no ha representado una variable capaz de predecir ansiedad, menciona que los coeficientes de regresión lineal al cuadrado son bajos y sólo explicarían el 13.4% de la variación en la variable ansiedad. En otros trabajos como el de Matute y Ullaguari (2022) muestran una correlación positiva entre el nivel de ansiedad y la presencia de intolerancia a la incertidumbre, en donde observamos que el nivel de correlación entre ansiedad e incertidumbre generadora de inhibición es de 0.486, y de 0.471 con incertidumbre como desconcierto. Estos se encuentran dentro de lo que se considera una fuerza de correlación moderada (Pagano, 2013). Dar, Iqbal, y Mushtag (2017) también reflejan resultados similares. Por su parte, Astudillo, Bareño y Cuellar (2021) reportan que en una muestra de 506 participantes existe una relación moderada (0.421) entre ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Toro et al. (2018) muestran una correlación de 0.48 entre II y ansiedad estado y de 0.49 entre II y ansiedad rasgo. González et al. (2013) muestran que la II correlacionan positivamente (0.44 – 0.54) con las puntuaciones obtenidas en escalas de

ansiedad como el inventario de ansiedad de Beck y el cuestionario de preocupaciones y ansiedad.

Debido a estos antecedentes se escogió a una población (estudiantes de medicina que están cursando el internado rotativo) que esté expuesta constantemente a situaciones inciertas y que se relacione con factores de estrés, para obtener información de las variables ansiedad e II. El internado rotativo en el pregrado de la carrera de Medicina es una etapa de práctica en donde el estudiante se encuentra con nuevas situaciones y muchas de ellas generadoras de estrés (Reyes et al., 2017). Como mencionan Gastelo et al. (2018) la realidad de algunas enfermedades, la falta de tiempo para actividades de ocio, el fallo a la adaptación de dichos eventos, el contacto directo con los pacientes, etc., son situaciones que pueden afectar el desempeño del interno. En ese sentido, el malestar psicológico que este experimenta puede afectar su destreza práctica, lo que supondría un riesgo para él y para los pacientes.

De esta forma Naranjo y Poveda (2021) señalaron que en una muestra n=400 trabajadores hospitalarios en Ecuador, el 46.40% presentó ansiedad y en el 34.50% se encontró sintomatología depresiva. López et al. (2021) realizaron un estudio en Manabí, mencionaron que durante la emergencia sanitaria el problema con mayor incidencia fue la ansiedad, afectando al 42% del hospital Flavio Alfaro. Reyes et al. (2017) en una muestra n= 479 estudiantes internos de medicina de la UNAM registraron la presencia de ansiedad rasgo en el 21.82% de los internos, mientras que la ansiedad estado se evidenció en el 27.55% de la muestra. El personal médico o los estudiantes de medicina suelen verse afectados por problemas de estrés, ansiedad, depresión, habilidades emocionales, capacidad de afrontamiento, incertidumbre, o fatiga. En un estudio realizado en Colombia con 217 estudiantes de medicina encontraron niveles altos de depresión y ansiedad, con una prevalencia del 56.2% y el 48.3% respectivamente (Lemos et al., 2018). En Ecuador podemos encontrar estudios como el de Romero et al. (2022) en donde se observa que entre el 60-70% de internos de medicina en un hospital público cumplen con los criterios del síndrome de Burnout.

En la actualidad existe evidencia sólida sobre los efectos negativos de la ansiedad en trabajos hospitalarios (Reyes et al., 2017). Por otro lado, hay escasos estudios sobre la intolerancia a la incertidumbre dentro del personal médico y sobre todo en estudiantes de medicina que cursan el internado rotativo. Y si se tiene en cuenta que la prestación de servicios de atención médica tiene el objetivo de beneficiar a los pacientes, y esta puede verse afectada por el bienestar o malestar psicológico de los trabajadores hospitalarios, se considera pertinente estudiar la II y su relación con la ansiedad. Esto nos permitiría anticipar ciertos problemas relacionados a estos constructos en los estudiantes de medicina que inician el internado rotativo. Los resultados obtenidos en esta investigación pueden contribuir al mejoramiento de

los programas de formación médica, promoviendo una transición más fluida y exitosa de los estudiantes hacia el ámbito clínico. También podrían guiar la implementación de estrategias específicas como el desarrollo de habilidades clínicas y programas de autocuidado, que ayuden a los estudiantes a enfrentar los desafíos del internado rotativo y maximizar su aprendizaje.

Por tanto, las preguntas que guiaron este trabajo de investigación fueron: ¿Cuál es la relación que hay entre el nivel de ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca que se encuentran cursando el internado? ¿Cuáles son los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca? ¿Cuál es el nivel de intolerancia a la incertidumbre en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca? y ¿Cómo influyen los factores sociodemográficos en los niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca?

A partir de ello la hipótesis planteada refiere a que se espera una relación positiva entre ansiedad e II, siendo que a mayor II, más ansiedad. En cuanto al objetivo general que condujo esta investigación fue identificar la relación que hay entre el nivel de ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre en estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca que se encuentran cursando el Internado. Del mismo modo los objetivos específicos fueron: 1) Describir los niveles de ansiedad presentes en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, 2) Determinar el nivel de intolerancia a la incertidumbre en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca, 3) Describir la influencia de los factores sociodemográficos en los niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre en los estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca.

Proceso metodológico

Metodología

El presente trabajo de investigación se realizó desde un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental de tipo transversal, con alcance correlacional. El enfoque cuantitativo se define por los objetivos propuestos, ya que se buscó probar una hipótesis mediante la estimación de magnitudes o cantidades. El diseño es no experimental ya que no se realizaron modificaciones intencionales de las variables a estudiar, y se pretenden medir variables en sus contextos naturales. El estudio recogió datos en un solo momento, por ello se define el tipo transversal. El alcance correlacional es útil debido a que se buscó relacionar dos variables, en este caso ansiedad e intolerancia a la incertidumbre (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018). La operacionalización de las variables se detalla en el anexo A.

En cuanto a los criterios de inclusión, los participantes tienen que ser estudiantes de Medicina de la Universidad de Cuenca, que estén matriculados en el presente ciclo lectivo, y que hayan iniciado algún programa de internado en el periodo mayo 2023-abril 2024.

Para los criterios de exclusión es necesario que la persona no haya aceptado el consentimiento informado o que esté actualmente en tratamiento psiquiátrico con ingesta de fármacos.

Población

La población estuvo constituida por alumnos de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca que iniciaron su internado en el mes de mayo del 2023 y terminarán en abril del 2024. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, mismo que se utiliza según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) cuando no hay la posibilidad de acceder a un número de participantes específico. En el caso del presente trabajo de investigación no se pudo contar con la presencia y disposición de todos los integrantes del universo (N=82) ya que están repartidos por diferentes instituciones de salud, principalmente hospitales, además las actividades que realizan son demandantes y carecen del suficiente tiempo libre como para participar. En este caso se contó con 31 participantes. 1 de ellos no cumplió con los criterios de inclusión debido a estar en tratamiento farmacológico para la ansiedad. Por lo que la muestra final quedó conformada por n=30 participantes.

Instrumentos

En la recolección de datos en la investigación se utilizaron los siguientes instrumentos:

Ficha sociodemográfica: consideró las siguientes variables edad, género, estado civil, número de hijos, ámbitos de salud como enfermedades, institución en donde hace el internado, lugar

de residencia anterior al internado. Para obtener estos datos se utilizó el cuestionario anexo en la parte final de este documento (Anexo B).

Escala AMAS (ansiedad manifiesta en adultos) (Reynolds, Richmond y Lowe, 2007): Es una escala para describir la presencia y nivel de ansiedad en adultos, consta de tres instrumentos para poblaciones específicas de adultos: AMAS-A, AMAS-C, AMAS-E (adultos, estudiantes, y adultos mayores respectivamente), para el presente estudio se utilizó el instrumento AMAS-A, mismo que consta de 36 reactivos y contiene tres subescalas de ansiedad: Inquietud/hipersensibilidad (IHS), Ansiedad Fisiológica (FIS), Preocupaciones sociales/estrés (SOC). La puntuación de ansiedad total (TOT) es la suma de las puntuaciones de las subescalas de ansiedad. En Ecuador se hizo una revisión de las propiedades psicométricas de la escala AMAS-A en población adulta del país mostrando que se puede medir con fiabilidad el nivel de ansiedad en población ecuatoriana (Yacelga et al., 2022). La escala en el presente trabajo se aplicó de forma individual. El instrumento consta de las respuestas: SI – NO (Anexo C). Debido a que cada reactivo está codificado de forma positiva. La puntuación para cada subescala es la suma de todas las respuestas afirmativas. La interpretación para el nivel total de ansiedad se realizó de acuerdo a los cinco niveles propuestos en el manual: Extrema > o igual a 74T, Clínicamente significativa 65T-74T, Elevación leve 55T-64T, Esperada 45T-54T, Baja < o igual a 44T.

Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (EII): Originalmente la escala fue creada por Freeston et al. (1994), pero para el presente trabajo se usó la adaptación para Buenos Aires de Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015). La escala se compone de 27 ítems (Anexo D) que evalúan dos factores: incertidumbre generadora de inhibición; incertidumbre como desconcierto e imprevisión. Las respuestas se valoran en una escala de Likert de cinco puntos que va de 1 (nada característico de mí) hasta 5 (Extremadamente característico de mí), la aplicación de la escala fue de forma individual. Acorde a la escala se considera que mientras mayor sea la puntuación obtenido mayor es el nivel de II. Pero, para considerar que los niveles representan un problema para la persona estos deben estar por encima del punto medio en población general. En las adaptaciones tanto española como de Buenos Aires se mostró una aproximación a un PM=53. Por lo que ese será el indicador para determinar niveles problemáticos o no de la II.

Procedimiento

Para iniciar el trabajo de investigación se realizaron los trámites correspondientes dentro de la Facultad de Ciencias Médicas para obtener los permisos y el acceso a los y las participantes. Con ello se obtuvo la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos para llevar a cabo este estudio. Posteriormente se contactó vía WhatsApp

y Correo electrónico con todos los estudiantes de la cohorte mayo 2023- abril 2024. Menos de la mitad respondió y solo 31 estudiantes aceptó participar. Entonces se coordinó con los participantes el momento para firmar el consentimiento informado y aplicar las escalas mencionadas en el apartado anterior mediante aplicativos digitales en Google Forms.

Procesamiento de datos

Se realizaron diferentes tipos de análisis estadísticos. Primero se procedió a ingresar los datos en el programa Microsoft Excel 2021 para crear una base de datos con la información depurada y anonimizada, en donde se observó que 1 participante no cumplió con el criterio de inclusión por estar en tratamiento psiquiátrico con fármacos para ansiedad. Después se utilizó el programa IBM SPSS Statistics versión 29.0.1.0 para realizar un análisis descriptivo, en donde se sacó medidas de tendencia central y frecuencia absoluta. Posteriormente se aplicó la prueba de Kolmogorov Smirnov en donde se determinó el comportamiento no normal de los datos, con lo que se decidió utilizar la prueba de rho de Spearman para analizar la correlación entre las variables ansiedad e II.

Consideraciones éticas

Se tuvieron en cuenta los principios generales éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2017): A) beneficencia y no maleficencia en el uso de datos; B) fidelidad y responsabilidad con la investigación; C) integridad y honestidad en el proceso; D) justicia; E) respeto por los derechos y la dignidad de las personas. De esta forma en el proceso de recolección y análisis de datos se procedió a anonimizar a los participantes evitando el registro de datos de identificación. Se socializó la carta de consentimiento informado en donde se especifica que los estudiantes de medicina que cursan el internado rotativo tienen completa autonomía y pueden negarse a participar o declinar su participación en cualquier momento de la investigación si así lo consideran y lo pueden realizar de forma directa o a través de un representante legal, también se socializarán los objetivos del estudio, su alcance, y posibles beneficios de los resultados.

Además, el proceso de anonimización para la protección de los datos y la integridad de los participantes se realizó de la siguiente forma:

1. Eliminación de identificadores directos: como nombres completos, número de identificación, u otra información que pueda identificar al participante de forma directa.
2. Codificación o enmascaramiento de los datos: Cualquier información sensible o personal se codificó para evitar que se difunda.
3. Agregación de datos: los datos se colocaron en forma grupal y no de forma individual.

4. Revisión minuciosa: Se revisó múltiples veces para confirmar que ningún dato personal o de identificación directa sea parte de la base de datos o de la entrega de resultados.

De acuerdo con la cuarta edición de las Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud de los seres humanos propuesta por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), esta investigación tendrá un valor social y científico con el objetivo de aportar al conocimiento, y tuvo los medios necesarios para proteger y promover la salud de las personas. Para esto se han seguido las recomendaciones de dicho documento. Del mismo modo regidos por el Reglamento de los comités de ética de investigación en seres humanos con Registro Oficial 279 (2014) se acogieron los aspectos éticos, tales como respetar a las personas que participen en el estudio, valorar el beneficio que generará el estudio para las personas, la comunidad y el país, respetar la autonomía de la persona que participa en el país, tomar medidas para la protección de derechos y seguridades de las personas que participen, tener en cuenta los riesgos y beneficios resultantes del estudio, etc. No se pondrá en riesgo la salud de los participantes, no habrá ningún tipo de intervención. Los resultados del estudio serán socializados y divulgados en la Universidad de Cuenca, para que exista un proceso de democratización del conocimiento generado.

Presentación y análisis de resultados

Para el siguiente análisis de resultados, se consideraron los objetivos establecidos para el presente estudio. Primero se definirá la muestra de participantes según datos relevantes obtenidos de la ficha sociodemográfica, y luego se atenderá los objetivos específicos del primero al tercero, para al final revisar el objetivo general que encaminó esta investigación.

En la tabla 1 se procede a exponer los resultados de edad, género, problemas de salud, y las instituciones en donde se cursó el internado. La población de este estudio estuvo conformada por 30 estudiantes de medicina de la Universidad de Cuenca que cursaron el internado rotativo en el periodo mayo 2023 - abril 2024. De acuerdo con la ficha sociodemográfica utilizada en esta investigación, se encontró que la mayoría de los participantes se encontraban entre los 23 a 25 años. De acuerdo con el lugar de nacimiento, 18 participantes eran de la ciudad de Cuenca, el resto se distribuyen en lugares como (2) Azogues y Machala, (1) Quito, Riobamba, Piñas, Loja Guaranda, Morona Santiago, Pablo Sexto, y Gonzanamá. En cuanto al lugar de residencia, 27 participantes indicaron residir en Cuenca, 2 en Azogues y 1 en Cañar.

También se ilustra que hay una relación de 80% - 20% entre género femenino y masculino. Ningún participante se identificó con otro género distinto. También es importante considerar el estado civil de los participantes, en donde 29 son solteros/as y 1 es casado/a. De la misma forma 29 internos registraron no tener hijos, y 1 registró tener 1 hijo.

Además, se indican los problemas de salud con los que los participantes refieren haber sido diagnosticados. Aquí se encontró que únicamente 10 participantes han tenido diagnóstico previo de trastornos afectivos tal como ansiedad, depresión, estrés agudo, etc. Se debe considerar que 2 de ellos refirieron tener en conjunto problemas respiratorios y un diagnóstico previo de trastornos afectivos. Dentro del total de participantes incluidos en este estudio ninguno se encuentra recibiendo tratamiento médico, farmacológico, psicológico o similar.

En relación a las instituciones de salud, se observa que la mayoría de participantes cursaron el internado rotativo al momento de recolectar los datos en el Hospital Vicente Corral Moscoso (n=15), seguido del Hospital José Carrasco Arteaga (n=6).

Tabla 1

Descriptivos Sociodemográficos

Descriptivos Sociodemográficos	
Edad	
	n
23-25	23
26-28	6

29-más	1
Total	30
Género	
	n
	%
Femenino	24
Masculino	6
Total	30
Problemas de Salud	
	n
Diagnóstico previo de trastornos afectivos	8
Problemas Respiratorios	2
Diag. Previo y Prob. Respiratorio	2
Ninguno	18
Institución del Internado	
	n
Hospital Vicente Corral Moscoso	15
Hospital José Carrasco Arteaga	6
Hospital Homero Castanier Crespo	5
Centros de salud	4
Total	30

A continuación, se procede a mostrar los resultados referentes al primer objetivo específico, el cual busca identificar los niveles de ansiedad presentes en los internos de medicina de la Universidad de Cuenca.

Se puede observar en la tabla 2 que en los 30 participantes a quienes se aplicó la escala AMAS-A, en el nivel total de ansiedad se destaca la presencia de elevación leve n=12, seguido de niveles clínicamente significativos n=8. Si a esto se le suma el nivel de ansiedad extrema n=1, quiere decir que el 69.9% de participantes presenta niveles de ansiedad sobre lo esperado.

Tabla 2

Ansiedad

Ansiedad
TOT

Categoría descriptiva	n
Extrema	1
Clínicamente significativa	8
Elevación leve	12
Esperada	4
Baja	5
Total	30

Nota: TOT= nivel total de ansiedad

Para profundizar en las subescalas que nos proporciona el AMAS-A se observa en la tabla 3 que en Inquietud/hipersensibilidad y en ansiedad social la mayor parte de internos se ubica entre niveles clínicamente significativos y elevación leve, pero en la subescala de ansiedad fisiológica la mayoría de participantes se ubica en un nivel extremo y elevación leve.

Tabla 3

Subescalas de ansiedad

Subescalas de Ansiedad			
	IHS	FIS	SOC
Categoría descriptiva	n	n	n
Extrema	0	8	0
Clínicamente significativa	13	3	7
Elevación leve	7	8	10
Esperada	7	6	7
Baja	3	5	6
Total	30	30	30

Nota: IHS=inquietud/hipersensibilidad; FIS=Fisiológica; SOC=Social

Dichos resultados ilustran la presencia de niveles elevados de ansiedad, los cuales se catalogan como ansiedad disfuncional, que se ven expresados en las dimensiones de inquietud/hipersensibilidad, preocupación/ansiedad social y sensación/ansiedad fisiológica. Esto podría influir en la capacidad de respuesta y aprendizaje de los y las estudiantes en las diferentes rotaciones del internado.

Estos resultados tienen semejanzas y diferencias con los obtenidos por Ramírez-Mendoza et al. (2023), en donde se evaluó los niveles de ansiedad presente en residentes de medicina, aunque encontramos en semejanza un gran número de residentes que se ubican en las

categorías de elevación leve, clínicamente significativa y extrema en las subescalas IHS y FIS (69.7% y 79.3% respectivamente), en la subescala SOC y en el nivel de ansiedad total hay diferencias. Los autores reportaron en la subescala SOC que el 54.9% de participantes se encuentran en niveles esperados o bajos de ansiedad. Ahora, en referencia a los niveles totales de ansiedad también mencionan los investigadores que la mayoría de participantes se colocan entre elevación leve y extrema, la diferencia es que los autores reportaron que la mayor parte de su población se ubica en niveles extremos de ansiedad (56.8%), mientras que en esta investigación se encontró que el nivel con mayor porcentaje de residentes fue elevación leve (40%).

De igual forma los resultados obtenidos en este estudio podrían tener relación con los resultados expuestos por Ordoñez-Galeano (2020) en una investigación con estudiantes de medicina entre primer y sexto año en Guatemala en donde se reportó que el 5% de estudiantes mostraron características clínicas de trastornos de ansiedad sin otros trastornos, pero el 81% mostraron características de ansiedad y depresión juntas.

También es necesario mencionar que los resultados obtenidos en esta investigación contradicen los obtenidos por Onofre et al. (2021) en personal de salud de México, ya que reportó que el 76.5% no presentó ansiedad. De la misma forma Ureña y Ovalles (2022) reportaron que en el 27% de una muestra de 60 estudiantes de medicina que están terminando la carrera en universidades dominicanas hay niveles elevados de ansiedad.

En cuanto a los resultados del segundo objetivo específico que plantea determinar el nivel de intolerancia a la incertidumbre presente en los internos e internas de medicina de la Universidad de Cuenca, se puede observar en la tabla 4 que en la Intolerancia a la incertidumbre total las puntuaciones van de 28 a 132 con una $PM=73.20$, que se encuentra por encima del punto medio de la escala ($PM=53.81$). Dentro de las dimensiones incertidumbre generadora de inhibición e incertidumbre como desconcierto e imprevisión las puntuaciones medias en la escala se encuentran en $PM=30.23$ y $PM=23.32$. por lo que los valores obtenidos en el estudio están por encima de los indicadores de la escala, lo que significa que hay un alto nivel de II.

Los resultados que se han obtenido en la variable de Intolerancia a la Incertidumbre sugieren que en términos generales hay una baja tolerancia a eventos o situaciones ambiguas, inciertas, o poco claras en los participantes de esta investigación. Lo que podría presentarse como un déficit o una incapacidad para actuar ante la incertidumbre.

Tabla 4

Descriptivos de EII

Descriptivos de la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. estándar
IGI	16	80	42,40	15,841
IDI	12	52	30,80	10,896
II TOT	28	132	73,20	25,989

Nota: IGI= incertidumbre generadora de inhibición; IDI=Incertidumbre como desconcierto e imprevisión; II TOT=Nivel de intolerancia a la incertidumbre total

Estos resultados se corroboran con hallazgos en población universitaria por parte de Astudillo et al. (2021) que reportaron una media de II TOT 66.28 en estudiantes de psicología de primero a décimo semestre en Colombia. En cuanto a la dimensión IGI las autoras reportaron un PM=35.02 y en IDI un PM=31.26. Caso contrario se observa que hay diferencias entre los resultados obtenidos en esta investigación y los mencionados por Noguera et al. (2020), en donde el PM de II TOT es igual a 25.97 en personal relacionado a actividades esenciales durante la pandemia por COVID-19 en Argentina. Con lo que esa población no presentaba II ante las situaciones inciertas y los estresores de la pandemia.

En referencia al tercer objetivo específico se reporta que no se pudieron obtener datos significativos sobre la influencia de las variables de la ficha sociodemográfica sobre los niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre. Esto debido a que la muestra obtenida (n=30) es pequeña. Aun así, a continuación, se describe la comparación de estadísticos descriptivos de los niveles de ansiedad e II entre algunas variables sociodemográficas.

En la tabla 5 se observa la media del nivel total de ansiedad y el total de II en el grupo de participantes masculinos y femeninos, en donde no se observan diferencias significativas.

Tabla 5

Género en Relación a Ansiedad e II

Estadísticas de grupo					
GÉNERO		N	Media	Desv. estándar	Media de error estándar
TOT	Femenino	24	59,00	11,451	2,337
	Masculino	6	55,83	14,716	6,008
II TOT	Femenino	24	75,17	26,030	5,313
	Masculino	6	65,33	26,606	10,862

Nota: TOT= Ansiedad Total; IITOT= Intolerancia a la incertidumbre Total

La tabla 6 ilustra la comparación de datos descriptivos de ansiedad e II en relación a problemas de salud.

Tabla 6*Problemas de Salud en Relación a Ansiedad e II*

Informe			
PROBLEMAS DE SALUD		TOT	II TOT
Diagnóstico previo de trastornos afectivos	Media	61,11	89,17
	N	8	8
	Desv. estándar	7,492	18,008
NINGUNO	Media	55,44	67,00
	N	18	18
	Desv. estándar	13,165	24,679
Problemas respiratorios	Media	55,50	65,50
	N	2	2
	Desv. estándar	14,08	35,19
Diag. Previo y Prob. Respiratorio	Media	58,12	75,60
	N	2	2
	Desv. estándar	13,06	23,22

Nota: TOT= Ansiedad Total; IITOT= Intolerancia a la incertidumbre Total.

A continuación, en la tabla 7 se presenta la comparación de datos descriptivos de ansiedad e II en relación a la institución en donde se encuentran realizando el internado rotativo al momento de la recolección de datos, se debe recordar que no hay una distribución uniforme entre las instituciones. Sumado a esto se debe considerar que las rotaciones en los hospitales difieren entre sí dependiendo las especialidades.

Tabla 7*Institución en Relación a Ansiedad e II*

Informe			
INSTITUCIÓN DE INTERNADO		TOT	II TOT
Hosp. Homero Castanier Crespo	Media	61,80	81,60
	N	5	5
	Desv. estándar	6,907	19,476
Hosp. José Carrasco Arteaga	Media	51,67	65,83
	N	6	6
	Desv. estándar	15,280	36,815
Hosp. Vicente Corral Moscoso	Media	58,93	73,40
	N	15	15

	Desv. estándar	11,498	24,957
Centros de salud	Media	62,00	73,00
	N	4	4
	Desv. estándar	13,565	25,126

Nota: TOT= Ansiedad Total; IITOT= Intolerancia a la incertidumbre Total

Estos resultados pueden corroborarse con los obtenidos por González et al. (2006) quienes exponen que no hay diferencias significativas en II por el género, sin embargo, se menciona que en cuanto a niveles de ansiedad sí hay una correlación negativa ($-0.20, p \leq 0.001$). En relación a problemas de salud es entendible que exista una diferencia entre personas con un diagnóstico previo de trastornos afectivos y la obtención de puntuaciones altas en la escala de ansiedad y la EII. Esto debido a que, como indica Rodríguez de Behrends y Brenlla (2015) la presencia de antecedentes psicopatológicos puede ser un indicador de la presencia de Intolerancia a la Incertidumbre y/o niveles elevados de ansiedad. Por otro lado, los datos obtenidos de las instituciones en donde cursaban el internado al momento de la recolección de datos no muestran diferencias significativas entre las instituciones, esto corroborando con Silva-Jara et al. (2021) quienes encontraron en Paraguay que independientemente de las instituciones en donde realizaron el internado, los estudiantes de medicina tenían un 73.2% de probabilidad de desarrollar ansiedad. Como indica Albitres-Flores et al. (2020) el internado rotativo es una etapa de cambios que se desarrolla en ambientes saturados de situaciones estresantes.

Por último, se detallan los resultados del objetivo general que busca identificar la relación entre ansiedad e intolerancia a la incertidumbre en los internos de medicina de la Universidad de Cuenca que han sido parte de este estudio. En la tabla 8 se muestra que hay una relación directa o positiva entre las variables antes mencionadas. La correlación se obtuvo mediante la prueba de rho de Spearman, la cual refleja un coeficiente de correlación alto (0.719) con un p valor de 0,000. Se considera que es significativa a un nivel bilateral de 0.01. Con lo que se acepta la hipótesis planteada en la investigación que menciona que a mayor II, más ansiedad. De esta forma se puede concluir con un 99% de confianza que hay una relación entre los niveles de intolerancia a la incertidumbre y de ansiedad total en los participantes.

Tabla 8

Correlación Ansiedad e II

		Correlaciones	
		TOT	II TOT
TOT (Ansiedad total)	Coefficiente de correlación	1,000	,719**

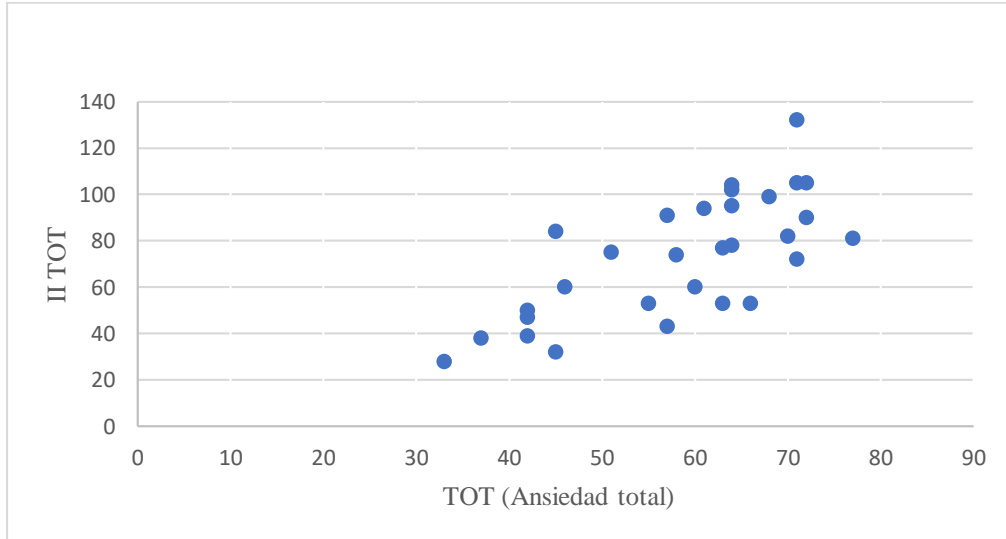
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	30	30
II TOT (Intolerancia a la Incertidumbre total)	Coefficiente de correlación	,719**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Los resultados obtenidos en esta investigación se corroboran con los datos expuestos por Matute y Ullaguari (2023) en donde a mayor intolerancia a la incertidumbre más alto serán los niveles de ansiedad. En el mismo sentido González-Larsson (2020) menciona que la II mantiene una correlación positiva con medidas de preocupaciones y la presencia de trastorno de ansiedad generalizado (TAG). Además, se observa en la investigación de Astudillo et al. (2021) que obtuvieron un coeficiente de correlación entre II y ansiedad de 0.565. De esta forma se ilustra un gráfico de dispersión de los datos obtenidos en este estudio tal como se observa en la figura 1.

Figura 1

Correlación Ansiedad e II



Nota: El gráfico muestra la dispersión de los datos y la tendencia que sigue el aumento de II TOT=intolerancia a la incertidumbre total; junto a TOT=ansiedad total.

Conclusiones y recomendaciones

Esta investigación estuvo direccionada por el objetivo de identificar la relación entre los niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre en estudiantes de la Universidad de Cuenca que se encuentran cursando el internado rotativo en el periodo mayo 2023-abril 2024. Esto a partir de la revisión teórico-empírica, en donde se pudo visualizar que hay bibliografía que corrobora la existencia de una relación positiva entre las dos variables, así mismo se encontraron algunos modelos que explican la razón de esta relación.

El primer objetivo específico se orientó a identificar los niveles de ansiedad en la población que conformó la muestra de la investigación. De esta forma se evidenció que varios participantes presentaron niveles elevados de ansiedad, estos resultados se observaron también en las subescalas de inquietud/hipersensibilidad, preocupación/ansiedad social, y ansiedad fisiológica. Con lo que se podría decir que hay un elevado porcentaje de internos de medicina que presentan niveles de ansiedad disfuncionales.

En relación al segundo objetivo específico que pretendía determinar el nivel de intolerancia a la incertidumbre, se observó la presencia de niveles altos de II, ya que los resultados obtenidos de los y las estudiantes que cursan el internado, indica que la mayoría de participantes se ubica por encima del punto medio de la escala adaptada. Por lo que se entiende que tienen una baja tolerancia a situaciones inciertas, ambiguas, o poco claras.

El tercer objetivo específico que buscaba describir la influencia de los factores sociodemográficos en los niveles de ansiedad e II se vio afectado debido al tamaño de la muestra. Los resultados que se observan en el apartado anterior no muestran diferencias claras entre las categorías de las variables sociodemográficas y los niveles de ansiedad e II. Eso no se corrobora con otros estudios que mencionan que, en algunas variables como género, edad, o problemas de salud podrían mostrar diferencias en algunas dimensiones y ausencia de diferencias en otras.

Por otro lado, en función del objetivo general que busca identificar la relación entre las variables ansiedad e Intolerancia a la Incertidumbre, se encontró que en los y las estudiantes de medicina que están cursando el internado hay una relación directa entre los niveles de ansiedad e II. Por lo tanto, se cumple la hipótesis alternativa del estudio que plantea que, a mayor intolerancia a la incertidumbre, mayor ansiedad.

Entre las limitaciones que se presentaron al realizar el estudio, el tamaño de la muestra produjo ciertas dificultades, sobre todo para conseguir resultados significativos para el tercer objetivo específico. Esta muestra se vio afectada por los horarios y guardias que deben cumplir los internos. Además de la distribución por distintas instituciones de salud, los internos cuentan con muy poco tiempo para cumplir actividades ajenas al internado. Por todo esto no fue posible conseguir una muestra de mayor tamaño.

Se considera indispensable recomendar, para futuras investigaciones, usar como población a internos que estén dentro de una institución específica, como por ejemplo el hospital José Carrasco Arteaga. Los pasos para obtener la autorización para trabajar con dicha población son los mismos que se realiza con las universidades. La ventaja es que se puede aumentar el tamaño de la muestra ya que serían estudiantes de más universidades y se tendría acceso directo a los participantes, de esta forma se puede trabajar también con muestreo probabilístico. Además, se contaría con espacios adecuados, ya que los internos reciben clases en los mismos hospitales.

Finalmente es necesario que se entienda la importancia de la prevención e intervención en las variables trabajadas en esta investigación. Ya que los problemas psicológicos como ansiedad e intolerancia a la incertidumbre pueden afectar el rendimiento laboral y académico en los futuros profesionales de la medicina. Por estos motivos se recomienda realizar talleres preventivos sobre manejo y solución de problemas relacionados a las labores hospitalarias de los internos. El entrenamiento en técnicas de relajación podría ser muy útiles para controlar el estado emocional que se presente ante las dificultades y la incertidumbre que puedan mostrar. Por último, facilitar el acceso a acompañamiento psicológico especializado en personal de salud podría mejorar la experiencia del internado para los y las estudiantes de medicina.

Referencias

- Abramowitz, J. S. (2009). The cognitive-behavioral model of obsessive-compulsive disorder: A critical evaluation. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 637-648.
- Albitres-Flores, L., Pisfil-Farroñay, Y. A., Guillen-Macedo, K., Niño-García, R., y Alarcon-Ruiz, C. A. (2020). Perception of medical interns about the internship during the COVID-19 pandemic in Peru. In SciELO Preprints. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.301>
- Toro, R., Alzate, L., Santana, L. y Ramírez I. (2018). Afecto negativo como mediador entre intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión. *Ansiedad y Estrés, 24*(2), 112-118. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.09.001>
- American Psychological Association [APA]. (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association. Recuperado el 15 de mayo de 2023, de <https://www.apa.org/ethics/code>
- Amores, T., y Marrero, J. (2015). Mala praxis médica en el quirófano. *Revista Cubana de Cirugía, 54*(2), 187-194. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000200012&lng=es&tlng=es.
- Arenas-Márquez, H., y Anaya-Prado, R. (2008). Errores en cirugía. *Estrategias para mejorar la seguridad quirúrgica. Cirugía y Cirujanos, 76* (4), 355-361
- Astudillo, J., Bareña, N., y Cuellar, L. (2021). *Intolerancia a la incertidumbre, ansiedad y depresión en una muestra de estudiantes del programa de psicología de la Fundación Universitaria Los Libertadores sede Bogotá*. [Tesis de Grado, Fundación Universitaria Los Libertadores]. Repositorio institucional de la Fundación Universitaria Los Libertadores. <http://hdl.handle.net/11371/4881>
- Athié-Gutiérrez C., y Dubón-Peniche C. (2020). Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cirugía y Cirujanos, 88*(2), 219-232. <https://doi.org/10.24875/ciru.18000625>.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. (2018). *Manual clínico de trastornos psicológicos: Tratamiento paso a paso*. Editorial El Manual Moderno.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G., y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basis
- Borkovec, T. D., y Newman, M. G. (1998). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive clinical psychology, 6*, 439-459.

- Brook, C. A., & Schmidt, L. A. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 4(1), 123-143. <https://doi.org/10.2147/ndt.s1799>
- Buhr, K., y Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 931-945. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796701000924>
- Buelga, S. (2007). El empowerment: la potenciación del bienestar desde la psicología comunitaria. *Psicología Social y Bienestar: una aproximación interdisciplinaria*, 154-173.
- Clark, D., y Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclée de Brouwer.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93).
- Craske, M. G. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why more women than men?*. Elsevier Science.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry*. Oxford University Press.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour research and therapy*, 46(1), 5-27.
- Dar, K., Iqbal, N., y Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129 – 133. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201816305871?via%3>
- Del Valle, M., Andrés, M., Iruñia, M., y Urquijo, S. (2020). Dificultades de regulación emocional e intolerancia a la incertidumbre en estudiantes universitarios. *Quaderns de Psicologia*, 22(2), 1-17. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1594>
- Diaz, M., Ruiz, M., y Villalobos, A. (2017). *Manual de técnicas y terapias cognitivas conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Diaz, I., y de la Iglesia, G. (2019). La evaluación multidimensional de la ansiedad: Técnicas, aplicaciones y alcances. *Escuela de Psicología Summa Psicológica*, 16 (1), 42-50. <https://doi.org/10.18774/0719-448x.2019.16.1.393>
- Domjan, M. (2015). *Principios de aprendizaje y conducta* (6ta ed.). CENGAGE Learning.

- Dueñas-Amaya, L. J. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de psicología*, 12(2), 61–68. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.12206>
- Dugas, M. J., Buhr, K. y Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*, 143-163.
- Dugas, M. J., y Koerner, N. (2006). *A Cognitive Model of Generalized Anxiety Disorder: The Role of Intolerance of Uncertainty*. Hoboken, NJ: Wiley Publishing.
- Dugas, M., y Robichaud, M. (2007). *Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: From science to practice*. Taylor y Francis.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., y Koerner, N. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy*, 38(2), 169–178.
- Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-64.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 839–852. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.4.839>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and individual differences*, 17(6), 791-802.
- Gastelo, K., Rojas, A., Diaz, C., y Maldonado, W. (2018). Clima educativo hospitalario y síndrome de burnout en internos de medicina. *Educación médica*, 21(4), 237-246
- González, M., Cubas, R., Rovella, A. y Darías, M. (2006). Adaptación española de la escala de intolerancia hacia la incertidumbre: procesos cognitivos, ansiedad y depresión. *Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- González, M. (2011). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia*. Madrid: Ediciones Pirámide
- González, M., Ibañez, I., Rovella, A., López, M., y Padilla, L. (2013). Perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre: Relaciones con variables psicopatológicas. *Behavioral Psychology*, 21(1), 81-101.
- González-Pando, D., Cernuda-Martínez, J., Alonso-Pérez, F., Beltrán - García, P. y Aparicio-Basauri, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352018000100145

- González-Larsson, S. (2020). *Trastorno de ansiedad generalizada, intolerancia a la incertidumbre y desregulación emocional: Un modelo integrador*. [Tesis de Master, Universidad de La Laguna]. Repositorio institucional de la Universidad de La Laguna <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/19463>
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *The British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Hebert, E., y Dugas, M. (2018). *Behavioral Experiments for Intolerance of Uncertainty: Challenging the Unknown in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder*. Cbpra doi:10.1016/j.cbpra.2018.07.007
- Hernández-Sampieri, R., y Mendoza, T. C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta* (1ra ed.). McGraw Hill education.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(10), 1568–1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>
- Hofmann, S. G., y Di Bartolo, P. M. (Eds.). (2014). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3rd ed.). Elsevier.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). (s.f). *Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud*. Quito, Ecuador. Recuperado el 30 de junio de 2023, de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/actividades-y-recursos-de-salud/>
- Lemos, M., Henao-Pérez, M., y López-Medina, D. (2018) Estrés y Salud Mental en Estudiantes de Medicina: Relación con Afrontamiento y Actividades Extracurriculares. *Archivos de Medicina*, 14(2), 3-11. doi: 10.3823/1385
- López, A., Cuenca, A., Bajaña, J., Merino, K., López, M. y Bravo, D. (2021). Factores de riesgo psicosocial y salud mental del personal de salud en ámbito hospitalario. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 8018-8035. Doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.887
- Martin, G. y Pear, J. (2007). *Modificación de la conducta, qué es y cómo aplicarla*. Pearson
- Matute, T., y Ullaguari, S. (2023). *Niveles de ansiedad e intolerancia a la incertidumbre en el personal de la salud en el Centro de Atención al Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Cuenca y en el Centro de Rehabilitación Integral Especializada de Azogues en pandemia por COVID-19 periodo marzo-agosto 2022* [Tesis de grado, Universidad de Cuenca]. Repositorio institucional de la Universidad de Cuenca <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/40785>
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., y Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 43(10), 1281-1310.

- Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: an integrative approach to treatment resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 95–105.
- Miltenberger, R. (2020). *Modificación de conducta: principios y procedimientos* (6ta ed.). ABA España. <https://doi.org/10.26741/2020.Milt>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Reglamento de los Comités de Ética de Investigación en Seres Humanos con Registro Oficial 279 del 2014* [Decisión No. 00004889]. Quito, Ecuador
- Moreno, M. (2009). Intolerancia a la incertidumbre en la adolescencia. *MedULA* 18: 83-89.
- Musante, L., & Ropers, H. H. (2014). Genetics of recessive cognitive disorders. *Trends in genetics : TIG*, 30(1), 32–39. <https://doi.org/10.1016/j.tig.2013.09.008>
- Naranjo, T., y Poveda, S. (2021). Conductas ansiógenas y depresivas en el personal de salud de Ecuador ante la emergencia covid-19. *Revista Médica Electrónica*, <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/4413/5272>
- Noguera, M., Lucero, L., & Llarena, S. (2020). Los servicios esenciales en tiempos de covid-19: impacto emocional y factores protectores. *Universidad Católica de Cuyo*, 5(2), 254–268. [https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/18278/Los servicios esenciales en tiempos de covid-19%3B impacto emocional y factores protectores.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/18278/Los_servicios_essenciales_en_tiempos_de_covid-19%3B_impacto_emocional_y_factores_protectores.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Onofre-Santiago, M., Rodríguez-García, M., Jaramillo-Vázquez, M., Salazar Mendoza, D. J., Hernández-Montesinos, M. y Luna-Hernández, L. (2021). Ansiedad, depresión y estrés en prestadores de servicios de salud ante el COVID-19. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(5), 6837-6857. [Doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i5.804)
- Ordóñez Galeano, R. A. (2020). Depresión y ansiedad en estudiantes de medicina. *Revista Ciencia Multidisciplinaria CUNORI*, 4(2), 15–21. <https://doi.org/10.36314/cunori.v4i2.123>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (11 de marzo de 2020). Recuperado el 21 de junio de 2023, de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14071:new-guidelines-on-ethical-treatment-of-humans-in-health-related-research&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Pagano, R. (2013). *Understanding Statistics in the Behavioral Sciences* (10ma ed.). Cengage Learning
- Perez, M., y Graña, J. (2019). Trastorno de ansiedad generalizada según el modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas: caso clínico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19(1), 99-126.

- Ramírez-Mendoza, J., García-Galicia, A., Aréchiga-Santamaría, A., Montiel-Jarquín, Á. J., Jiménez-Luna, I., Maldonado-Castañeda, S., y Loria-Castellanos, J. (2023). Cognición en médicos residentes con y sin ansiedad en un hospital formador de especialistas. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(2), 147–154.
- Reyes Carmona, C., Monterrosas, A., Navarrete, A., Acosta, E., y Torruco, U. (2017). Ansiedad de los estudiantes de una facultad de medicina mexicana, antes de iniciar el internado. *Investigación en educación médica*, 6(21), 42-46. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.05.004>
- Reynolds, C., Richmond, B. y Lowe, P. (2007). *Escala de ansiedad manifiesta en adultos AMAS*. Editorial el manual moderno.
- Rodríguez de Behrends, M., y Brenlla, M. E. (2015). Adaptación para buenos aires de la escala de intolerancia a la incertidumbre. *Interdisciplinaria*, 32(2). 261-274. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18043528004>
- Romero, G. E. (2018). *Scientific philosophy*. Springer.
- Romero, A., Macías, M., Alcívar, M., y Cantos, E. (2022). Síndrome de Burnout en Internos de Medicina. *RECIMUNDO*, 6(4), 580-609. [https://doi.org/10.26820/recimundo/6.\(4\).octubre.2022.580-609](https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.580-609)
- Rovella, A., González, M., Peñate, W., y Ibañez, I. (2011). Preocupación-Rasgo y trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de la población. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20(2), 101-108.
- Silva-Jara, C., Sosa-Ruiz, M., Pérez-Méndez, J., y Samudio, M. (2021). Frecuencia y factores de riesgo de ansiedad y depresión en internos de medicina durante la pandemia de la COVID-19 en dos universidades privadas del Paraguay. *Revista científica en ciencias sociales*, 3(2), 9-19. <https://doi.org/10.53732/rccsociales/03.02.2021.9>
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeldat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 3 (1), 10-59.
- Smith, E. y Kosslyn, S. (2008). *Procesos cognitivos: modelos y bases neuronales*. Pearson Education
- Ureña, A. y Ovalles, J. (2022). *Propuesta de intervención para el manejo del estrés académico y ansiedad relacionados al COVID-19 en estudiantes de término de medicina en universidades dominicanas A y B, periodo Agosto-Diciembre 2021, Distrito Nacional, República Dominicana* [Tesis de grado, Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/4352>
- Villca Villegas, Jose Luis, Moreno Choque, Rocio Aracely, Gomez Verduguez, Camila Alejandra, & Vargas Aguilar, Alvaro Andre. (2021). Influencia de la pandemia del

- COVID-19 en la salud mental de los trabajadores en salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 44(1), 75-80. Recuperado en 02 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662021000100013&lng=es&tlng=es.
- Vujanovic, A. A., Smith, L. J., Tipton, K. P., & Schmitz, J. M. (2019). A Novel, Integrated Cognitive-Behavioral Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress and Substance Use Disorders: A Case Study. *Cognitive and behavioral practice*, 26(2), 307–322. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.003>
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non patients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102.
- Yacelga, C., Montenegro, E., Barreyro, J., y Sánchez, O. (2022). Propiedades psicométricas de la escala AMAS (Ansiedad manifiesta en adultos) para Ecuador. *Ciencia Latina Revista científica Multidisciplinar*, 6 (2), 4050-4068. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.2146
- Zinbarg, R., Craske, M., y Barlow, D. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Zvolensky, M., Vujanovic, A., Bernstein, A., y Leyro, T. (2010). Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 19(6), 406-410. <https://doi.org/10.1177/0963721410388642>

Anexos

Anexo A. Operativización de variables

Variable-Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
<p>Ansiedad : Para Clark y Beck (2012) la ansiedad es un sistema complejo en donde se presentan respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas, que se activa al anticipar un evento (en forma de amenaza), el cual se juzga como muy aversivo debido a que este evento puede ser imprevisibles o incontrolable</p>	Inquietud/hipersensibilidad	Preguntas: 1, 5, 7, 9, 13, 16, 18, 20, 22, 25, 29, 31, 33, 36.	<p>Escala AMAS (ansiedad manifiesta en adultos) (Reynolds, Richmond y Lowe, 2007). Es una escala para describir la presencia y nivel de ansiedad en adultos, mismo que consta de 36 reactivos, La puntuación de ansiedad total (TOT) es la suma de las puntuaciones de las subescalas de ansiedad, Sus resultados pueden ser:</p> <p>Extrema: > o igual a 74T Clínicamente significativa: 65T-74T Elevación leve: 55T-64T Esperada: 45T-54T Baja: < o igual a 44T</p>
	Ansiedad fisiológica	Preguntas: 2, 6, 10, 14, 17, 21, 26, 30, 34	
	Preocupaciones sociales/estrés	Preguntas: 3, 11, 15, 19, 23, 27, 35.	
<p>Intolerancia a la incertidumbre: Por otro lado, la Intolerancia a la incertidumbre (II) es una característica disposicional</p>	incertidumbre generadora de inhibición	Preguntas: 1, 2, 3, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 22, 23, 24, 25	<p>Escala de Intolerancia a la Incertidumbre (EII) Originalmente la escala fue creada por Freeston, Rhéaume, Letarte, Dugas y Ladouceur (1994), pero para el</p>
	Incertidumbre como desconcierto e imprevisión	Preguntas: 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 18, 19, 21, 26, 27.	

<p>negativa que surge de un conjunto de creencias catastróficas sobre la incertidumbre y sus consecuencias (Hebert y Dugas, 2018).</p>			<p>presente trabajo se usará la adaptación para Buenos Aires (Rodríguez de Behrends y Brenlla, 2015). La escala se compone de 27 ítems que evalúan dos factores: incertidumbre generadora de inhibición; incertidumbre como desconcierto e imprevisión. Las respuestas se valoran en una escala de Likert de cinco puntos que va de 1 (nada característico de mí) hasta 5 (Extremadamente característico de mí), la aplicación de la escala será de forma individual.</p>
--	--	--	---

Anexo B. Ficha sociodemográfica

EDAD ____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

LUGAR DE RESIDENCIA _____

GÉNERO

____ Masculino

____ Femenino

____ Otro

____ Prefiero no responder

ESTADO CIVIL

____ Soltero (a)

____ Casado (a)

____ Divorciado (a)

____ Viudo (a)

____ Unión libre

NÚMERO DE HIJOS

____ 1

____ 2

____ 3

____ 4

____ 5 o más

ÁMBITO DE SALUD

Indique si usted ha sido diagnosticado/a con:

____ Problemas respiratorios (asma, bronquitis, neumonía, alergias, etc.)

____ Enfermedades cardíacas (hipertensión, arritmia cardíaca, exceso de colesterol, etc.)

____ Diagnóstico previo de trastornos de ansiedad, trastorno por estrés agudo, trastornos depresivos, etc.

____ ¿Se encuentra recibiendo tratamiento psiquiátrico?

____ ¿Se encuentra tomando algún medicamento psiquiátrico?

INSTITUCIÓN EN DONDE CURSA EL INTERNADO _____

Anexo C. AMAS-A (escala de ansiedad manifiesta en adultos)

Para cada oración, enclerre su respuesta en un círculo.

SI	No	1. Me preocupa hacer lo correcto
SI	No	2. Es frecuente que me sienta inquieto (a)
SI	No	3. Es frecuente que me preocupe por lo que podría pasarle a mi familia
SI	No	4. Siempre soy agradable con todos
SI	No	5. Me pongo nervioso (a) cuando las cosas no salen bien para mí
SI	No	6. Muchas veces me siento acelerado (a) o intanquilo (a)
SI	No	7. Es fácil que me sienta mal cuando me llaman la atención
SI	No	8. Siempre soy amable
SI	No	9. A veces me preocupo por cosas que en realidad no tienen importancia
SI	No	10. Es frecuente que la gente diga que soy inquieto (a)
SI	No	11. La vida se está complicando demasiado
SI	No	12. Siempre soy educado
SI	No	13. Es fácil que hieran mis sentimientos
SI	No	14. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso
SI	No	15. Me preocupa el dinero
SI	No	16. Me preocupa lo que va a pasar
SI	No	17. Estoy nervioso (a)
SI	No	18. Me cuesta trabajo tomar decisiones
SI	No	19. Me preocupa hacerme viejo (a)
SI	No	20. Me preocupa el futuro
SI	No	21. Mis músculos se sienten tensos
SI	No	22. Me preocupa cómo me está yendo en el trabajo
SI	No	23. Es fácil que me desespere con los demás
SI	No	24. Siempre digo la verdad
SI	No	25. Me preocupa lo que los demás piensan de mí
SI	No	26. Me cuesta mucho trabajo estar quieto (a)
SI	No	27. Me preocupa la muerte
SI	No	28. Siempre soy bueno (a)
SI	No	29. Muchas veces me siento cansado (a)
SI	No	30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir
SI	No	31. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal
SI	No	32. Me caen bien todas las personas que conozco
SI	No	33. Me siento preocupado (a) gran parte del tiempo
SI	No	34. Me despierto pensando en mis problemas
SI	No	35. Es frecuente que me sienta muy estresado
SI	No	36. Parece que los demás hacen las cosas con más facilidad que yo

Anexo D. ESCALA DE INTOLERANCIA A LA INCERTIDUMBRE

1 nada característico de mí hasta 5 extremadamente característico de mí

N°	Frases	1	2	3	4	5
1	La incertidumbre me impide tener una opinión firme.					
2	Estar inseguro/a sobre algo me desorganiza.					
3	La incertidumbre hace intolerable la vida.					
4	Es injusto no tener garantías de que las cosas vayan a salir bien en la vida.					
5	No puedo estar tranquilo/a mientras no sepa lo que va a suceder al día siguiente.					
6	La incertidumbre me produce inquietud, ansiedad o estrés.					
7	Los imprevistos me molestan mucho.					
8	Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito.					
9	La incertidumbre me impide disfrutar plenamente la vida.					
10	Se debería prever todo para evitar las sorpresas.					
11	Un pequeño imprevisto puede arruinar todo, incluso con la mejor de las planeaciones.					
12	Cuando llega el momento de actuar, la incertidumbre me paraliza.					
13	Estar inseguro/a implica no poder figurar entre los mejores.					
14	Cuando estoy indeciso/a no puedo seguir adelante.					
15	Cuando estoy indeciso/a no puedo funcionar muy bien.					
16	A diferencia de mí los demás siempre parecen saber hacia dónde dirigen sus vidas.					
17	La incertidumbre me hace vulnerable, infeliz o triste.					
18	Quiero saber siempre qué me depara el futuro.					
19	No soporto que me cojan por sorpresa.					
20	La más mínima duda me puede impedir actuar.					
21	Tendría que ser capaz de organizar todo de antemano.					
22	La incertidumbre me produce falta de confianza en mí mismo.					
23	No entiendo como otras personas parecen tan seguras y decididas acerca de su futuro.					
24	La incertidumbre me impide dormir bien.					
25	Debo alejarme de toda situación incierta.					
26	Las ambigüedades de la vida me causan estrés.					
27	No soporto estar indeciso/a acerca de mi futuro.					