

**Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana**

Escuela Profesional de Medicina Humana



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ EN EL PERIODO DICIEMBRE
2017 – FEBRERO 2018**

Tesis presentada por el Bachiller:

Medina Casillas, Nicolás Brian

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor: Dra. LLaza Loayza, Gloria

Arequipa - Perú

2018



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

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO Nº 139 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO DICIEMBRE 2017 - FEBRERO 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

NICOLAS BRIAN MEDINA CASILLAS

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

Las indicadas por correos de p

Arequipa,

EFK
Dr. Ervis Alvarado Dueñas
MEDICINA - PSICHIATRA
C.M.P. 22789 - R.N.E. 9265
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO

DR. ERVIS FELIPE ALVARADO DUEÑAS

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHÉ

J. Zavallos
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
PSIQUIATRA
C.M.P. 033303 - R.N.E. 015303

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRIGUEZ.

Roberto
DR. ROBERTO NÚÑEZ QUIROZ

1881
Roberto Orlando Núñez Quiroz
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTOR EN CIENCIAS AMBIENTALES
OTORRINOLARINGÓLOGO
C.M.P. 28047 - R.N.E. 12909 - CAOHC: 495737

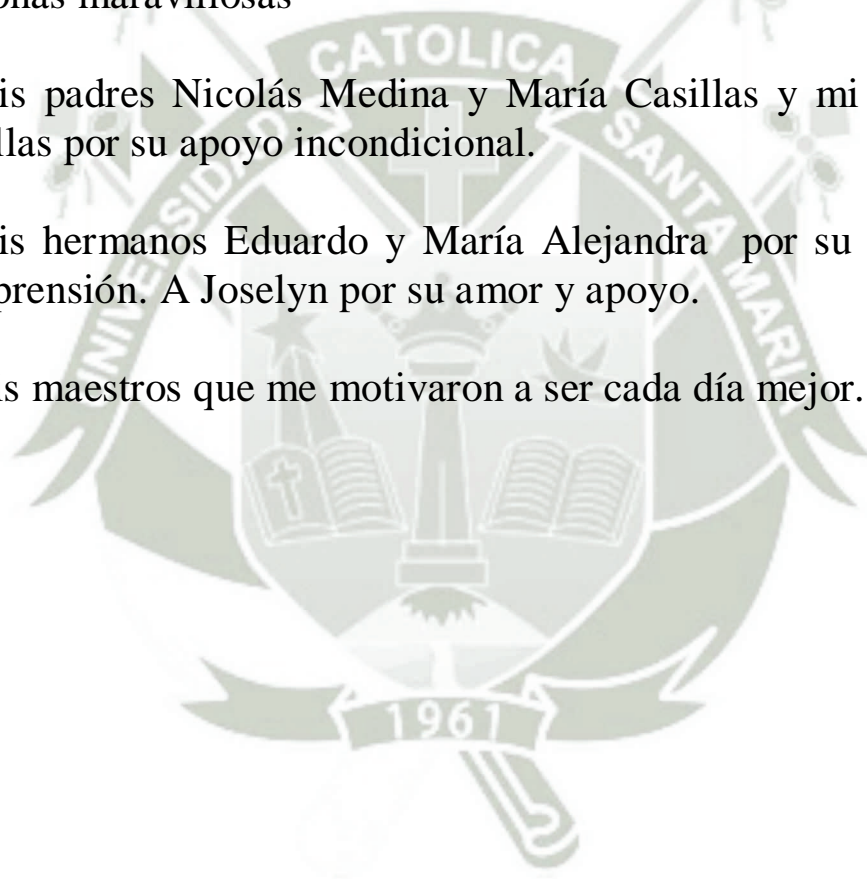
AGRADECIMIENTO

El esfuerzo y dedicación que mereció este trabajo y la carrera universitaria, va dedicado con gran agradecimiento a Dios por siempre acompañarme guiando mis pasos, y rodearme de personas maravillosas

A mis padres Nicolás Medina y María Casillas y mi tío José Casillas por su apoyo incondicional.

A mis hermanos Eduardo y María Alejandra por su cariño y comprensión. A Joselyn por su amor y apoyo.

A mis maestros que me motivaron a ser cada día mejor.



DEDICATORIA

Dedicado a mi gran amiga Danitza, que está en la gloria del señor y en el corazón de quienes la recordamos con cariño.



El da esfuerzo al cansado, y multiplica las fuerzas al que no tiene ningunas. Los muchachos se fatigan y se cansan, los jóvenes flaquean y caen; pero los que esperan a Jehová tendrán nuevas fuerzas; levantarán alas como las águilas; correrán, y no se cansarán; caminarán, y no se fatigarán.

Isaías 40:29-31



INTRODUCCIÓN

Desde hace mucho tiempo en nuestro país y a nivel mundial la prevalencia de enfermedades mentales, ha ido en aumento en forma alarmante. Vivimos en un mundo cada vez más demandante, lo cual aumenta el stress laboral, el cual afecta negativamente a la salud (bienestar biopsicosocial y espiritual) de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan.

La resiliencia es una cualidad necesaria para mantener la salud mental del individuo, gracias a la resiliencia el individuo puede afrontar las presiones normales de la vida, sin alterar su salud mental, le permite trabajar en forma productiva y fructífera, contribuyendo con su comunidad.

La resiliencia es una cualidad imprescindible y de muy importante en el desarrollo personal. Por ello el estudio de la resiliencia y los factores relacionados a su desarrollo es no solo importante sino también necesario.

El personal de salud especialmente el personal asistencial está expuesto a una carga laboral considerable y además a situaciones estresantes que pueden alterar la salud mental de dichos trabajadores.

La lateralidad motora es entendida como la preferencia que muestran las personas por utilizar un lado del cuerpo para realizar la mayoría de las actividades.

Considerando que la lateralidad más prevalente en la población en general es la diestra, el instrumental y la mayoría de herramientas de trabajo están diseñadas para personas diestras lo cual se convierte en un desafío constante para personas con diferente lateralidad, las cuales tienen que enfrentarse a situaciones más difíciles, siendo muy importante su capacidad de resiliencia.

Se cuentan con estudios acerca de lateralidad motora y de la resiliencia en forma aislada, pero existen pocos estudios que estudien la relación entre ambos temas.

Luego de realizar el estudio hemos encontrado que el nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche es mejor en los diestros parciales, ambidiestros y zurdos parciales en el orden descrito. Y que la resiliencia es influida por la ocupación y el tiempo de trabajo.



RESUMEN

La resiliencia de las personas puede ser influida por su lateralidad motora.

El objetivo de este estudio es determinar la lateralidad motora, características sociodemográficas y resiliencia en personal asistencial del hospital III Goyeneche.

Para ello se encuestó al personal asistencial del hospital que cumplió criterios de selección, para aplicar una ficha de datos, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y el test de lateralidad de Harris. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

Encontrando que el 36.60% de trabajadores encuestados fueron varones y 63.40% mujeres, con edades que en 64.95% se encontraron entre los 20 y 29 años. El 68.56% fueron solteros, 30.93% fueron casados. La ocupación de los trabajadores fue de enfermeros en 15.46%, médicos en 21.13%, internos de medicina en 42.78%, internos de enfermería en 10.31% e internos de obstetricia en 5.15%. El tiempo de trabajo fue de hasta un año en 66.49% de casos. La lateralidad fue diestro completo en 90.21% de casos, diestro parcial en 2.58%, zurdo completo en 3.09%, y zurdo parcial en 0.52%. Un caso (0.52%) fue ambidiestro, y 3.09% tuvo dominancia cruzada. El 23.20% de trabajadores tuvo una resiliencia adecuada, 75.26% mostró resiliencia moderada y 1.55% una escasa resiliencia. La resiliencia fue más alta en los diestros parciales (80% con resiliencia adecuada), así como en los zurdos parciales y ambidiestros (100% con resiliencia adecuada; $p > 0.05$). La resiliencia fue moderada en mayor proporción de internos (85.54% en internos de medicina, 100% en internos de enfermería y obstetricia), y fue más alta en obstetras (70% con resiliencia adecuada), además predominó la resiliencia moderada en enfermeros (53.33%), médicos asistentes (68.18%) y médicos residentes (57.89%; $p < 0.05$). La resiliencia tiende a ser mejor con el mayor tiempo de trabajo, pasando de 11.11% de resiliencia adecuada entre los que trabajaron menos de 3 meses y llegó a 46.67% en trabajadores de más de 10 años ($p < 0.01$).

Podemos concluir que la resiliencia es mejor en trabajadores diestros o zurdos parciales y ambidiestros, e influida por la ocupación y el tiempo de trabajo.

PALABRAS CLAVE: resiliencia – dominancia motora – personal asistencial.

ABSTRACT

The resilience of people can be influenced by their motor laterality.

The objective of this study is to determine the motor laterality, sociodemographic characteristics and resilience in medical personnel of the III Goyeneche hospital.

For this reason, personnel from the hospital who met the selection criteria were interviewed to apply a data sheet, the Wagnild and Young Resilience Scale, and the Harris laterality test. Variables are compared by chi-squared test.

Finding that 36.60% of the workers surveyed were men and 63.40% were women, with ages of 64.95% between 20 and 29 years old. 68.56% were single, 30.93% were married. The occupation of the workers was of nurses in 15.46%, doctors in 21.13%, interns of medicine in 42.78%, internal nurses in 10.31% and interns of obstetrics in 5.15%. The work time was up to one year in 66.49% of cases. Lateness was complete right-handedness in 90.21% of cases, partial right-handedness in 2.58%, complete left-handedness in 3.09%, and partial left-handedness in 0.52%. One case (0.52%) was ambidextrous, and 3.09% had crossed dominance. The 23.20% of workers had an adequate resilience, 75.26% showed moderate resilience and 1.55% a low resilience. The resilience was higher in the partial righties (80% with adequate resilience), as well as in the partial and ambidextrous lefties (100% with adequate resilience, $p > 0.05$). Resilience was moderate in a greater proportion of inmates (85.54% in medical interns, 100% in nursing and obstetric interns), and was higher in obstetricians (70% with adequate resilience), and moderate resilience in nurses also predominated (53.33%), attending physicians (68.18%) and resident physicians (57.89%, $p < 0.05$). Resilience tends to be better with longer working hours, going from 11.11% of adequate resilience among those who worked less than 3 months to 5 years and reached 46.67% in workers older than 10 years ($p < 0.01$).

We can conclude that resilience is better in right-handed or partially-left-handed, ambidextrous workers, and influenced by occupation and working time.

KEY WORDS: resilience - motor dominance - care personnel.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	vi
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXOS	51
Anexo I Proyecto de investigación	52
Anexo 1: Escala de resiliencia de Wagnild y Young	87
Anexo 2: Test De Harris (Observación De La Lateralidad)	88
Anexo 3: Ficha de recolección de datos.....	89
Anexo 4: Consentimiento Informado	90
Anexo II Matriz de sistematización de información.....	91

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Distribución del personal según edad y sexo	7
Tabla 2:	Distribución del personal según estado civil	9
Tabla 3:	Distribución del personal según grupo laboral	11
Tabla 4:	Distribución del personal según tiempo de trabajo	13
Tabla 5:	Resultados de la evaluación de dominancia según zona	15
Tabla 6:	Lateralidad de los trabajadores asistenciales	17
Tabla 7:	Resultados de la evaluación de resiliencia en el personal asistencial .	19
Tabla 8:	Relación entre la lateralidad motora y la resiliencia del personal asistencial	21
Tabla 9:	Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: edad	23
Tabla 10:	Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: sexo	25
Tabla 11:	Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: estado civil	27
Tabla 12:	Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: ocupación	29
Tabla 13:	Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: tiempo de trabajo	31
Tabla 14:	Influencia de las características sociodemográficas y lateralidad motora del personal en la resiliencia. Tabla resumen.	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución del personal según edad y sexo	8
Gráfico 2: Distribución del personal según estado civil	10
Gráfico 3: Distribución del personal según grupo laboral	12
Gráfico 4: Distribución del personal según tiempo de trabajo	14
Gráfico 5: Resultados de la evaluación de dominancia según zona	16
Gráfico 6: Lateralidad de los trabajadores asistenciales	18
Gráfico 7: Resultados de la evaluación de resiliencia en el personal asistencial .	20
Gráfico 8: Relación entre la lateralidad motora y la resiliencia del personal asistencial	22
Gráfico 9: Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: edad	24
Gráfico 10: .. Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: sexo	26
Gráfico 11: .. Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: estado civil	28
Gráfico 12: .. Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: ocupación	30
Gráfico 13: .. Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia: tiempo de trabajo	32

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos:

- **Para la evaluación de la lateralidad:**

- Test de lateralidad de Harris

- **Para la evaluación del nivel de resiliencia:**

- Test de resiliencia de Wagnild Young.

- **Para características sociodemográficas:**

- Ficha de recolección de datos

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de Diciembre 2017 a enero 2018.

2.3. Unidades de estudio:

Personal asistencial del hospital III Goyeneche.

Población: Todo el personal asistencial profesional y en formación académica en medicina, enfermería y obstetricia del hospital III Goyeneche de los departamentos de pediatría, cirugía, ginecobstetricia, medicina interna.

Muestra: Se trabajó con toda la población.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Personal asistencial del hospital III Goyeneche que se encuentren en actividad laboral en diciembre del 2017 a enero del 2018, que acepten participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

- Personal asistencial con antecedentes de enfermedad crónica.
- Personal asistencial con antecedente de enfermedad mental.
- Personal asistencial con antecedente de recibir tratamiento médico para enfermedades mentales.

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio de campo en la cual se buscó demostrar una relación ente la lateralidad (derecha-izquierda) y la resiliencia en el personal asistencial del Hospital III Goyeneche diciembre 2017 – enero 2018.

4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación se trata de un estudio descriptivo, relacional, de corte transversal en el cual se busca demostrar una relación ente la lateralidad (derecha-izquierda) y la resiliencia en el personal asistencial del Hospital III Goyeneche diciembre 2017 – enero 2018.

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Organización

Se presentó el proyecto al jurado dictaminador, una vez aprobado se procedió a su realización.

Se solicitó autorización para acceder a realizar la recolección de datos en el hospital III Goyeneche la cual estuvo dirigida al Director de la misma institución.

En base a la información recopilada se elaboró una matriz de tabulación, para las tabulaciones correspondientes de los datos, y la confección de tablas estadísticas, requeridas para el análisis, interpretación y discusión de los resultados.

5.2. Validación de los instrumentos

Test de Lateralidad

Ficha técnica:
▪ Nombre: Test de Dominancia Lateral de Harris (1961)
▪ Autores: Harris, A. J. (1961).
▪ Procedencia: Paris.
▪ Adaptación y validación: Picq y Vayer (1977: 245-247).
▪ Administración: individual.
▪ Duración: Aproximadamente de 5 a 10 minutos.
▪ Aplicación: para niños, jóvenes y adultos.
▪ Significación: la escala evalúa las siguientes lateralidad dominante en manos, pies, ojos y oídos. Asimismo, considera una Diagnostico de lateralidad.

El test se ha comparado con otros instrumentos de medida de las mismas características, obteniendo unos resultados favorables en cuanto su validez, permitiendo también su puesta en práctica al poder establecer diferencias entre grupos ya formados.

La escala evalúa 26 ítems, que pretenden comprobar la preferencia lateral de cada segmento corporal. Las 26 pruebas están divididas en 4 apartados: mano: 10 ítems, piernas: 10 ítems, ojo: 3 ítems y oído: 3 ítems, cada uno para seleccionar derecha o izquierda o ambos.

Esta escala fue traducida, adaptada y validada por Picq y Vayer el 1977.

Test de Wagnild Young:

Ficha técnica:
▪ Nombre: Escala de Resiliencia.
▪ Autores: Wagnild,G. Young,H.(1993)
▪ Procedencia: Estados Unidos.
▪ Adaptación peruana: Novella (2002)
▪ Administración: individual o colectiva.
▪ Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
▪ Aplicación: para adolescentes y adultos.
▪ Significación: la escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en si mismo, Perseverancia, y Satisfacción. Asimismo, considera una Escala Total.

La escala de resiliencia Wagnild y Young, posee características esenciales para considerarla como válida, entre ellas el coeficiente alfa global y la proporción apreciable de varianza explicada por sus factores.

La escala evalúa 25 ítems cada uno con un puntaje del 1 a 7 puntos siendo el puntaje mínimo 25 y el máximo 175. A mejor nivel de resiliencia mayor puntaje.

La escala de resiliencia Wagnild y Young fue traducida y adaptada el 2002, por Novella. Posteriormente fue validada por Del Aguila el 2003.

5.3. Criterios para manejo de resultados**a) Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una

hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo del chi cuadrado. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



CAPÍTULO II

RESULTADOS

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 1

Distribución del personal según edad y sexo

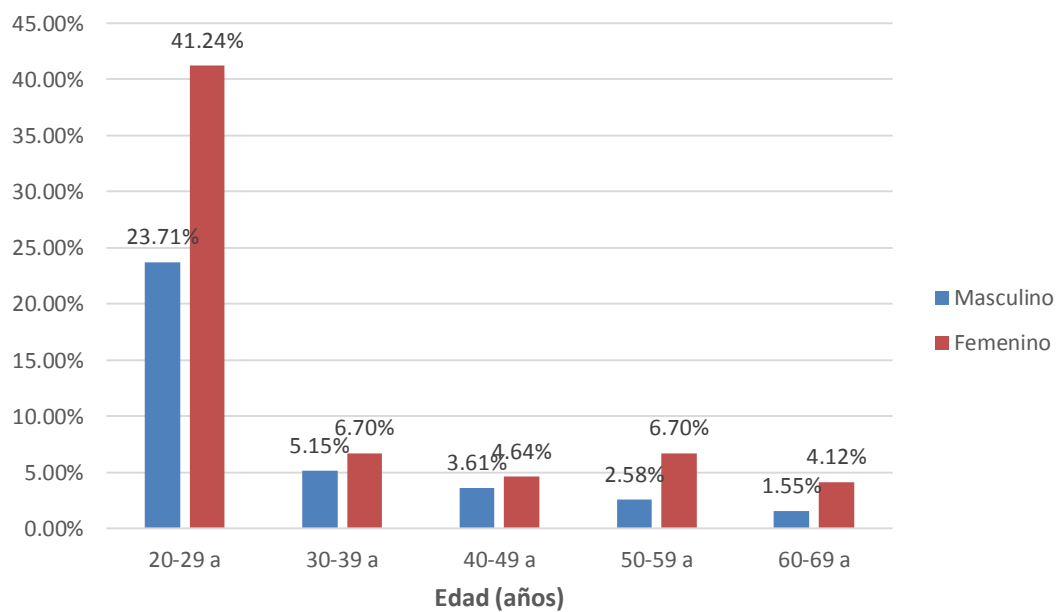
Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	46	23.71%	80	41.24%	126	64.95%
30-39 a	10	5.15%	13	6.70%	23	11.86%
40-49 a	7	3.61%	9	4.64%	16	8.25%
50-59 a	5	2.58%	13	6.70%	18	9.28%
60-69 a	3	1.55%	8	4.12%	11	5.67%
Total	71	36.60%	123	63.40%	194	100.00%

Tabla 1: De la población estudiada fueron varones (36.60%) y mujeres (63.40%). El grupo de 20 a 29 años representó el mayor porcentaje (64.95%) mientras el grupo de 60 a 69 años representó el menor porcentaje (5.67%)

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 1

Distribución del personal según edad y sexo



Edad promedio \pm D. estándar (min – máx):

- Masculino: 32.14 \pm 11.04 años (24 – 65 años)
- Femenino: 33.01 \pm 12.73 años (23 – 65 años)

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 2

Distribución del personal según estado civil

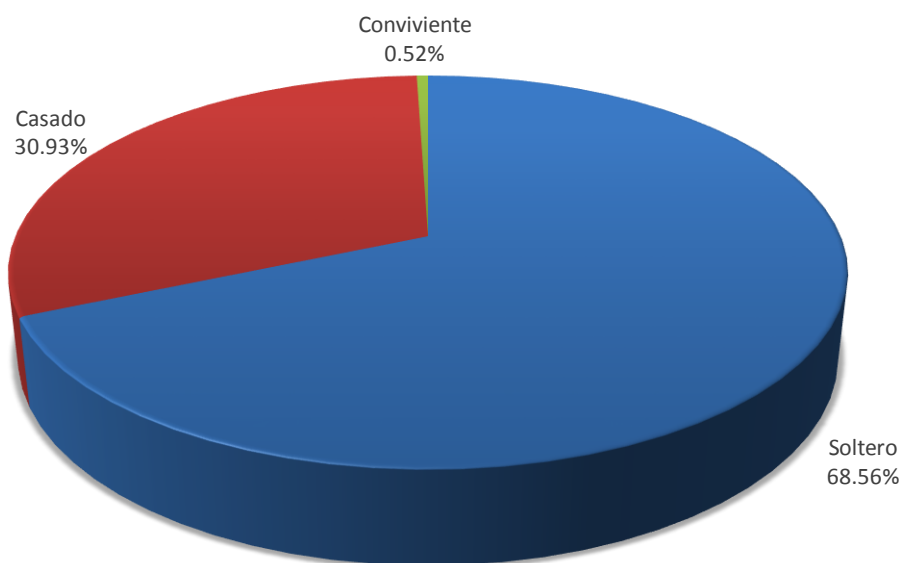
E. civil	N°	%
Soltero	133	68.56%
Casado	60	30.93%
Conviviente	1	0.52%
Total	194	100.00%

Tabla 2: un alto porcentaje de la población en estudio se describe como solteros (68.56%) y uno muy bajo como convivientes (0.52%).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 2

Distribución del personal según estado civil



LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018

Tabla 3

Distribución del personal según grupo laboral

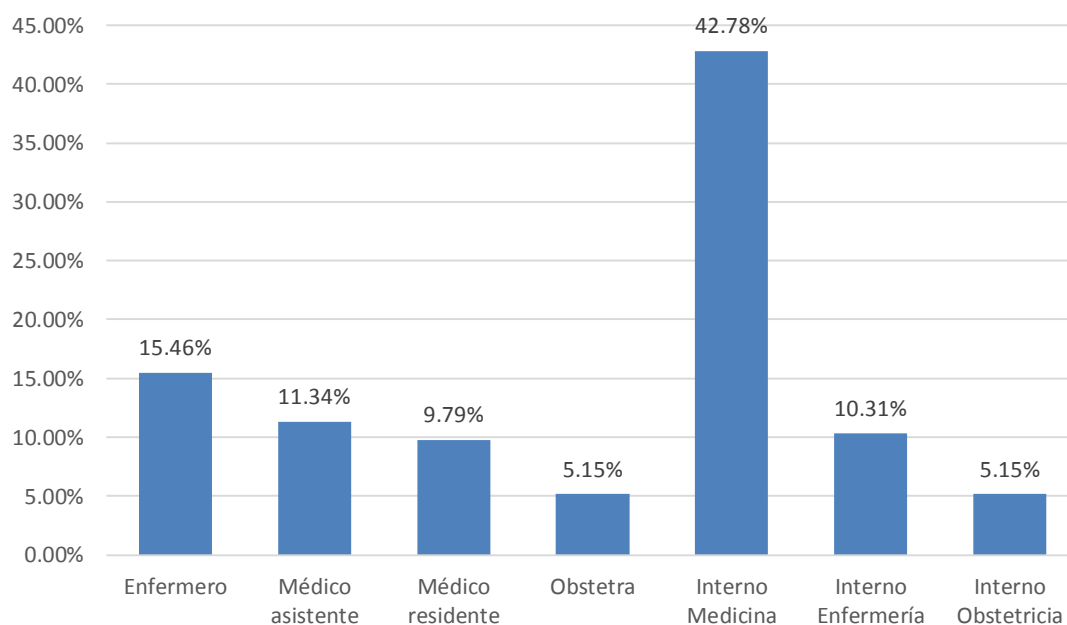
Ocupación	N°	%
Enfermero	30	15.46%
Médico asistente	22	11.34%
Médico residente	19	9.79%
Obstetras	10	5.15%
Interno Medicina	83	42.78%
Interno Enfermería	20	10.31%
Interno Obstetricia	10	5.15%
Total	194	100.00%

Tabla 3: Se puede apreciar que más del 50 % de la población está conformada por internos de medicina, enfermería y obstetricia.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 3

Distribución del personal según grupo laboral



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 4

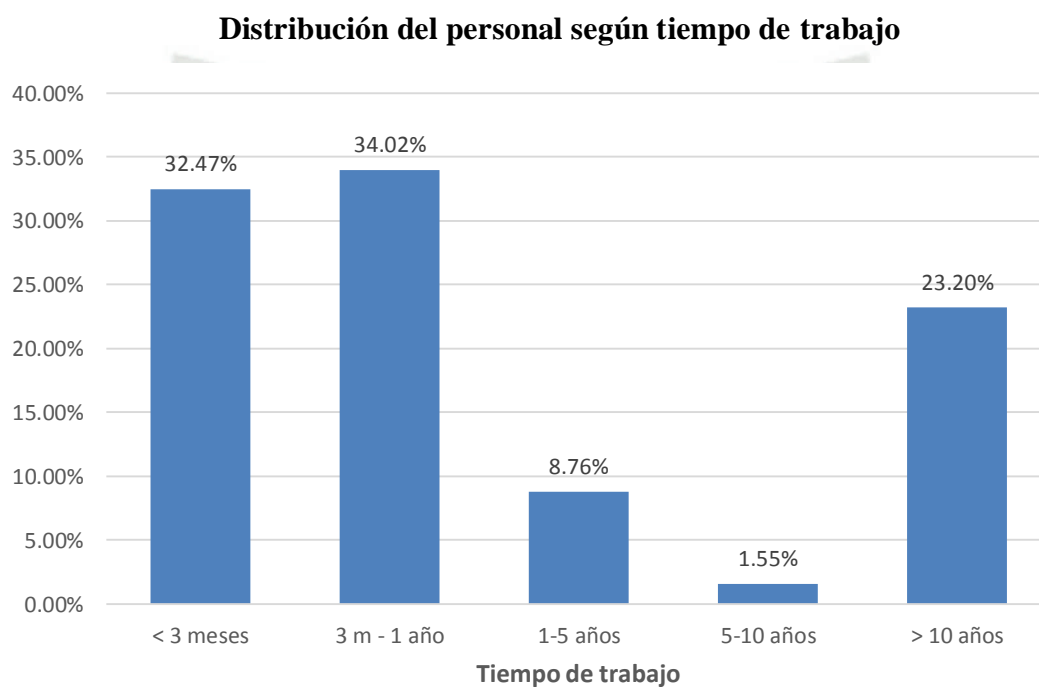
Distribución del personal según tiempo de trabajo

T. trabajo	N°	%
< 3 meses	63	32.47%
3 m - 1 año	66	34.02%
1-5 años	17	8.76%
5-10 años	3	1.55%
> 10 años	45	23.20%
Total	194	100.00%

Tabla 4: Más del 66.49 % de la población ha trabajado menos de un año. Cabe resaltar que 23.20% ha trabajado por más de 10 años.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 4



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 5

Resultados de la evaluación de dominancia según zona

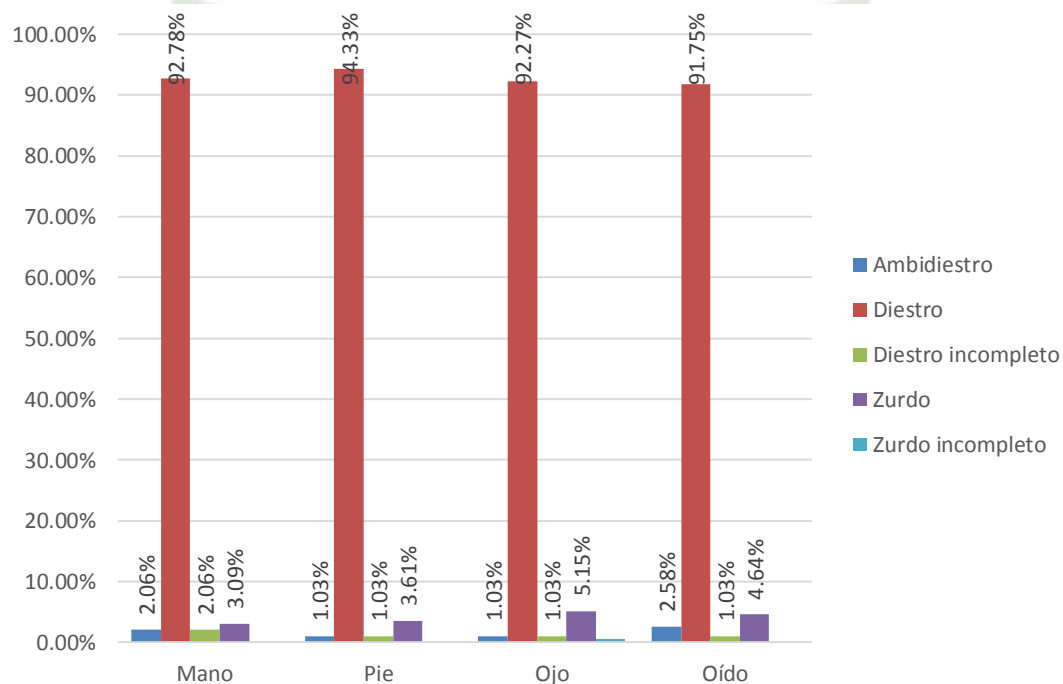
Lado	Mano		Pie		Ojo		Oído	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ambidiestro	4	2.06%	2	1.03%	2	1.03%	5	2.58%
Diestro	180	92.78%	183	94.33%	179	92.27%	178	91.75%
Diestro incompleto	4	2.06%	2	1.03%	2	1.03%	2	1.03%
Zurdo	6	3.09%	7	3.61%	10	5.15%	9	4.64%
Zurdo incompleto	0	0.00%	0	0.00%	1	0.52%	0	0.00%
Total	194	100.00%	194	100.00%	194	100.00%	194	100.00%

Tabla 5: La lateralidad diestra completa es la más prevalente tanto en mano (92.78%), pie (94.33%), ojo (92.27%), y oído (91.75%).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 5

Resultados de la evaluación de dominancia según zona



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 6

Lateralidad de los trabajadores asistenciales

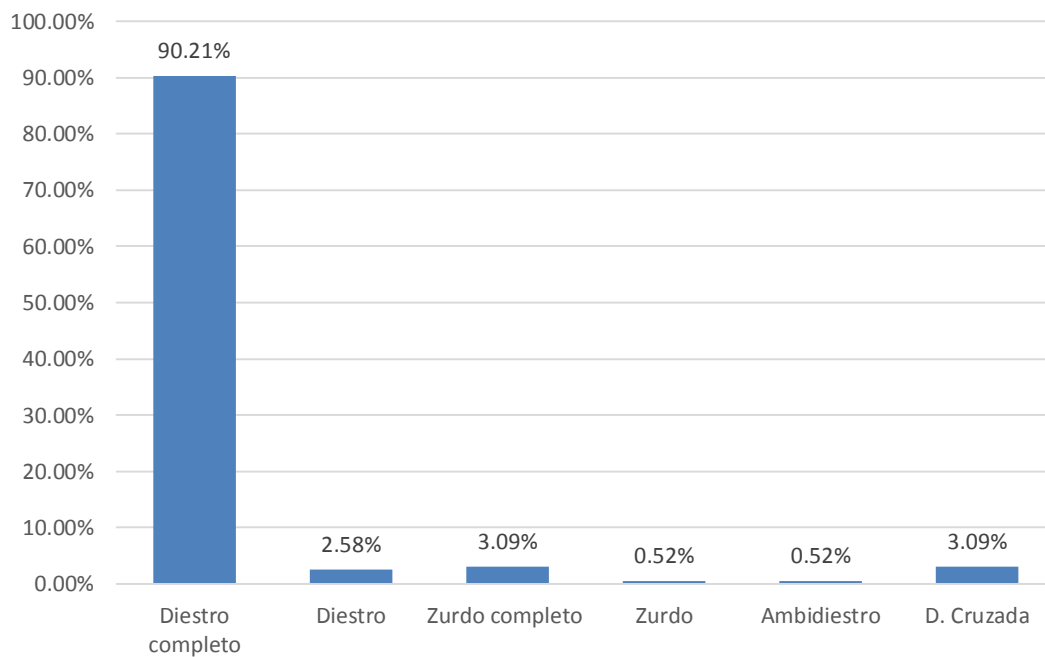
Lateralidad	N°	%
Diestro completo	175	90.21%
Diestro	5	2.58%
Zurdo completo	6	3.09%
Zurdo	1	0.52%
Ambidiestro	1	0.52%
D. Cruzada	6	3.09%
Total	194	100.00%

Tabla 6: La mayor parte de la población fue diestra completa 90.21%. Solo se halló una persona ambidiestra (0.52%).y hubo seis casos de dominancia cruzada (3.09%).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 6

Lateralidad de los trabajadores asistenciales



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 7

Resultados de la evaluación de resiliencia en el personal asistencial

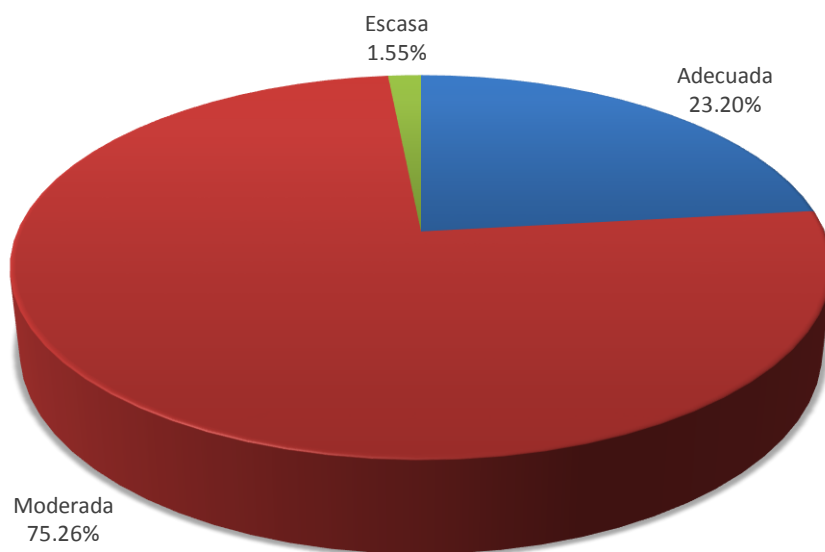
Resiliencia	N°	%
Adecuada	45	23.20%
Moderada	146	75.26%
Escasa	3	1.55%
Total	194	100.00%

Tabla 7: En el mayor porcentaje de la población se encontró nivel de resiliencia moderada (75.26%). El nivel de resiliencia fue escaso en solo 1.55% de la población.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 7

Resultados de la evaluación de resiliencia en el personal asistencial



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 8

Relación entre la lateralidad motora y la resiliencia del personal asistencial

Lateralidad	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Diestro completo	175	35	20.00%	137	78.29%	3	1.71%
Diestro	5	4	80.00%	1	20.00%	0	0.00%
Zurdo completo	6	2	33.33%	4	66.67%	0	0.00%
Zurdo	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Ambidiestro	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
D. Cruzada	6	2	33.33%	4	66.67%	0	0.00%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

Chi² = 17.53

G. libertad = 10

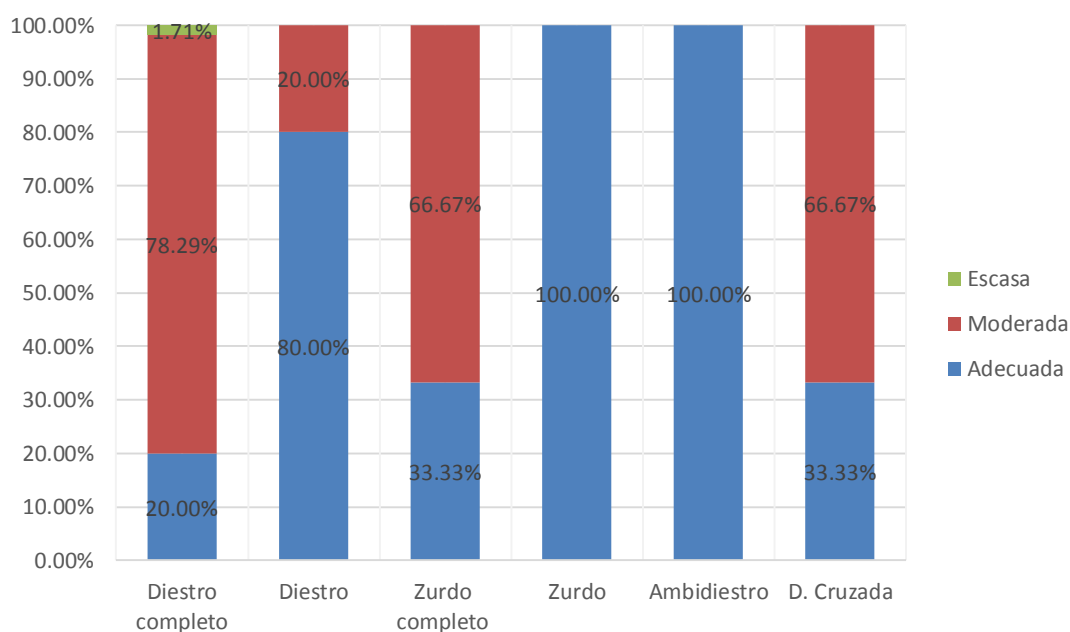
p = 0.06

Tabla 8: El 75.26 % de la población tuvo un nivel de resiliencia moderado, solo en el 3% de la población el nivel de resiliencia fue escaso. Zurdos incompletos, ambidiestros presentaron nivel de resiliencia adecuada en 100% mientras diestros incompletos lo presentaron en 80%. En el grupo de dominancia cruzada predominó el nivel de resiliencia moderado (66.67%).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 8

Relación entre la lateralidad motora y la resiliencia del personal asistencial



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 9

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
edad**

Edad (años)	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
20-29 a	126	15	11.90%	108	85.71%	3	2.38%
30-39 a	23	9	39.13%	14	60.87%	0	0.00%
40-49 a	16	5	31.25%	11	68.75%	0	0.00%
50-59 a	18	10	55.56%	8	44.44%	0	0.00%
60-69 a	11	6	54.55%	5	45.45%	0	0.00%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

Chi² = 5.27

G. libertad = 8

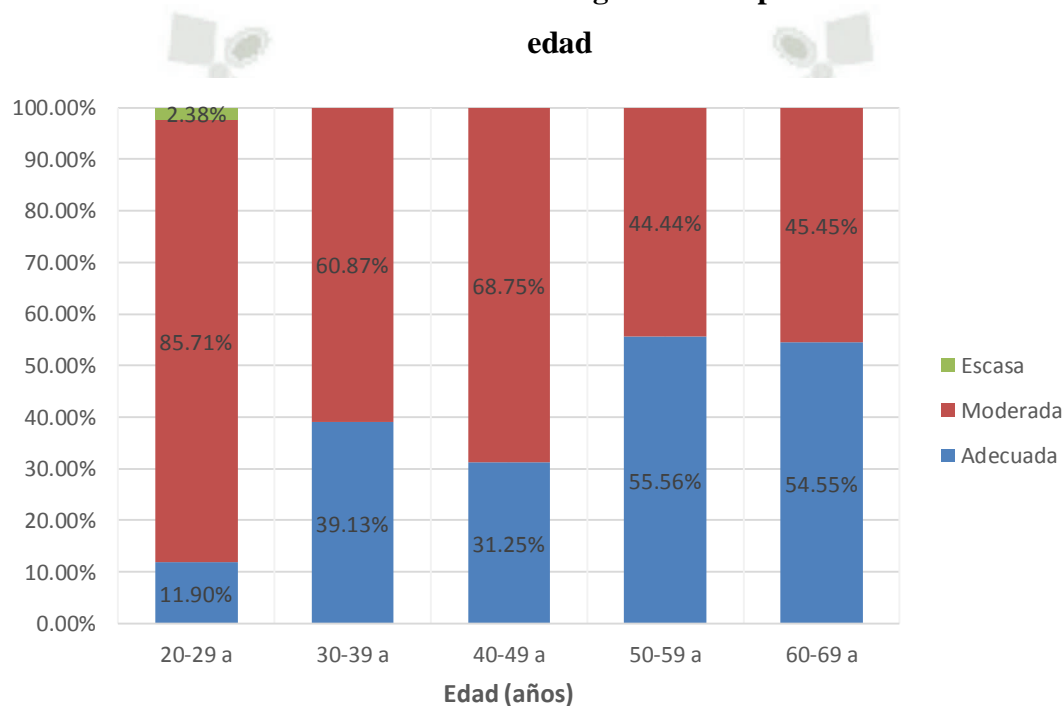
p = 0.73

Tabla 9: En el grupo poblacional de 20-29 años se vio nivel de resiliencia escasa 2.38% siendo el menor nivel de resiliencia con respecto a los demás grupos. Se ve una tendencia positiva en el nivel de resiliencia con respecto a mayor edad.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 9

Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 10

Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:

sexo

Sexo	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	71	17	23.94%	53	74.65%	1	1.41%
Femenino	123	28	22.76%	93	75.61%	2	1.63%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

Chi² = 0.05

G. libertad = 2

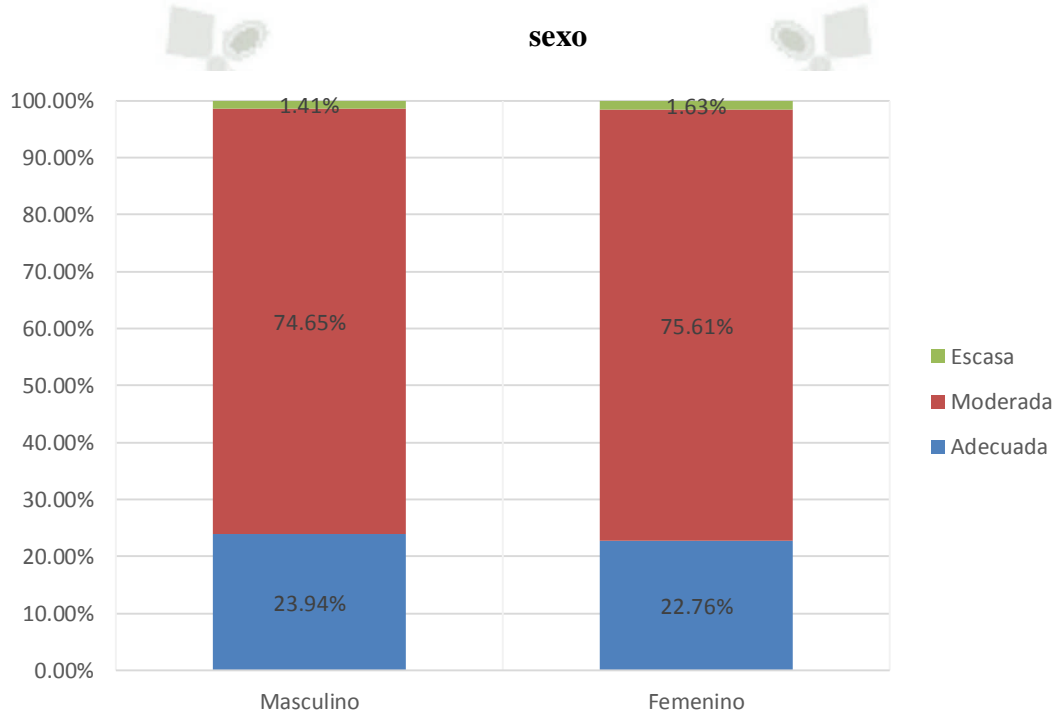
p = 0.98

Tabla 10: El nivel de resiliencia en los hombres fue adecuada en 23.94%, moderada: 74.65%, escasa: 1.41%. en las mujeres el nivel de resiliencia fue adecuada en 22.76%, moderada: 75.61%, escasa: 1.63%.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 10

Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 11

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
estado civil**

E. civil	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Soltero	133	16	12.03%	114	85.71%	3	2.26%
Casado	60	28	46.67%	32	53.33%	0	0.00%
Conviviente	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

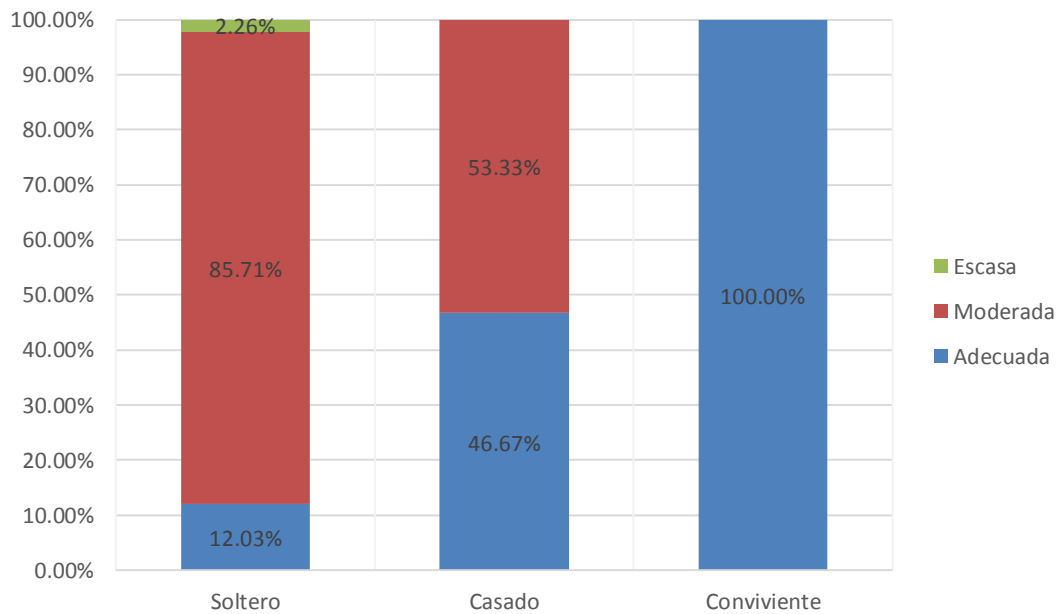
Chi² = 31.83 G. libertad = 4 p < 0.01

Tabla 11: En el grupo de solteros se encontró nivel de resiliencia moderado (85.71%), adecuado (12.03%) y escaso (2.26%) mientras que el grupo de casados el nivel de resiliencia fue moderada (53.33%) y adecuada (46.67%).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 11

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
estado civil**



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 12

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
ocupación**

Ocupación	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
Enfermero	30	14	46.67%	16	53.33%	0	0.00%
Médico asistente	22	7	31.82%	15	68.18%	0	0.00%
Médico residente	19	8	42.11%	11	57.89%	0	0.00%
Obstetra	10	7	70.00%	3	30.00%	0	0.00%
Interno Medicina	83	9	10.84%	71	85.54%	3	3.61%
Interno Enfermería	20	0	0.00%	20	100.00%	0	0.00%
Interno Obstetricia	10	0	0.00%	10	100.00%	0	0.00%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

Chi² = 45.79

G. libertad = 12

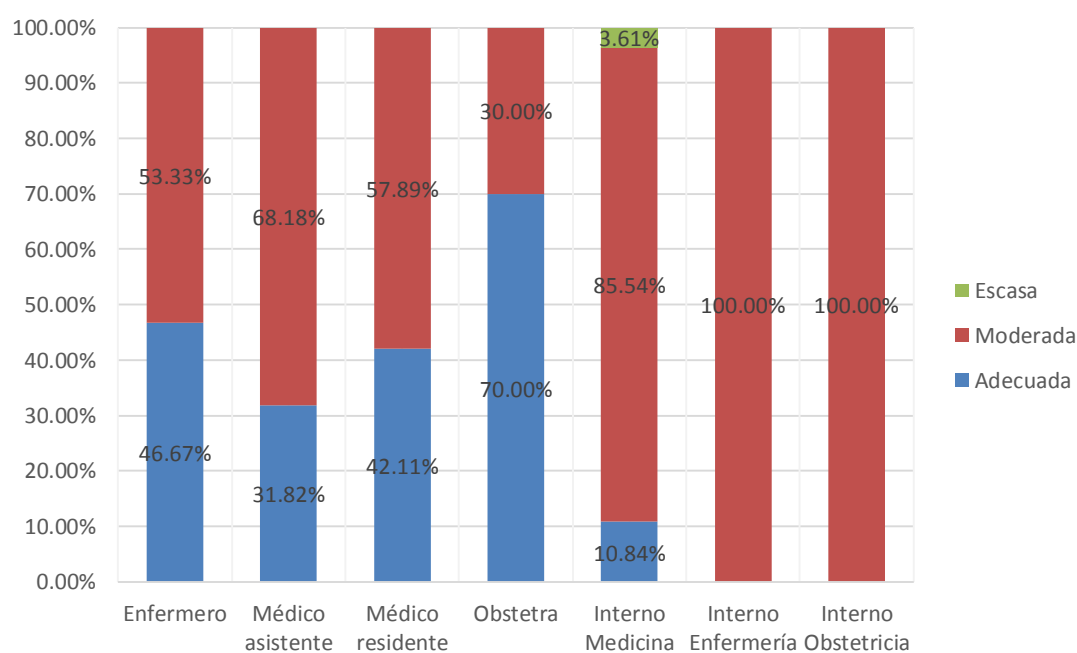
p < 0.01

Tabla 12: Se observó el mayor porcentaje de nivel de resiliencia adecuada en obstetrices (70%), y el menor en internos de enfermería (0%) y obstetricia (0%). Además se observó que 3.61% de los internos de medicina presentaron un nivel de resiliencia escasa.

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 12

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
ocupación**



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 13

**Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:
tiempo de trabajo**

T. trabajo	Total	Adecuada		Moderada		Escasa	
		N°	%	N°	%	N°	%
< 3 meses	63	7	11.11%	53	84.13%	3	4.76%
3 m - 1 año	66	9	13.64%	57	86.36%	0	0.00%
1-5 años	17	8	47.06%	9	52.94%	0	0.00%
5-10 años	3	0	0.00%	3	100.00%	0	0.00%
> 10 años	45	21	46.67%	24	53.33%	0	0.00%
Total	194	45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%

Chi² = 34.34

G. libertad = 8

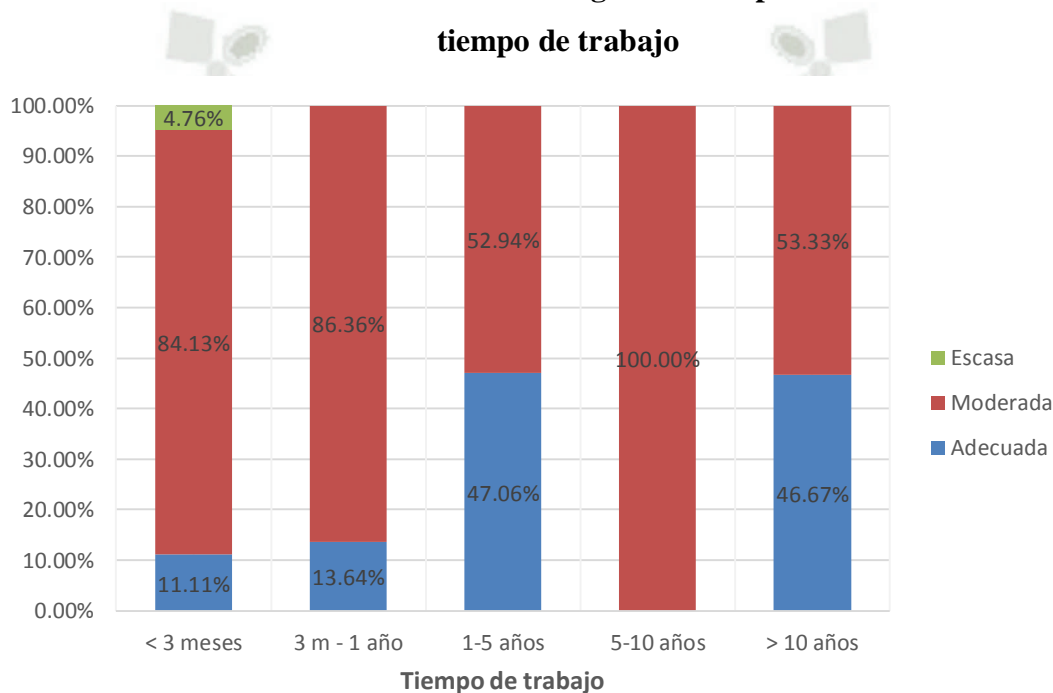
p < 0.01

Tabla 13: El nivel de resiliencia adecuada se observó en mayor porcentaje en los grupos de tiempo de trabajo de 1-5 años (47.06%) y >10 años (46.67%). Y el nivel de resiliencia escasa se encontró en el grupo con tiempo de trabajo <3 meses (4.76 %).

**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Gráfico 13

Influencia de las características sociodemográficas del personal en la resiliencia:



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ EN EL PERIODO
DICIEMBRE 2017 – FEBRERO 2018**

Tabla 14

Influencia de las características sociodemográficas y lateralidad motora del personal en la resiliencia. Tabla resumen.

		Nivel de resiliencia						Total	
		Adecuada		Moderada		Escasa		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sexo	Femenino	17	23.94%	53	74.65%	1	1.41%	123	63.40%
	Masculino	28	22.76%	93	75.61%	2	1.63%	71	36.60%
Edad	20-29 a	15	11.90%	108	85.71%	3	2.38%	126	64.95%
	30-39 a	9	39.13%	14	60.87%	0	0.00%	23	11.86%
	40-49 a	5	31.25%	11	68.75%	0	0.00%	16	8.25%
	50-59 a	10	55.56%	8	44.44%	0	0.00%	18	9.28%
	60-69 a	6	54.55%	5	45.45%	0	0.00%	11	5.67%
E. Civil	Soltero	16	12.03%	114	85.71%	3	2.26%	133	68.56%
	Casado	28	46.67%	32	53.33%	0	0.00%	60	30.93%
	conviviente	1	100.0%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.52%
Ocupación	Enfermero	14	46.67%	16	53.33%	0	0.00%	30	15.46%
	Medico asistente	7	31.82%	15	68.18%	0	0.00%	22	11.34%
	Médico residente	8	42.11%	11	57.89%	0	0.00%	19	9.79%
	Obstetricas	7	70.00%	3	30.00%	0	0.00%	10	5.15%
	Interno de medicina	9	10.84%	71	85.54%	3	3.61%	83	42.78%
	Interna de enfermería	0	0.00%	20	100.0%	0	0.00%	20	10.31%
	Interna de obstetricia	0	0.00%	10	100.0%	0	0.00%	10	5.15%
Tiempo de trabajo	<3meses	7	11.11%	53	84.13%	3	4.76%	63	32.47%
	3m – 1año	9	13.64%	57	86.36%	0	0.00%	66	34.02%
	1año- 5año	8	47.06%	9	52.94%	0	0.00%	17	8.76%
	5años-10años	0	0.00%	3	100.0%	0	0.00%	3	1.55%
	>10años	21	46.67%	24	53.33%	0	0.00%	45	23.20%
Lateralidad	Diestro completo	35	20.00%	137	78.29%	3	1.71%	175	90.21%
	Diestro	4	80.00%	1	20.00%	0	0.00%	5	2.58%
	Zurdo completo	2	33.33%	4	66.67%	0	0.00%	6	3.09%
	Zurdo	1	100.0%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.52%
	Ambidiestro	1	100.0%	0	0.00%	0	0.00%	1	0.52%
	D. cruzada	2	33.33%	4	66.67%	0	0.00%	6	3.09%
Total		45	23.20%	146	75.26%	3	1.55%	194	100%

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se realizó para determinar la lateralidad motora, características sociodemográficas y resiliencia en personal asistencial del hospital III Goyeneche en el periodo diciembre 2017 – febrero 2018. Se realizó la presente investigación debido a que si bien se cuentan con estudios de resiliencia en personal de salud aún no se cuentan con estudios acerca de la relación entre la lateralidad motora y el nivel de resiliencia en personal asistencial, siendo de suma importancia dicho conocimiento debido a que es una población expuesta a altos niveles de stress.

Para tal fin se encuestó al personal asistencia del hospital que cumplió criterios de selección, para aplicar una ficha de datos, la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young, y el test de lateralidad de Harris. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** se muestra la distribución de los trabajadores asistenciales del hospital según edad y género; el 36.60% de casos fueron varones y 63.40% mujeres, con edades que en 64.95% se encontraron entre los 20 y 29 años. La edad promedio de los varones fue de 32.14 ± 11.04 años para los varones y de 33.01 ± 12.73 años para las mujeres.

La población en estudio fue en mayor parte de sexo femenino esto posiblemente se deba a que se incluyó al área de enfermería y obstetricia carreras principalmente desarrolladas por mujeres.

Llama la atención que gran porcentaje de la población (64.95 %) son jóvenes de 20-29 años, la mayoría de estos aún en formación académica.

No se cuenta con estudios que estudien en forma aislada la edad y genero de trabajadores de salud en el hospital Goyeneche. Aun así los datos encontrados en este estudio en lo que respecta a la distribución por edad y género:

En internos son similares a los hallados por Calle M. en su tesis “Nivel de conocimientos sobre responsabilidad profesional en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2017”.En la cual se halló 50% de encuestados fueron varones y el

50% mujeres, con edad promedio para los varones de 24.77 ± 1.54 años y para las mujeres de 24.77 ± 1.42 años.⁸²

En la **Tabla y Gráfico 2** se observa el estado civil de los trabajadores; el 68.56% fueron solteros, 30.93% fueron casados, y 0.52% eran convivientes. La ocupación de los trabajadores fue de enfermeros en 15.46%, médicos en 21.13% (asistentes en 11.34%; residentes en 9.79%), internos de medicina en 42.78%, internos de enfermería en 10.31% e internos de obstetricia en 5.15% (**Tabla y Gráfico 3**). El tiempo de trabajo fue de hasta un año en 66.49%, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 4**.

Vemos que nuestra población tiene un alto porcentaje 68.56% descrito como soltero comparado con poblaciones de otros hospitales como el hallado por Quiroz R⁸⁴, quien encontró predominan los casados o convivientes en un 80 %, solteros y divorciados o viudos alcanzan el 20 %. Lo cual podría explicarse el mayor porcentaje en nuestra población en personal joven.

En la **Tabla y Gráfico 5** se muestra los resultados de la evaluación de la lateralidad de los segmentos corporales; el 92.78% de labores de las manos fue realizada de manera completa por la mano derecha, y 3.09% por la izquierda. El 94.33% usaron el pie derecho en forma completa y 3.61% el pie izquierdo. En 92.27% se usó el ojo derecho, y en 91.75% el oído derecho. La lateralidad de los trabajadores asistenciales fue diestro completo en 90.21% de casos, diestro parcial en 2.58%, zurdo completo en 3.09%, y zurdo parcial en 0.52%. Un caso (0.52%) fue ambidiestro, y 3.09% tuvo dominancia cruzada, como se muestra en la **Tabla y Gráfico 6**.

En este estudio se encontró que los zurdos representaron 3,61% de la población. Lo cual difiere del estudio realizado por Hardyck, C., & Petrinovich, L realizado en 1977 titulado "Left-handedness"⁸⁵ en el que se señala que la población global de zurdos es de un 8 a 13 %. Y comparado con un estudio regional realizado por Ramos E el año 2006 titulado "lateralidad motora como factor de resiliencia en personal militar masculino del cuartel general del ejército Arequipa 2006" en el cual se encontró un porcentaje de zurdos fue de 9,1% de la población estudiada.⁸⁶

Lo cual podría explicarse a la población pequeña de este estudio y a que probablemente las personas zurdas profesionales de la salud trabajen en diferentes hospitales. Por lo cual

sería recomendable realizar estudios de lateralidad en poblaciones más amplias y variadas.

La **Tabla y Gráfico 7** muestran los resultados de la evaluación de la resiliencia en los trabajadores asistenciales; el 23.20% tuvo una resiliencia adecuada, 75.26% mostró resiliencia moderada y 1.55% una escasa resiliencia.

No se cuenta con estudios acerca del nivel de resiliencia en forma global en personal de salud, por lo cual este estudio brinda un aporte en este aspecto.

En la **Tabla y Gráfico 8** se muestra la relación entre la resiliencia y la dominancia motora; la resiliencia fue más alta en los diestros parciales (80% con resiliencia adecuada), así como en los zurdos parciales y ambidiestros (100% con resiliencia adecuada). La resiliencia escasa se dio solo en los diestros completos, donde constituyó el 1.71% de casos; las diferencias no alcanzaron significancia estadística ($p > 0.05$).

El estudio de Ramos E el año 2006 titulado “lateralidad motora como factor de resiliencia en personal militar masculino del cuartel general del ejército Arequipa 2006” en el cual se utilizó la escala de autovaloración para depresión de Zung (la cual se interpretó para hallar el nivel de resiliencia) se encontró la lateralidad como factor de resiliencia era más favorable en ambidiestros, zurdos y finalmente en los diestros.⁸⁶ Al comparar los resultados de este estudio con los de Ramos E encontramos similitudes tales como que los ambidiestros y zurdos parciales presentan niveles de resiliencia adecuadas, mientras que los diestros completos se presentó niveles de resiliencia moderados e incluso escasos. Cabe mencionar respecto la relación lateralidad motora – nivel de resiliencia que en este estudio no se encontró significancia estadística posiblemente por el tamaño de la población y el escaso número de participantes zurdos y ambidiestros. Lamentablemente en el estudio realizado por Ramos no se realizaron pruebas estadísticas para demostrar esta relación, por lo cual debemos seguir investigando el tema.

La influencia de la edad en la resiliencia se muestra en la **Tabla y Gráfico 9**; la resiliencia fue más elevada en los trabajadores de mayor edad, pasando la forma adecuada de 11.90% entre los 20 y 29 años, pasó a 39.13% entre los 30 y 39 años, y a 31.25% entre los 40 a 49 años; y subió a 55.56% de los trabajadores de 50 a 59 años y a 54.55% entre los 60 y 69 años; sin embargo, la diferencia no resultó estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

En la **Tabla y Gráfico 10** se observa el efecto del sexo de los trabajadores en la

resiliencia; no se observaron diferencias significativas entre trabajadores varones y mujeres ($p > 0.05$).

En un estudio realizado por Gonzales Arriata N y Valdez J. el 2013 en Mexico titulado “Resiliencia: diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos” se encontró mejores niveles de resiliencia en adultos jóvenes (18-30 años) y además diferencias significativas de los niveles de resiliencia a favor de las mujeres en comparación con los varones⁸⁷. Dichos datos difieren a los de este estudio en el cual se vio tendencia positiva del incremento de resiliencia con respecto a mayor edad pero no se pudo demostrar diferencias significativas. Respecto al sexo no se observó diferencia significativa. Debemos considerar que este estudio se realizó en una población menor y menos variada.

La **Tabla y Gráfico 11** muestran la influencia del estado civil en la resiliencia; la resiliencia fue moderada en 85.71% de solteros, disminuyó a 53.33% en los casados, y fue adecuada en 100% de convivientes; la influencia fue significativa ($p < 0.05$), siendo mejor entre los casados.

En un estudio realizado por Alvarez L y Caceres L en Colombia publicado el 2010 titulado “Resiliencia, rendimiento académico y variables sociodemográficas en estudiantes universitarios de Bucaramanga (Colombia)” se encontró mayor resiliencia en solteros ($p < 0.01$)⁸⁸. Lo cual difiere con nuestro estudio, dicha diferencia posiblemente se deba al grupo poblacional joven del estudio de Álvarez L.

La ocupación también mostró una influencia significativa en la resiliencia como se ve en la **Tabla y Gráfico 12**; la resiliencia fue moderada en mayor proporción de internos (85.54% en internos de medicina, 100% en internos de enfermería y obstetricia), y fue más alta en obstetras (70% con resiliencia adecuada), además predominó la resiliencia moderada en enfermeros (53.33%), médicos asistentes (68.18%) y médicos residentes (57.89%); las diferencias fueron significativas ($p < 0.05$).

No se cuenta con estudios que comparen el nivel de resiliencia entre trabajadores de salud de la misma institución, pero se cuenta con estudios del nivel de resiliencia en ocupaciones aisladas como el estudio de Barrios V, “Estrés laborales y resiliencia en enfermeras de los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017” con relación a la Resiliencia se evidenció que el 52.9% presenta un grado de resiliencia moderado, el 35.7% una resiliencia alta y el 11.4%

baja⁸⁹. Mientras en este estudio el nivel de resiliencia de los enfermeros fue adecuada en 46.67%, moderada en 53.33%.es posible que los enfermeros en dicho hospital tengan mayor carga laboral, y por ende más stress el cual influye en su resiliencia. Otro estudio relacionado es el realizado por Carpio C titulado “Resiliencia en internos de medicina del hospital regional Honorio Delgado Espinoza durante la primera rotación académica del año 2015” en el que se encontró que internos de medicina poseen un nivel elevado de resiliencia⁹⁰. Lo cual difiere de lo descrito en este estudio donde la resiliencia fue adecuada en 10.84%, moderada en 85.54% y escasa en 3.61%, debemos considerar que la escala de resiliencia y el instrumento para determinarla fueron distintos en ambos estudios. Estos resultados pueden explicarse debido a la inserción en el ámbito laboral, dicho cambio puede afectar a un pequeño grupo disminuyendo su nivel de resiliencia. Pero gracias al trabajo en equipo y al apoyo que se les otorga el nivel de resiliencia mejora.

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 13** muestran la influencia del tiempo de trabajo en la resiliencia; la resiliencia tiende a ser mejor con el mayor tiempo de trabajo, pasando de 11.11% de resiliencia adecuada entre los que trabajaron menos de 3 meses, a 13.64% en trabajadores de hasta un año, y a 47.06% de resiliencia adecuada en trabajadores de 1 a 5 años y llegó a 46.67% en trabajadores de más de 10 años; las diferencias fueron significativas ($p < 0.01$).

Lamentablemente no se cuentan con estudios para realizar una comparación, brindando este estudio un aporte inédito en este aspecto.

Posiblemente estos resultados se deban a que a mayor tiempo de trabajo se han enfrentado a más situaciones y conflictos que habiéndolos resuelto en forma exitosa o no han brindado experiencia y confianza que a la larga mejora los niveles de resiliencia.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.-** El personal asistencial del hospital III Goyeneche está formado predominantemente por mujeres jóvenes, solteros y a predominio de internos de medicina con menos de un año de trabajo.
- Segunda.-** La lateralidad predominante del personal asistencial del hospital III Goyeneche es diestro completo.
- Tercera.-** El nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche es moderado.
- Cuarta.-** La resiliencia es mejor en diestros parciales, ambidiestros y zurdos parciales entre el personal asistencial del hospital III Goyeneche.
- Quinta.-** La resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche es mejor entre el personal casado, y en el personal asistencial de obstetras, enfermeros y médicos, y con un mayor tiempo de trabajo.

RECOMENDACIONES

- Primero.-** Se recomienda la oficina de personal/recursos humanos del hospital Goyeneche mediante un personal capacitado realice talleres para reforzar la resiliencia en los trabajadores de salud especialmente en internos de medicina y enfermería.
- Segundo.-** Se recomienda a la facultad de medicina de la UCSM a realizar más estudios acerca del impacto de la lateralidad motora en el desarrollo de la resiliencia.
- Tercero.-** Se recomienda a la facultad de medicina de la UCSM difundir información en el alumnado acerca de la diversidad en la lateralidad motora, e implementar material instrumental para personas con diferentes tipos de lateralidad.
- Cuarto.-** Se recomienda a la facultad de medicina humana de la Universidad Católica de Santa María a que realicen talleres de capacitación sobre resiliencia en el alumnado próximo al ingreso al internado en hospitales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Oke,A.; Keller,R.; Mefford, I., y Adams, R. N: «Lateralization in norepinephrine in human thalamus».Science,1978, 200:1411-1413.
- 2) Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». Neurology 1981, 31:799-805.
- 3) Levy, J., y Levy, J. M.: «Human lateralization from head to foot: Sex-related factors». Science 1978, 200:1291-1292.
- 4) Geschwind,N., y Galaburda, A. M.: Cerebral lateralization biological mechanisms, associations and pathology. Cambridge, Massachussetts: MIT Press. 1987,
- 5) Ojeman, G. A.; Fedio, P., y Van Buren, J. M.: «Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation». Brain 1968,91(1):99-116.
- 6) Ojeman, G. A.; Fedio, P., y Van Buren, J. M.: «Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation». Brain 1968, 91(1):99-116
- 7) Oke, A.; Keller, R.; Mefford, I., y Adams, R. N.: «Lateralization in norepinephrine in human thalamus». Science 1978, 200:1411-1413.
- 8) Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». Neurology 1981,31:799-805
- 9) Sorbi, S.; Amaducci, L.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Biochemical differences between the left and right hemispheres? Preliminary observations of choline acetyltransferase (CAT) activity. Boll Soc Ital Biol Sper 1980, 56:2265- 2270
- 10) Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». Brain 1975, 98:511-524

- 11) Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». *Brain* 1975, 98:511-524
- 12) Larsen, B.; Skinhoj, E., y Lassen, N. A.: «Cortical activity of left and right hemisphere provoked by reading and visual naming. A rCBF study». En: Gotoh, F.; Nagai, H., y Tazaki, Y. (Eds.): *Cerebral Blood Flow and Metabolism. Acta Neurol Scand* 1979, 60 (suppl 72):6-7.
- 13) Larsen, B.; Skinhoj, y Lassen, N. A. «Variations in regional cortical blood flow in the right and left hemispheres during automatic speech». *Brain* 1978, 101:193-209.
- 14) Galin, D., y Ornstein, R.: «Lateral specialization of cognitive mode: an EEG study». *Psychophysiology* 1972, 9:412-418.
- 15) Galin, D., y Ornstein, R.: «Lateral specialization of cognitive mode: an EEG study». *Psychophysiology* 1972, 9:412-418.
- 16) Penfield, W., y Roberts, L.: *Language et Mécanismes Cérébraux* 1963, París: P.U.F. 309 pp
- 17) Hochberg, F. M., y Le May, M.: «Arteriographic correlates of handedness». *Neurology* 1975, 25:218-222.
- 18) Pieniadz, J. M., y Naeser, M. A.: «Computed tomographic scan cerebral asymmetries and morphologic brain asymmetries. Correlation in the same cases postmortem». *Arch Neurol* 1984, 41:403-409.
- 19) Kertesz, A.; Polk, M.; Black, S. E., y Howell, J.: «Functional and anatomical asymmetries in the brain#. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 10th European Conference, 9:271. Abstract.
- 20) Albanese, E.; Merlo, A., y Gómez, E. :«Anterior speech region.Asymmetry and-weight-surfae correlation». *Arch Neurol* 1989, 46:307-310
- 21) Kertesz, A.; Polk, M.; Black, S. E., y Howell, J.: «Functional and anatomical asymmetries in the brain#. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 10th European Conference, 9:271

- 22) Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». *Neurology* 1981, 31:799-805.
- 23) Rubens, A. B.; Mahowald, H. W., y Hutton, J. Th.: «Asymmetry of the lateral (sylvian) fissures in man». *Neurology* 1976, 26:620-624
- 24) Eidelberg, D., y Galaburda, A. M.: «Inferior parietal lobule: divergent architectonic asymmetries in the human brain». *Arch Neurol* 1984, 41:843-852.
- 25) Chi, J.; Dooling, E., y Gilles, F.: «Left-right asymmetries of the temporal speech areas of the human fetus». *Arch Neurol* 1977, 34:346-348.
- 26) McRae, O. L.; Branch, C. L., y Milner, B.: «The occipital horns and cerebral dominance». *Neurology* 1968, 18:95-98.
- 27) Chui, H. Ch., y Damasio, A. R.: «Human cerebral asymmetries evaluated by computed tomography». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980, 43:873-878.
- 28) Kertesz, A., y Geschwind, N.: «Patterns of pyramidal decussation and their relationship to handedness». *Arch Neurol* 1971, 24:326-332.
- 29) Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». *Brain* 1975, 98:511-524.
- 30) Estévez-González, A.: Lateralidad, asimetrías funcionales y características neuropsicológicas en una población escolar de 14-16 años. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona, 1991.
- 31) Levy, J.; Trevarthen, C., y Sperry, R. W.: «Perception of bilateral chimeric figures following hemispheric deconnexion ». *Brain* 1972, 95(1):61-78
- 32) Gazzaniga, M. S., y Sperry, R. W.: «Language after section of the cerebral commissures». *Brain* 1967, 90 (1):131-148
- 33) Geschwind, N.: «Fondements biologiques de la spécialisation hémisphérique». *Rev Neurol (París)* 1983, 139 (1):11-14.

- 34) Gazzaniga, M. S.; Kutas, M.; Van Petten, C., y Fendrich, R.: «Human callosal function: MRI-verified neuropsychological functions». *Neurology* 1989, 39:942-946
- 35) Bogen, J. E., y Gazzaniga, M. S.: «Cerebral commissurotomy in man. Minor hemisphere dominance for certain visuospatial functions». *J Neurosurg* 1965, 23:394-399
- 36) Gazzaniga, M. S.; Bogen, J. E., y Sperry, R. W.: «Observations in visual perception after disconnection of the cerebral hemispheres in man». *Brain* 1965, 88:221.
- 37) Dimond, S. J.; Scammell, R. E.; Brouwers, E. Y. H., y Weeks, R.: «Functions of the centre section (trunk) of the corpus callosum in man. *Brain* 1977, 100:543-562.
- 38) Preilowski, B. F. B.: «Possible contribution of the anterior forebrain commissures to bilateral motor coordination». *Neuropsychologia* 1972, 10:267-277.
- 39) Dimond, S. J.: «Tactual and auditory vigilance in split-brain man». *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1979, 42:70-74.
- 40) Gazzaniga, M. S., y Freedman, W.: «Observations on visual processes after posterior callosal section». *Neurology* 1973, 23:1126-1130.
- 41) Brinkman, J., y Kuypers, H. G. J. M.: «Cerebral control of contralateral and ipsilateral arm, hand and finger movements in split-brain rhesus monkey». *Brain* 1973, 96:653-674.
- 42) Musiek, F. E.; Reeves, A. G., y Baran, J. A.: «Release from central auditory competition in the split-brain patient». *Neurology* 1985, 35:983-987.
- 43) Bentin, S.; Sahar A., y Moscovitch, M.: «Intermanual information transfer in patients with lesions in the trunk of the corpus callosum». *Neuropsychologia* 1984,22(5):601-611.
- 44) Pandya, D. N.; Karol, E. A., y Heilbrown, D.: «The topographical distribution of interhemispheric projections in the corpus callosum of the Rhesus monkey». *Brain Res* 1971, 32:31-43.

- 45) Nottebohm, F.: «Brain pathways for vocal learning in birds: A review of the first 10 years». *Prog Psychobiol Physiol Psychol* 1980, 9:85-124.
- 46) Sherman, G. F.; Garabanati, J. A.; Rosen, G. D., et al.: «Brain and behavioral asymmetries for spatial preference in rats». *Brain Res* 1980, 192:61-67.
- 47) Heffner, H. E., y Heffner, R. D.: «Effect of unilateral and bilateral auditory cortex lesions on the discrimination of vocalizations by japanese macaques». *J Neurophysiol* 1986, 56 (3):683-701.
- 48) Starr, M. S., y Kilpatrick, K.: «Bilateral asymmetry in brain Gaba function. *Neurosci Lett* 1981, 25:167-172. Schneider, L. H.; Murphy, R. B., y Coons, E. E.: «Lateralization of striatal dopamine (D2) receptors in normal rats». *Neurosci Lett* 1982, 33:281-284.
- 49) Beck, C.H.M., y Barton, R. L.: «Deviation and laterality of hand preference in monkeys». *Cortex* 1972, 8:339-363.
- 50) Holloway, R. J., y de Lacoste, C.: «Brainendocast asymmetry in pongids and hominids: The palentology of cerebral hemisphere dominance». *Amer J Phys Anthropol* 1982, 58:101-110.
- 51) Deuel, R. K., y Moran ChC.: «Cerebral dominance and cerebral asymmetries on computed tomogran in childhood». *Neurology* 1980, 30:934-938.
- 52) Chi, J.; Dooling, E., y Gilles, F.: «Left-right asymmetries of the temporal speech areas of the human fetus». *Arch Neurol* 1977, 34:346-348.
- 53) Davidson N. R. J., y Fox, N. A.: «Activation asymmetries during rest predict infant's affective response to maternal separation ». *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 15th Annual Meeting, 9 (1):71.
- 54) Entus, A. K.: «Hemispheric asymmetry in processing of dichotically presented speech and non spech stimuli by infants». En: Segalowiz, S. J., y Gruber, F. (Eds): *Language Development and Neurological Theory*. New York: Academic Press, 1977.

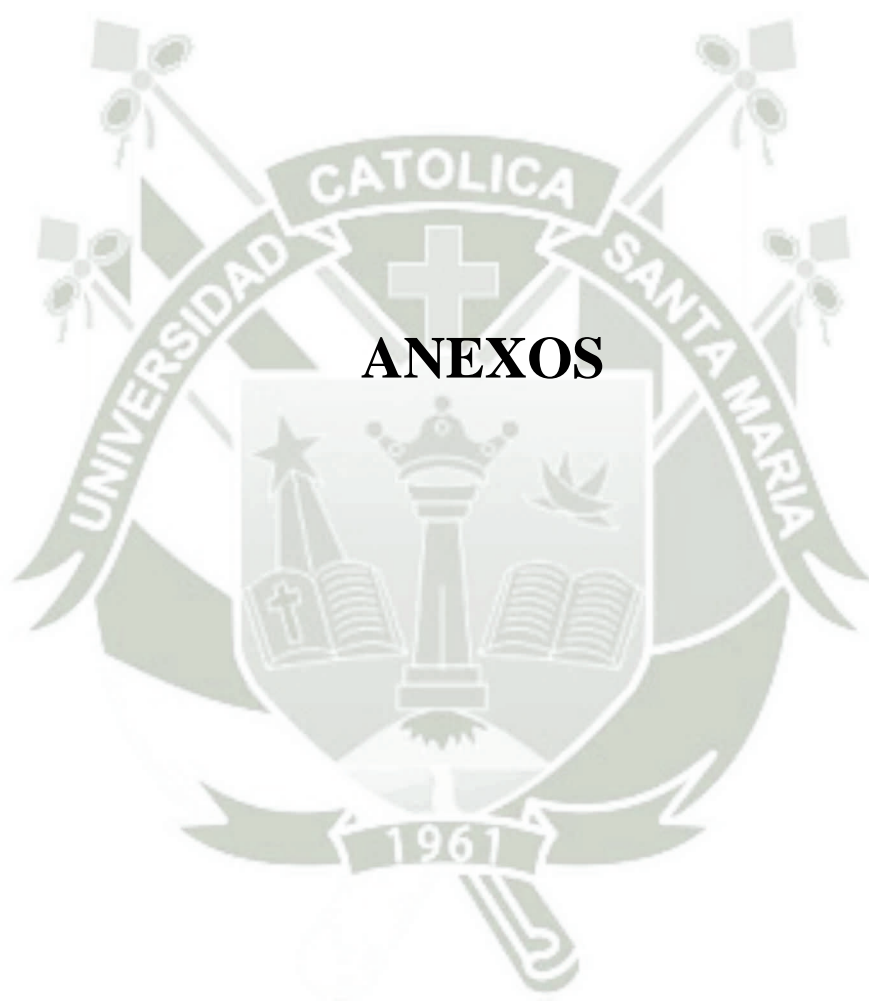
- 55) Vargha-Khaden, F.; O’Gorman A. M., y Watters, G. V.: «Aphasia and handedness in relation to hemispheric side, age at injury and severity of cerebral lesion during childhood». *Brain* 1985, 108:677-696.
- 56) Alavi, A.; Reivich M., Greenberg J., et al.: «Mapping of functional activity in brain with 18F-Fluoro-Deoxyglucose». *Seminars in nuclear medicine*. 1981, 11 (1), 24-31.
- 57) Estévez-González A. Lateralidad y asimetría funcional cerebral: fundamentos(*). *Logop.* 1992;XII(3):138–51.
- 58) Halsey, J. H.; Blauenstein, U. W.; Wilson, E. M., y Wills, E. H.: «Regional cerebral blood flow comparison of right and left hand movements». *Neurology* 1979, 29 (1): 21-28.
- 59) Kimura, D., y Archibald, Y.: «Motor functions of the left hemisphere ». *Brain* 1974 1974, 97:337-350.
- 60) Ingvar, D. H., y Schwartz, M. S.: «Blood flow patterns induced in the dominant hemisphere by speech and reading». *Brain* 1974, 97:273-288.
- 61) Gazzaniga, M. S.; Bogen, J. E., y Sperry, R. W.: «Dyspraxia following division of the cerebral commissures». *Arch Neurol* 1967, 16:606-612.
- 62) Loring, D. W.; Meador, K. J.; Lee, G. P., et al.: «Cerebral language lateralization: evidence from intracarotid amobarbital testing». *Neuropsychologia* 1990, 28:831-838.
- 63) Satz, P.: «A test of some models of hemispheric speech organization in the left and right-handed». *Science* 1979, 203 (16):1131-1133.
- 64) WERNER, E. E. and SMITH, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
- 65) Gil GE. *La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar*. El Guiniguada. 2010; 19:27–42.
- 66) Barragan, A - Morales C. *Psychology of the positive emotions: generalities and benefits*. *enseñanza e investigacion en psicologia*. 2014; 19(1):103–18.

- 67) Grotberg, E. H. Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Mellido y E.N. Suárez Ojeda (Comp.). Resiliencia..Descubriendo las propias fortalezas . Barcelona:Paidós .2001: 19-30.
- 68) Maddi, S. , Khoshaba, D. The hardy organization: Success by turning change to advantage. Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 1999; 51:117–124
- 69) BECOÑA E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Rev Psicopatología y Psicol Clínica. 2006;11(3):125–46.
- 70) Cabanyes J. Resiliencia : una aproximación al concepto. Rev Psiquiatria y Salud Mental 2010;3(4):145–51.
- 71) Masten A, Obradovic J. Competence and resilience in development. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1094:13–27.
- 72) Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience. Implications for the developing brain, neural plasticity and preventative interventions. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:248–58.
- 73) Crust L. A review and conceptual re-examination of mental toughness: implications for future researchers. Pers Individ Dif. 2008;45:576–83.
- 74) Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:1–12.
- 75) Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. Am Psychol. 2000;55: 1196–214.
- 76) Cicchetti D, Rogosch FA. Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In: Skinner EA, Zimmer- Gembeck MJ, editores. Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development, vol. 124. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 47–59.
- 77) Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions: looking back, moving forward. Dev Psychopathol. 2007; 19:1029–37.

- 78) Uher R, McGuffin P. The moderation by serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: review and methodological analysis. *Mol Psychiatry*. 2007; 13:131–46.
- 79) Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environmental interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009; 18:138–42.
- 80) Elliott R. The neural basis of resilience. En: Cooper CL, Field J, Goswami U, Jenkins R, Sahakian BJ, editores. *Mental capital and wellbeing*. Londres: Wiley-Blackwell; 2010. p. 111–20.
- 81) Muller-Spahn F. “Individualized preventive psychiatry: syndrome and vulnerability diagnostic”. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 2008; 258:23–34.
- 82) Calle M. Nivel de conocimientos sobre responsabilidad profesional en internos de medicina de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa 2017. [Tesis].Arequipa: UCSM; 2017
- 83) Arias W, Jiménez Incidencia de síndromes de Burn Out en enfermeras de los hospitales de Arequipa. *Nuevos paradigmas (lima)*,2011; 5(1):37-50.
- 84) Quiroz R. Factores asociados al Síndrome Burnout en Médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco, Cusco 1999. *SITUA (cusco)* 1999; 23:11-22
- 85) Hardyck C, Petrinovich, L. "Left-handedness". *Psychological Bulletin*, 1977; 84: 385–404
- 86) Ramos E. Lateralidad motora como factor de resiliencia en personal militar masculino del cuartel general del ejército, Arequipa 2006. [Tesis].Arequipa: UCSM; 2006.
- 87) Gonzales Arriata N , Valdez J. Resiliencia: Diferencias por Edad en Hombres y Mujeres Mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 2013; 3 (1):941 – 955.
- 88) Alvarez L y Caceres L .Resiliencia, Rendimiento Académico y Variables Sociodemográficas en Estudiantes Universitarios de Bucaramanga (Colombia).*Psicología iberoamericana*, 2010; 18(2):37-46.

- 89) Barrios V. Estresores laborales y resiliencia en enfermeras de los Servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa 2017. [Tesis].Arequipa: UNSA; 2018
- 90) Carpio C .Resiliencia en internos de medicina del hospital regional Honorio Delgado Espinoza durante la primera rotación académica del año 2015. [Tesis].Arequipa: UNSA; 2018.







Anexo I
Proyecto de investigación

**Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana**

Escuela Profesional de Medicina Humana



**LATERALIDAD MOTORA, CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS Y RESILIENCIA EN
PERSONAL ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ EN EL PERIODO DICIEMBRE 2017
– FEBRERO 2018**

Proyecto de Tesis presentado por el Bachiller:

Medina Casillas, Nicolás Brian

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Asesor: Dra. LLaza Loayza, Gloria

Arequipa - Perú

2018

I. PREÁMBULO.

Desde hace mucho tiempo en nuestro país y a nivel mundial la prevalencia de enfermedades mentales, ha ido en aumento en forma alarmante. Vivimos en un mundo cada vez más demandante, lo cual aumenta el stress laboral, el cual afecta negativamente a la salud (bienestar biopsicosocial y espiritual) de los trabajadores, y a la eficacia de las entidades para las que trabajan.

La resiliencia es una cualidad necesaria para mantener la salud mental del individuo, gracias a la resiliencia el individuo puede afrontar las presiones normales de la vida, sin alterar su salud mental, le permite trabajar en forma productiva y fructífera, contribuyendo con su comunidad.

La resiliencia es una cualidad fundamental y de suma importancia en el desarrollo personal. Por ello el estudio de la resiliencia y los factores correlacionados con esta es de suma importancia.

El personal de salud especialmente el personal asistencial está expuesto a una carga laboral considerable y además a situaciones estresantes que pueden alterar la salud mental de dichos trabajadores.

La lateralidad motora entendida como la preferencia que muestran las personas por un lado del cuerpo para realizar la mayoría de las tareas.

Considerando que la lateralidad más prevalente en la población en general es la diestra, el instrumental y la mayoría de herramientas de trabajo están diseñadas para personas diestras lo cual se convierte en un desafío constante para personas con diferente lateralidad, las cuales tienen que enfrentarse a situaciones más difíciles, siendo muy importante su capacidad de resiliencia.

Se cuentan con estudios acerca de lateralidad motora y de la resiliencia en forma aislada, pero existen pocos estudios que estudien la relación entre ambos temas.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

¿Existe relación entre la lateralidad motora, las características sociodemográficas y la resiliencia en el personal asistencial del hospital III Goyeneche en el periodo diciembre 2017 – febrero 2018?

1.2. Descripción del Problema

i) Área del Conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

ii) Análisis de Variables

Variable	Indicador	Subindicador	Unidad / Categoría	Escala
Características sociodemográficas	edad	Fecha de nacimiento.	20- 30 años 31 - 40 años 41 – 50 años 51 – 60 años Más de 60 años	Cuantitativa de razón (intervalo)
	sexo	Características sexuales secundarias.	Masculino femenino	Cualitativa nominal
	Estado civil	Unión civil declarada.	Soltero conviviente Casado Separado divorciado	Cualitativa nominal
	ocupación	Grupo ocupacional.	Medico asistente Médico residente Internos de medicina Enfermeras Internas de enfermería Obstetricas Internas de obstetricia	Cualitativa nominal
	Área en la que trabaja	Ficha de recolección de datos	Emergencias Medicina Cirugía Pediatria Ginecobstetricia	Cualitativa nominal
	Tiempo de servicio	Fecha de ingreso	Menos de 3 mes Menos de un año Menos de 5 años Menos de 10 años Más de 10 años	Cuantitativa de razón (intervalo)
Lateralidad motora		Test de Harris	Derecho Zurdo Ambidiestro Lateralidad cruzada	Cualitativa nominal

Variable	Indicador	Subindicador	Unidad / Categoría	Escala
Resiliencia	Nivel de resiliencia	ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG	Puntaje: 7 al 25 pts.	Cuantitativa de razón

iii) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas del personal asistencial del hospital III Goyeneche?
2. ¿Cuál es la lateralidad del personal asistencial del hospital III Goyeneche?
3. ¿Cuál es el nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche?
4. ¿Cuál es la relación entre la lateralidad motora y el nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche?
5. ¿Cuál es la relación entre las características sociodemográficas y la resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche.?

iv) Tipo de investigación:

Se considera una investigación de campo en la cual se busca demostrar una relación entre la lateralidad (derecha-izquierda) y la resiliencia en el personal asistencial del Hospital III Goyeneche diciembre 2017 – enero 2018.

v) Nivel de investigación:

Se considera un estudio descriptivo, relacional, de corte transversal en el cual se busca demostrar una relación entre la lateralidad (derecha-izquierda) y la resiliencia en el personal asistencial del Hospital III Goyeneche diciembre 2017 – enero 2018.

1.3. Justificación del problema:

Justificación humana: La resiliencia es una cualidad fundamental para un adecuado desarrollo personal, ya que permite al individuo a afrontar, resistir, soportar las adversidades que se presentan en la vida y mejorar utilizando dichos eventos adversos. Debemos investigar a la resiliencia ya los factores relacionados a esta.

Las personas zurdas viven en un mundo diseñado para diestros, es por ello que se encuentran más expuestos a factores estresantes y podrían ser más vulnerables a

daños en su salud mental. La resiliencia puede estar más relacionada o no en estos individuos.

Justificación social: vivimos en una sociedad en la cual han aumentados las exigencias, los niveles de stress son altos. La ansiedad y la depresión se han convertido en problemas sociales. Los gastos que se requieren para el tratamiento y la rehabilitación de dichos problemas son muy altos comparados. Es por ello que debemos enfatizar en la prevención. La resiliencia es una cualidad que mantiene la salud mental de las personas .es por ello que debemos estudiar e investigar los factores relacionados a esta.

Justificación personal: La lateralidad más prevalente en la población en general es la diestra, el instrumental y la mayoría de herramientas de trabajo están diseñadas para personas diestras lo cual se convierte en un desafío constante para personas con diferente lateralidad, las cuales tienen que enfrentarse a situaciones más difíciles, siendo muy importante su capacidad de resiliencia.

Actualmente no se cuenta con estudios que evidencien la relación entre la lateralidad motora y la resiliencia en el personal de salud. Es por eso que considero de importancia la realización del presente proyecto, ya que permitirá determinar si existe relación y si esta se comporta como factor de riesgo o protector para la resiliencia.

Justificación científica: Actualmente no se cuenta con estudios que evidencien la relación entre la lateralidad motora y la resiliencia en el personal de salud, es por realizar trabajos de investigación r ello que se debe realizar más trabajos de investigación que nos brinde más información acerca del tema.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. LATERALIDAD MOTORA

2.1.1. Lateralidad y Asimetría Funcional Cerebral

La observación de nuestro cerebro muestra que ambos hemisferios son estructuras físicamente separadas. Y las comisuras interhemisféricas que conexas de modo más directo los hemisferios son, cuando menos, desproporcionadamente delgadas a la extensa superficie cortical.

Además de la división anatómica de nuestro cerebro en dos hemisferios y sus diferencias funcionales o morfológicas, estudios más cercanos en el tiempo demostraron diferencias interhemisféricas a nivel neuroquímico, metabólico^{1, 2,} hormonal^{3, 4}; y neuroeléctrico⁵.

No obstante nuestro conocimiento aún no es suficiente sobre muchos de los aspectos citados, y aún es mayor nuestra ignorancia sobre las ventajas de esta dualidad hemisférica cerebral.

2.1.2. Fundamentos Estructurales y Funcionales

2.2.2.1. Asimetría Neuroquímica y Metabólica

Los hallazgos sobre distribuciones no simétricas relativas al metabolismo de los neurotransmisores y medidas asimétricas de flujos sanguíneos, representan las diferencias hemisféricas más significativas de orden neuroquímico y/o metabólico.

En las regiones talámicas posteriores (pulvinar), una región relacionada con el lenguaje en el hombre⁶, la concentración de norepinefrina es más elevada en el lado izquierdo⁷. Y la concentración de colina transferasa (ChAT) también es más elevada en el primer giro temporal izquierdo que en el derecho, especialmente en las capas corticales II y IV del área 22 de Brodmann^{8, 9}. El primer giro temporal izquierdo, junto a regiones más caudales (planum temporal), forma parte del área del habla de Wernicke.

De diversos hallazgos metabólicos asimétricos midiendo el flujo sanguíneo de ambos hemisferios^{10, 11, 12}, destacan aquellos que han mostrado que el flujo medio del HD es mayor durante una tarea de completar figuras; y de HI al efectuar una tarea de analogías verbales, o durante el estado ideacional que caracteriza nuestro reposo¹³.

2.2.2.2. Actividad Eléctrica Asimétrica

Por ejemplo cuando el individuo realiza una tarea lingüística, como escribir una carta, la actividad de reposo alfa, de 8-12 ciclos/seg, era menor en el hemisferio izquierdo (HI) que en el hemisferio derecho (HD).¹⁴

Un análisis espectral de potenciales evocados visuales y auditivos mostro, una actividad no simétrica en el mismo grado que la que resultaba con el test de aminobarbital carotídeo.¹⁵

2.2.2.3. Asimetrías Morfológicas

Los hemisferios cerebrales no son jamás dos veces los mismos en lo que concierne a la disposición de circunvoluciones y cisuras¹⁶ y de hecho, cinco importantes zonas han presentado mediciones distintas, necrópsicas e in vivo, a uno y otro lado del cerebro: el planum temporal y la zona Tpt, las cisuras silvianas, el lóbulo parietal, los giros transversos de Heschl, y la región opercular frontal.

Así como tres correlatos anatómicos: las astas occipitales del ventrículo lateral, las petalias craneanas y la adecuación piramidal. Diversas comprobaciones angiográficas¹⁷, con tomografía computadorizada o resonancia magnética¹⁹; así como excelentes revisiones²⁰ han ratificado buena parte de estos hallazgos.

1) El planum temporal, en la superficie superior de la porción posterior del lóbulo temporal, que es una zona triangular caudal al giro transversal de Heschl, es más vasta en el lado izquierdo que en el derecho reflejando una mayor extensión del área Tpt izquierda²¹, y que constituye una amplia porción de la región temporal del habla de Wernicke. La mayor concentración de ChAT se

localizaba precisamente sobre el área Tpt izquierda²². El plano temporal izquierdo era un tercio más largo que el derecho.

2) EN el 69% de los cerebros estudiados por ²³. La región posterior de las cisuras laterales era asimétrica. Y en el 86%, el segmento postcentral horizontal era mayor en el lado izquierdo que en el derecho.

3) En el lóbulo parietal inferior, el área c relacionada con el lenguaje es mayor que en el HI; mientras que el relacionada con la función visuoespacial, parece mayor sobre el lado derecho. ²⁴

4) Puede existir una mayor probabilidad de tener dos giros transversos de Heschl en el lado derecho que en el izquierdo al menos desarrollarse más prematuramente en ese costado. ²⁵

5) La región opercular frontal izquierda, que forma parte del área de Broca, presenta un mayor replegamiento, y por extensión una mayor superficie cortical, ya que la rama ascendente silviana se encuentra más frecuentemente ramificada en el lado izquierdo.

También,

a) En el 60% de sujetos diestros el asta occipital del ventrículo lateral izquierdo es más larga que la derecha. ²⁶

b) Las indentaciones internas (petalias) sobre el cráneo debidas a una mayor protrusión del lóbulo cerebral adyacente resultan asimétricas en la zona occipital. Unas cuatro veces mayores sobre el lado izquierdo. Reflejando una región posterior izquierda más amplias. ²⁷

c) **Kerstetz y Geschwind (1971)** examinando autópticamente los modelos de decusación piramidal en el adulto observaron que en un 73% de los casos la pirámide izquierda era la primera en cruzar hacia la cara opuesta. Y que tal predominio era independiente de que los sujetos hubiesen sido diestros o zurdos. ²⁸

2.2.2.4. Asimetrías Funcionales

Las diferencias funcionales HI vs HD implican tanto aspectos temáticos como procesamientos cognitivos.

Es decir, en su preferencia a procesar de forma más eficaz determinados tipos de estímulos y en la forma de enfocar y solucionar determinados problemas o situaciones cognitivas.

HI procesa preferencialmente la información de tipo verbal; el HD, la información de tipo no-verbal o visuoespacial. Cognitivamente, el HI realiza el procesamiento analítico-secuencial, siguiendo una lógica racional. Mientras que, el procesamiento holístico (sintético-aposicional)-simultáneo parece propio del HD, siguiendo una lógica intuitiva basada en un pensamiento perceptivo-visual.²⁹

La tabla I sintetiza en gran medida los principales hallazgos asimétricos temáticos. *Estévez-González (1991)*³⁰

TABLA I. — *Asimetrías funcionales: HI vs HD. Reproducido de Estévez-González (1991)*

<i>Actividad</i>	<i>Hemisferio izquierdo</i>	<i>Fuente bibliográfica</i>
1. Lenguaje <ul style="list-style-type: none"> • Percepción-análisis-verbal-simbólico • Secuenciación motora del habla • Nominación visual 		Geschwind y Galaburda, 1985, 1987 Sperry y Levy, 1971; Milner, 1971; Kimura, 1973 Kimura y Archivald, 1974; Kimura, 1977; Gazzaniga y Sperry, 1967 Newcombe y cols., 1971
2. Habilidades manuales		Geschwind y Galaburda, 1985, 1987
3. Asimilación-manejo de información ya conocida o familiar		Goldberg y Costa, 1981
4. Control vigilia (consciencia) (1) <ul style="list-style-type: none"> • Estado lingüístico-ideacional de reposo 		Serafetinides y cols., 1965; Dimond y Beaumont, 1971 Larsen y cols., 1978
5. Cálculo <ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento aritmético • Percepción dígitos 		Roselli y Ardilla, 1989 Hecaen y Ajuriaguerra, 1964 Kimura, 1961, 1973; Gordon, 1978
6. Memoria verbal <ul style="list-style-type: none"> • A largo plazo 		Fleminger y cols., 1970; Cronin y cols., 1970; Halliday y cols., 1968 Sperry, 1973
7. Lectura <ul style="list-style-type: none"> • Textos 		Ingvar y Schwartz, 1974

(1) Discrepado por Rossadini y Rossi, 1967.

<i>Actividad</i>	<i>Hemisferio derecho</i>	<i>Fuente bibliográfica</i>
1. Habilidades espaciales	<ul style="list-style-type: none"> • Gnósica-constructiva y pictórica • Análisis espacio exterior • Percepción profundidad, horizontalidad, verticalidad • Orientación corporal en el espacio • Apreciación relaciones espaciales táctiles (propiocepción) • Categorías visuales • Generación-rotación de imágenes 	<p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987; De Renzi y cols., 1969; Newcombe y Russell, 1969; Bogen y Gazzaniga, 1965; Levy, Trevarthen y Sperry, 1972; Basso y cols., 1973</p> <p>Piercy y cols., 1960; Sperry y Levby, 1971; Moscovitch, 1976</p> <p>Geschwind y Galaburda 1985, 1987; Newcombe, 1969</p> <p>Kimura, 1973; Hecaen, 1978</p> <p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987</p> <p>Carmon y Benton, 1969; Benton, Levin y Varney, 1973</p> <p>Bisiach, Capitani y Spinnler, 1975</p> <p>Sergent, 1988</p>
2. Habilidades musicales	<ul style="list-style-type: none"> • Acordes musicales • Melodías • Memoria musical-procesos neuromotores canto • Prosodia del lenguaje 	<p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987; Bogen y Gordon, 1976; Gordon y Bogen, 1974; Yamadori, Osumi y cols., 1977; Taub y cols., 1976; Basso y Capitani, 1985; Zatorre, 1979, 1985, 1988</p> <p>Gordon, 1970; Taub y cols., 1976</p> <p>Kimura, 1964</p> <p>Smith, 1966</p> <p>Smith 1969; Van Lancker, 1987</p>
3. Atención (1)	<ul style="list-style-type: none"> • Proceso de atención e intención 	<p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987; Heilman y Watson, 1977; Green y cols. 1989</p> <p>Heilman y Van Den Abeil, 1980</p>
4. Aspectos de la emoción	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia subjetiva 	<p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión externa emotiva • Modulación afectiva de la prosodia y gestos • Apreciación emociones de otras personas 	<p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987; Sackheim, Gur y Saucy, 1973; Pepple y Harris, 1987</p> <p>Ross, 1984</p> <p>Geschwind y Galaburda, 1985, 1987; Tucker, Watson y Heilman, 1976</p>
5. Funciones vegetativas de supervivencia		Geschwind y Galaburda, 1985, 1987
6. Asimilación de nueva información		Goldberg y Costa, 1981
7. Estímulos no-verbales	<ul style="list-style-type: none"> • Ruidos familiares • Visuales no familiares 	<p>Curry, 1967</p> <p>Kimura, 1963</p>
8. Memoria espacial		De Renzi y cols., 1977; Smith y Milner, 1989
(1) Discrepado por Gazzaniga, 1987.		

El HI domina las funciones verbal, conceptual o simbólica; y el HD, los reconocimientos o la memoria de formas visuales.³¹ El HD, por sí mismo, se comporta como un hemisferio ciego y sordo para las palabras, aléxico-disléxico o agráfico, incapaz de hablar, escribir o calcular, aunque capaz de expresarse a través de respuestas no verbales³². Y, siguiendo estas descripciones ilustrativas, el HI controlaría la habilidad para hablar (lenguaje expresivo y receptivo), leer, escribir, calcular e ideación verbal («piensa»).

Por su parte, el HD estaría capacitado para operar con imágenes visuales, el sentido musical (y «le molestarían los ruidos») o razonar holísticamente, percibir (y «manejar el espacio») y reconocer formar y «cosas», copiar y dibujar geométricamente, y «sentir emociones». El derecho sería un hemisferio muy desarrollado pero limitado en su capacidad expresiva, al no poder expresar con palabras sus experiencias.³³

2.2.2.5. El Cuerpo Calloso (Comisura Interhemisférica)

El cuerpo calloso (CC), está conformado por millones de fibras de hemisferio a hemisferio, es la estructura principal, no la única, que los relaciona anatómico-fisiológicamente. Esta característica le da una importante utilidad cognitiva: propiciar el uso simultáneo de ambos hemisferios. Es la estructura que permite conocer a un hemisferio qué es lo que está haciendo el otro, e impedir que ambos hemisferios trabajen aislados.

Como vía neuronal no tiene funciones propias al no contar con verdaderos centros neuronales conocidos de procesamientos de la información.

Dada su «facilidad», a diferencia de otras comisuras, que tiene de conectar información interhemisférica, la terminología actual se expresa en el sentido de su capacidad al transferir determinado tipo de información. Aunque desconocemos con exactitud cuál es la naturaleza, ¿sensorial o abstracta?, de tal información.³⁴

El estudio en pacientes comisurotomizados, ha incidido en el conocimiento de la interacción cognitiva hemisférica. El uso simultáneo del pensamiento verbal (izquierdo) y visuoespacial (derecho) está propiciado por el CC.³⁵

Adquiere un mayor papel en la mediación de aquellas respuestas en las que el input sensorial está dirigido a un hemisferio mientras el control primario yace en el otro.³⁶

También se ha destacado la participación callosa en la propia regulación del proceso interhemisférico y la secuencia de acciones relativas a la propia persona (memoria autopragmática)³⁷; en los sistemas encargados del aprendizaje de tareas bimanuales³⁸, de la atención concentración.³⁹

De modo más detallado, se ha conocido la comunicación interhemisférica, a través del splenium calloso, de la información visual⁴⁰, o visuomotora⁴¹. La porción inmediatamente anterior al splenium calloso, ha sido relacionada con la transferencia auditiva⁴², en mejor medida que el propio splenium. La porción anterior del tronco calloso como una región crítica para la transferencia de la

información compleja táctil de las áreas somatosensoriales SII ⁴³. Y la porción aún más anterior con la transferencia de información entre los lóbulos frontales.⁴⁴

2.2.2.6. Fundamentos Evolutivos (Precocidad Asimétrica)

En otras especies también se encontraron hallazgos no simétricos cerebrales morfológicos, funcionales y neuroquímicos. Así como patrones que proponen una mayor precocidad evolutiva de la asimetría cerebral hacia etapas tempranas (en fetos y recién nacidos) de las que hasta la actualidad se sospechaba.

Se han mostrado asimetrías funcionales en aves ⁴⁵; en mamíferos, como ratas ⁴⁶; y en primates, como macacos⁴⁷.

También en primates, gatos, ratas; y en no mamíferos se constatan asimetrías morfológicas o estructurales. Y correlatos neuroquímicos asimétricos en diversas especies.^{48, 49}

Mayor problemática reviste la lateralidad «manual» de especies. Sospechando que los humanos serían la única especie con preferencias laterales distintas del azar tal como sucede en monos, gatos y ratones. ⁴⁹

Desde tiempos prehistóricos, según estimación, el 90% de los individuos son diestros⁵⁰

No sólo en niños sino en cerebros de fetos y recién nacidos, ya que se evidencian asimetrías morfológicas.⁵¹ El planum temporal izquierdo aparece a las 31 semanas de gestación y siete a diez días después que el derecho. ⁵²

En neonatos con menos de 24 h de vida y niños de una semana a diez meses, se registran potenciales evocados asimétricos auditivos. Y en infantes de menos de diez meses también han sido registradas asimetrías neuroeléctricas frente a reacciones emocionales.⁵³ Y asimetrías funcionales dicóticas pueden ser, también, detectadas tanto en niños de 50 días como de tres años.⁵⁴ Los dos hemisferios son anatómicamente distintos desde antes del nacimiento. Responden de manera diferente a estímulos conocidos desde épocas tempranas.

En cualquier caso el sustrato neuronal de la especialización del HI para la función lingüística está presente desde el nacimiento.⁵⁵

2.1.3. Lateralización del Lenguaje y Lateralidad Corporal

De los dos hemisferios entran y emergen fibras que en forma ipsilateral o contralateral. El grueso de fibras contralaterales visuales, auditivas o sensoriomotrices es mayor que el componente ipsilateral. Si estimulamos un campo visual, auditivo o sensoriomotriz, o realizamos tareas manuales, las repuestas en forma de potenciales evocados, flujo sanguíneo, consumo de oxígeno o metabolismo de la glucosa serán de mayor amplitud en el hemisferio contralateral.⁵⁶ Aunque las razones de esta primacía neurofisiológica contralateral sobre la ipsilateral es desconocida, lo cierto es que un hemisferio «ve, oye y siente-mejor» respectivamente con el ojo, oído y extremidad contralateral. No obstante, como ya hemos revisado, en función de lo que veamos, oigamos y sintamos y la respuesta de procesamiento que necesitemos, un mismo material puede ser «mejor» visto, oído o sentido en el lado derecho por el hemisferio izquierdo que en lado izquierdo por el hemisferio derecho, o a la inversa.⁵⁷

En diestros, el flujo sanguíneo sobre las regiones rolándicas es distinto al mover una u otra mano; se necesita un mayor esfuerzo sanguíneo en el hemisferio derecho para ejecutar movimientos con la mano izquierda que en el hemisferio izquierdo para ejecutarlos con la derecha.⁵⁸

Cuando realizamos actividades bilaterales no hay opción posible. Pero en situaciones unilaterales ejercemos una preferencia hemicorporal constante a un lado. El caso de la mano es especialmente «dramático»: la habilidad de un miembro destaca sobre la torpeza del otro costado. Por regla general, cuanto mayor es la complejidad requerida mayor habilidad se ejerce con un determinado hemicuerpo y más burdo es el resultado del otro.

La preferencia visual auditiva resulta más problemática dado el escaso número de actividades unilaterales «naturales» de este tipo. La escritura no mejora si simultaneamos ambas manos. Pero la agudeza visual y auditiva aumenta con la utilización de ambos lados.

La especialización hemisférica lingüística parece tener más estrecha relación con la esfera motora ejecutiva o expresiva que son componentes sensorio-perceptuales de la ejecución. Y puede *no* ser que el HI que «domina» el lenguaje «domine» también la mano derecha, sino que el lenguaje se adapte mejor a las altas categorías de actividad motriz para las que el HI se encuentra más capacitado.⁵⁹

Esta apreciación es coincidente con estudios metabólicos donde partes apropiadas de las regiones sensoriomotrices se activan tanto con actividades motrices de la mano contralateral como por actividades lingüísticas.⁶⁰ Incluso se estima que el control contralateral sobre la mano derecha e ipsilateral sobre la izquierda, ejercido por el HI, es de mayor entidad neurofisiológica al ejercicio por el HD ipsilateralmente sobre la mano derecha y contralateralmente sobre la mano izquierda. Y estudios en pacientes comisurotomizados han mostrado que el HI se expresa- escribe mejor con la mano derecha y que el control sobre la mano izquierda disminuiría drásticamente al seccionar el cuerpo caloso.⁶¹

Con las revisiones de cientos de casos publicados en la literatura neuropsicológica y otras importantes revisiones⁶² podemos realizar las siguientes afirmaciones:

- 1) En los sujetos diestros, en al menos un 90% de los casos el HI es el asiento anatomofuncional del lenguaje. El control bilateral hemisférico es una excepción que no alcanza al 2% de las situaciones; y, con la sospecha que tal bilateralidad pueda ser una indecisión diagnóstica más que un funcionalismo bilateral. En el mejor de los casos, en un 7-8% el gobierno lingüístico sería ejercido por el HD.
- 2) En los sujetos zurdos o ambidextros, sigue rigiendo un predominio unilateral lingüístico, el orden del 83% al 88% de los casos, sobre el bilateral (16-12%).
- 3) En los sujetos zurdos, el asiento anatomofuncional unilateral del lenguaje en el HI y en el HD, es de proporciones parecidas y aproximadas al 45 y 40%, respectivamente.
- 4) Los sujetos denominados ambidextros se hallan en un término medio entre los sujetos zurdos y los diestros, con un mayor número de casos de dominancia bilateral.

5) Las revisiones efectuadas por **Satz (1979)** y **Bullard-Bates (1981)** sobre casos de afasia adquirida en niños han mostrado parecidos resultados a los sujetos adultos. Enfatizando una vez más la precocidad asimétrica cerebral.

6) En el conjunto de la población, el HI es el asiento anatomofuncional del lenguaje.

7) La bilateralidad lingüística cerebral es una situación infrecuente, y la equipotencialidad hemisférica es un hecho más que dudoso.

2.2. RESILIENCIA

2.2.1. Definición:

Es la capacidad de afrontar situaciones y eventos adversos y lograr adaptarse apropiadamente ante los problemas, tragedias, los traumas, las amenazas o el estrés severo (Emmy Werner y Ruth Smith, 1982).⁶⁴

Es la resiliencia una capacidad propia individual, basada en determinadas características personales. Por ejemplo, podríamos citar la definición de Bonnie Bernard: “La capacidad de un individuo de reaccionar y recuperarse ante las adversidades, lo que implica un grupo de cualidades que fomentan un proceso de adaptación y de transformación, a pesar de los riesgos y de la propia adversidad” (B. Bernard, 1996).

Para Suniya Luthar, Dante Cicchetti y Bronwyn Becker: “La resiliencia es un proceso dinámico que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de gran adversidad” (S. Luthar, D. Cicchetti & B. Becker, 2000).

Para Glen Richardson: “La resiliencia es la fuerza que controla o empuja a la mejora personal” (G. Richardson, 2002).⁶⁵

La resiliencia se refiere a la capacidad que tiene el hombre para actuar y recuperarse tras vivir acontecimientos estresantes (Hernández, 1998).

Riso (2006), a su vez, la define como la capacidad del individuo para afrontar las adversidades de la vida, superarlas y “ser transformado positivamente por ellas”.⁶⁶

Cabe mencionar que la Resiliencia no implica no sentir molestia, dolor emocional ni dificultad ante las adversidades (Lic. Ana Muñoz, 2011). existen circunstancias eventos, que producen incertidumbre, inseguridad y dolor emocional, aun así los humanos pueden sobreponerse y adaptarse exitosamente a lo largo del tiempo.

2.2.2. Proceso de resiliencia:

La secuenciación práctica del proceso de resiliencia, descrita en Grotberg (2001)⁶⁷, consta de las siguientes líneas generales:

1. Promoción de factores resilientes.
2. Compromiso con el comportamiento resiliente.
 - Identificar los problemas.
 - Seleccionar el nivel y la clase de respuesta adecuada.
3. Valoración de los resultados de resiliencia. Entre los puntos a valorar se encuentran:
 - Aprender de la experiencia.
 - Estimar el impacto sobre otros.
 - Reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejora de la calidad de vida.

2.2.3. Personalidad resiliente:

Allerd y Smith (1989) establecen que las personas que muestran resiliencia exhiben implicación en actividades diarias, control sobre acontecimientos de vida y una capacidad de ver el cambio como un desafío positivo en vez de un acontecimiento adverso.

Personalidad resiliente también conocida como personalidad resistente (traducida de hardiness que significa: dureza, solidez, severidad) es propia de una persona fuerte con la capacidad de afrontar varios tipos de adversidades que se pueden presentar en la vida diaria.

Para Maddi y Kobasha (1999)⁶⁸ la personalidad resiliente está conformada por 3 cualidades 3C por sus siglas en inglés:

1. **Commitment=Compromiso:** cualidad que permite tener la seguridad de la certeza y de la valía de lo que uno hace, reconocerse como una persona valiosa y capaz de lograr sus metas, el tener la capacidad de tomar decisiones en forma congruente con sus valores y principios. Además asumir las consecuencias.
2. **Control:** es la cualidad que les da al individuo la seguridad que las decisiones tomadas serán propias y no por la casualidad ni los demás.
3. **Challenge=** la cualidad del Reto/desafío es por la cual se asume el cambio y no lo estable como algo positivo para el ser humano.

La personalidad resistente es un grupo de variables psicológicas y sociales de gran importancia y valor. Los individuos resilientes son aquellos capaces de superar la adversidad, desarrollarse y crecer en forma adecuadas para ser competentes, pese a que el pronóstico sea no favorable.

La Resiliencia implica un conjunto de conductas y formas de pensar los cuales pueden ser aprendidas y desarrolladas.

2.2.4. Características y habilidades de las personas resilientes :

Las personas resilientes tienen 3 características fundamentales: aceptan la realidad tal y como es; tienen la convicción en que la vida tiene sentido, además cuentan con la capacidad de mejorar. Tienen también las habilidades ⁶⁹:

- Identifican en forma precisa la causa de los problemas para que no se repitan, controlar sus emociones, sin perder objetividad en situaciones críticas.
- Pueden controlar sus impulsos y su conducta en circunstancias complicadas.
- Tienen optimismo realista, sin dejarse llevar por fantasías.
- Se sienten competentes y tienen autoconfianza en sus capacidades.
- Son empáticos: pueden leer emociones ajenas y conectar con ellas.

- Buscan oportunidades nuevas, desafíos, y relaciones para lograr el éxito y satisfacción en su vivir.

2.2.5. Pilares de la Resiliencia:

La Resiliencia se trata de un conjunto de habilidades que pueden ser desarrolladas

- Autoestima consistente: es fundamental, es el resultado de la crianza afectiva en la niñez y adolescencia.
- Introspección: interrogarse a uno mismo y responderse honestamente.
- Independencia: capacidad de mantener distancia en forma emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de relacionarse: consiste en establecer vínculos e intimidad con los demás.
- Iniciativa: autoexigirse y realizar tareas más difíciles en forma progresiva
- Humor: encontrar el lado comido en situaciones adversas.
- Pensamiento crítico: les permite analizar en forma crítica el origen y las implicancias de la adversidad que se enfrenta.

2.2.6. Sustrato neurobiológico

Los estudios sobre la relación de la resiliencia con las neurociencias son los enfoques de investigación más novedosos ⁷¹. Se han formulado diferentes hipótesis entre ellas destaca la propuesta por Cicchetti y Blender⁷² vinculando la resiliencia con la neuroplasticidad. Desde hace tiempo, se conoce la implicación del sistema neurohipofiso-suprarrenal, a través del cortisol, en el afrontamiento de situaciones adversas. En esta línea, el aumento del alerta ante una amenaza supone un incremento de los niveles de cortisol; mientras que un adecuado manejo del estrés lleva consigo una reducción de esos niveles. Se pone así de manifiesto la necesidad de una fina y precisa regulación del sistema que podría estar en la base de la resiliencia. ^{73, 74}

El hemisferio derecho se ha asociado con el manejo de experiencias negativas y de privación, y el izquierdo con las positivas y de logro⁷⁵. En esta línea, algunos datos apuntan a una diferente activación cerebral en relación con la capacidad resiliente y fundamentan su sustrato neurobiológico que implica a estructuras del sistema límbico con una cierta lateralización hemisférica.⁷⁶

Diferentes estudios señalan que no hay una asociación lineal y directa entre la interacción gen-ambiente y las consecuencias en la salud mental sino que las variaciones genéticas señalan diferencias en las respuestas ante la adversidad ^{77,78} de tal manera que los genes otorgan una susceptibilidad diferente a las situaciones ambientales a través, muy posiblemente, de la modulación de la 5-HTT y la MAO-A, dos neurotransmisores especialmente implicados en la regulación del ánimo y de las respuestas ante el estrés.⁷⁹

Particularmente, al estudiar la relación entre la resiliencia y el estrés postraumático, junto con las estrategias de afrontamiento utilizadas, tienen significación los niveles de dihidroepiandroterona y de neuropeptido Y.⁸⁰

En conjunto, los datos disponibles sugieren la presencia de un sustrato neurobiológico, en gran medida de base genética, que correlaciona con rasgos de personalidad, algunos configurados por la vía del aprendizaje social, que proporcionan grados variables de vulnerabilidad a los estresores y una cierta predisposición al desarrollo de algunas psicopatologías, particularmente, los trastornos de personalidad, los de ansiedad y los afectivos, como apuntan las futuras versiones del DSM y la CIE.⁸¹

3. OBJETIVOS.

3.1. General

- Determinar la lateralidad motora, características sociodemográficas y resiliencia en personal asistencial del hospital III Goyeneche en el periodo diciembre 2017– febrero 2018.

3.2. Específicos

- Determinar las características sociodemográficas del personal asistencial del hospital III Goyeneche.
- Determinar la lateralidad del personal asistencial del hospital III Goyeneche.
- Determinar el nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche.
- Determinar cuál es la relación entre la lateralidad motora y el nivel de resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche.
- Determinar cuál es la relación entre las características sociodemográficas y la resiliencia del personal asistencial del hospital III Goyeneche.

4. HIPÓTESIS

Existe una relación positiva entre alguna lateralidad con el nivel de resiliencia en el personal asistencial del hospital III Goyeneche.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica:

Se realizará la recolección de datos mediante encuesta del personal asistencial del hospital III Goyeneche.

1.2. Instrumento:

- **Para la evaluación de la lateralidad:**
 - Test de lateralidad de Harris
- **Para la evaluación del nivel de resiliencia:**
 - Test de resiliencia de Wagnild Young.
- **Para características sociodemográficas:**
 - Ficha de recolección de datos

1.3. Materiales de verificación.

- Se utilizará como técnica de verificación lista de personal asistencial otorgada por la oficina de personal del hospital III Goyeneche.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

El espacio geográfico donde se realizara la investigación es en el hospital III Goyeneche

2.2. Ubicación temporal:

Diciembre 2017 a enero 2018

2.3. Unidades de estudio:

Las unidades de estudio estarán compuestas por personal asistencial del hospital III Goyeneche

- **Población:** personal asistencial profesional y en formación académica en medicina, enfermería y obstetricia del hospital III Goyeneche de los departamentos de pediatría, cirugía, ginecobstetricia, medicina interna.

- **Muestra:**

Se trabajara con toda la población

- **Muestreo:**

Se trabajara con toda la población

2.4. Criterios de selección.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personal asistencial del hospital III Goyeneche que se encuentren en actividad laboral en diciembre del 2017 a enero del 2018, que acepten participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Personal asistencial con antecedentes de enfermedad crónica.
- Personal asistencial con antecedente de enfermedad mental.
- Personal asistencial con antecedente de recibir tratamiento médico para enfermedades mentales.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización:

- Se presentará el proyecto al jurado dictaminador, una vez aprobado se procederá a su realización.

- Se solicitará autorización para acceder a realizar la recolección de datos en el hospital III Goyeneche la cual estará dirigida al Director de la misma institución.
- En base a la información recopilada se elaborará una matriz de tabulación, para las tabulaciones correspondientes de los datos, y la confección de tablas estadísticas, requeridas para el análisis, interpretación y discusión de los resultados.

3.2. Recursos

- **Recursos Humanos**

- **Autor:** Nicolás Brian Medina Casillas

- **Asesora:**

Dra. Gloria Llaza Loayza: Médico Psiquiatra

- **Recursos Materiales**

- Material para la evaluación de resiliencia:

Encuesta y test de resiliencia.

- Material para la evaluación de lateralidad:

Encuesta y test de lateralidad.

- Materiales de escritorio

- Computadora personal con programas procesadores de texto, base de datos y software estadístico.

- Impresora

- Internet

- Financieros:

Autofinanciado, con recursos propios.

3.3. Validación de los Instrumentos

Test de Wagnild Young:

Ficha técnica:
▪ Nombre: Escala de Resiliencia.
▪ Autores: Wagnild,G. Young,H.(1993)
▪ Procedencia: Estados Unidos.
▪ Adaptación peruana: Novella (2002)
▪ Administración: individual o colectiva.
▪ Duración: Aproximadamente de 25 a 30 minutos.
▪ Aplicación: para adolescentes y adultos.
▪ Significación: la escala evalúa las siguientes dimensiones de la resiliencia: Ecuanimidad,dentirse bien solo , confianza en sí mismo, Perseverancia, y Satisfaccion. Asimismo, considera una Escala Total.

La escala de resiliencia Wagnild y Young, tiene características esenciales para considerarla como válida, tales como el coeficiente alfa global y la proporción apreciable de varianza explicada por sus factores.

La escala consta de 25 ítems que evalúa cada uno con un puntaje del 1 a 7 puntos siendo el puntaje menor 25 y el mayor 175. A mayor puntaje mejor nivel de resiliencia.

Esta escala fue traducida y adaptada el 2002, por Novella. Posteriormente fue validada por Del Aguila el 2003.

Test de Lateralidad

Ficha técnica:
▪ Nombre: Test de Dominancia Lateral de Harris (1961)
▪ Autores: Harris, A. J. (1961).
▪ Procedencia: Paris.
▪ Adaptación y validacion: Picq y Vayer (1977: 245-247).
▪ Administración: individual.
▪ Duración: Aproximadamente de 5 a10 minutos.
▪ Aplicación: para niños, jóvenes y adultos.
▪ Significación: la escala evalúa las siguientes lateralidad dominante en manos, pies, ojos y oídos. Asimismo, considera una Diagnostico de lateralidad.

3.4. Criterios para Manejo de Resultados

- **A Nivel de Recolección**

Se evaluará con el test de lateralidad y el test de resiliencia al personal asistencial del hospital III Goyeneche.

La información que se obtenga de los Test, será procesada utilizando un paquete estadístico SPSS 1.220 windows donde se empleara:

- **A Nivel de Sistematización:**

Estadística descriptiva:

Para variables numéricas: se utilizará:

- Medidas de tendencia central: media aritmética, promedio
- Medidas de dispersión: desviación estándar

Para variables categóricas: se utilizarán frecuencias absolutas y relativas.

- **A Nivel de Estudio de Datos**

Estadística descriptiva y estadística inferencial.

3.5. Cronograma de Trabajo

	Diciembre				Enero				Febrero				Marzo
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA													
ELABORACION DE PROYECTOS													
APROBACION DE PROYECTO													
PRESENTACION DE PROYECTO AL HOSPITAL III GOYENECHÉ Y TOMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO													
EJECUCION DE PROYECTO													
PRESENTACION DE RESULTADOS.													

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oke, A.; Keller, R.; Mefford, I., y Adams, R. N.: «Lateralization in norepinephrine in human thalamus». *Science* 1978, 200:1411-1413.
2. Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». *Neurology* 1981, 31:799-805.
3. Levy, J., y Levy, J. M.: «Human lateralization from head to foot: Sex-related factors». *Science* 1978, 200:1291-1292.
4. Geschwind, N., y Galaburda, A. M.: *Cerebral lateralization biological mechanisms, associations and pathology*. Cambridge, Massachussets: MIT Press. 1987,
5. Ojeman, G. A.; Fedio, P., y Van Buren, J. M.: «Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation». *Brain* 1968,91(1):99-116.
6. Ojeman, G. A.; Fedio, P., y Van Buren, J. M.: «Anomia from pulvinar and subcortical parietal stimulation». *Brain* 1968, 91(1):99-116
7. Oke, A.; Keller, R.; Mefford, I., y Adams, R. N.: «Lateralization in norepinephrine in human thalamus». *Science* 1978, 200:1411-1413.
8. Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». *Neurology* 1981,31:799-805
9. Sorbi, S.; Amaducci, L.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Biochemical differences between the left and right hemispheres? Preliminary observations of choline acetyltransferase (CAT) activity. *Boll Soc Ital Biol Sper* 1980, 56:2265- 2270
10. Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». *Brain* 1975, 98:511-524

11. Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». *Brain* 1975, 98:511-524
12. Larsen, B.; Skinhoj, E., y Lassen, N. A.: «Cortical activity of left and right hemisphere provoked by reading and visual naming. A rCBF study». En: Gotoh, F.; Nagai, H., y Tazaki, Y. (Eds.): *Cerebral Blood Flow and Metabolism. Acta Neurol Scand* 1979, 60 (suppl 72):6-7.
13. Larsen, B.; Skinhoj, y Lassen, N. A. «Variations in regional cortical blood flow in the right and left hemispheres during automatic speech». *Brain* 1978, 101:193-209.
14. Galin, D., y Ornstein, R.: «Lateral specialization of cognitive mode: an EEG study». *Psychophysiology* 1972, 9:412-418.
15. Galin, D., y Ornstein, R.: «Lateral specialization of cognitive mode: an EEG study». *Psychophysiology* 1972, 9:412-418.
16. Penfield, W., y Roberts, L.: *Language et Mécanismes Cérébraux* 1963, París: P.U.F. 309 pp
17. Hochberg, F. M., y Le May, M.: «Arteriographic correlates of handedness». *Neurology* 1975, 25:218-222.
18. Pieniadz, J. M., y Naeser, M. A.: «Computed tomographic scan cerebral asymmetries and morphologic brain asymmetries. Correlation in the same cases postmortem». *Arch Neurol* 1984, 41:403-409.
19. Kertesz, A.; Polk, M.; Black, S. E., y Howell, J.: «Functional and anatomical asymmetries in the brain#. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 10th European Conference, 9:271. Abstract.
20. Albanese, E.; Merlo, A., y Gómez, E. :«Anterior speech region.Asymmetry and-weight-surfae correlation». *Arch Neurol* 1989, 46:307-310
21. Kertesz, A.; Polk, M.; Black, S. E., y Howell, J.: «Functional and anatomical asymmetries in the brain#. *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 10th European Conference, 9:271

22. Amaducci, L.; Sorbi, S.; Albanese, A., y Gainotti, G.: «Choline acetyltransferase (ChAt) activity differs in right and left human temporal lobes». *Neurology* 1981, 31:799-805.
23. Rubens, A. B.; Mahowald, H. W., y Hutton, J. Th.: «Asymmetry of the lateral (sylvian) fissures in man». *Neurology* 1976, 26:620-624
24. Eidelberg, D., y Galaburda, A. M.: «Inferior parietal lobule: divergent architectonic asymmetries in the human brain». *Arch Neurol* 1984, 41:843-852.
25. Chi, J.; Dooling, E., y Gilles, F.: «Left-right asymmetries of the temporal speech areas of the human fetus». *Arch Neurol* 1977, 34:346-348.
26. McRae, O. L.; Branch, C. L., y Milner, B.: «The occipital horns and cerebral dominance». *Neurology* 1968, 18:95-98.
27. Chui, H. Ch., y Damasio, A. R.: «Human cerebral asymmetries evaluated by computed tomography». *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1980, 43:873-878.
28. Kertesz, A., y Geschwind, N.: «Patterns of pyramidal decussation and their relationship to handedness». *Arch Neurol* 1971, 24:326-332.
29. Risberg, J.; Halsey, J. H.; Wills E. L., y Wilson, E. M.: «Hemispheric specialization in normal man studied by bilateral measurements of the regional cerebral blood flow. A study with the 133-Xe inhalation technique». *Brain* 1975, 98:511-524.
30. Estévez-González, A.: Lateralidad, asimetrías funcionales y características neuropsicológicas en una población escolar de 14-16 años. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universitat de Barcelona, 1991.
31. Levy, J.; Trevarthen, C., y Sperry, R. W.: «Perception of bilateral chimeric figures following hemispheric deconnexion ». *Brain* 1972, 95(1):61-78
32. Gazzaniga, M. S., y Sperry, R. W.: «Language after section of the cerebral commissures». *Brain* 1967, 90 (1):131-148
33. Geschwind, N.: «Fondements biologiques de la spécialisation hémisphérique». *Rev Neurol (París)* 1983, 139 (1):11-14.

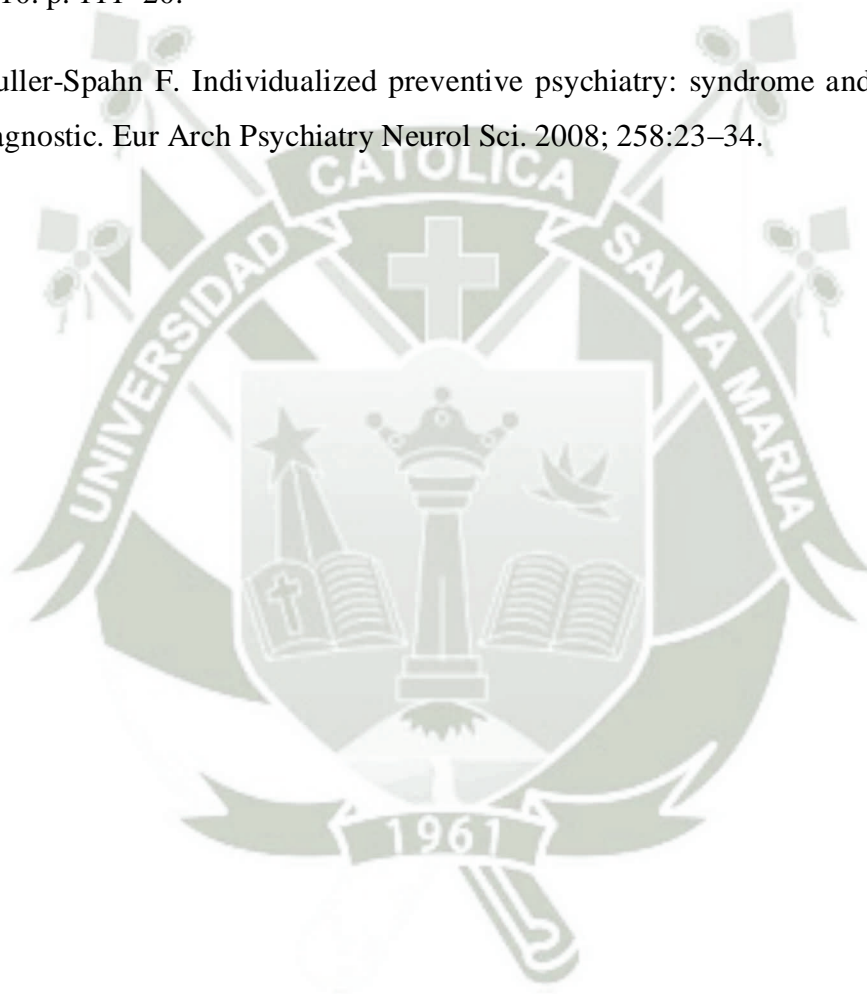
34. Gazzaniga, M. S.; Kutas, M.; Van Petten, C., y Fendrich, R.: «Human callosal function: MRI-verified neuropsychological functions». *Neurology* 1989, 39:942-946
35. Bogen, J. E., y Gazzaniga, M. S.: «Cerebral commissurotomy in man. Minor hemisphere dominance for certain visuospatial functions». *J Neurosurg* 1965, 23:394-399
36. Gazzaniga, M. S.; Bogen, J. E., y Sperry, R. W.: «Observations in visual perception after disconnection of the cerebral hemispheres in man». *Brain* 1965, 88:221.
37. Dimond, S. J.; Scammell, R. E.; Brouwers, E. Y. H., y Weeks, R.: «Functions of the centre section (trunk) of the corpus callosum in man. *Brain* 1977, 100:543-562.
38. Preilowski, B. F. B.: «Possible contribution of the anterior forebrain commissures to bilateral motor coordination». *Neuropsychologia* 1972, 10:267-277.
39. Dimond, S. J.: «Tactual and auditory vigilance in split-brain man». *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1979, 42:70-74.
40. Gazzaniga, M. S., y Freedman, W.: «Observations on visual processes after posterior callosal section». *Neurology* 1973, 23:1126-1130.
41. Brinkman, J., y Kuypers, H. G. J. M.: «Cerebral control of contralateral and ipsilateral arm, hand and finger movements in split-brain rhesus monkey». *Brain* 1973, 96:653-674.
42. Musiek, F. E.; Reeves, A. G., y Baran, J. A.: «Release from central auditory competition in the split-brain patient». *Neurology* 1985, 35:983-987.
43. Bentin, S.; Sahar A., y Moscovitch, M.: «Intermanual information transfer in patients with lesions in the trunk of the corpus callosum». *Neuropsychologia* 1984,22(5):601-611.
44. Pandya, D. N.; Karol, E. A., y Heilbrown, D.: «The topographical distribution of interhemispheric projections in the corpus callosum of the Rhesus monkey». *Brain Res* 1971, 32:31-43.

45. Nottebohm, F.: «Brain pathways for vocal learning in birds: A review of the first 10 years». *Prog Psychobiol Physiol Psychol* 1980, 9:85-124.
46. Sherman, G. F.; Garabanati, J. A.; Rosen, G. D., et al.: «Brain and behavioral asymmetries for spatial preference in rats». *Brain Res* 1980, 192:61-67.
47. Heffner, H. E., y Heffner, R. D.: «Effect of unilateral and bilateral auditory cortex lesions on the discrimination of vocalizations by japanese macaques». *J Neurophysiol* 1986, 56 (3):683-701.
48. Starr, M. S., y Kilpatrick, K.: «Bilateral asymmetry in brain Gaba function. *Neurosci Lett* 1981, 25:167-172. Schneider, L. H.; Murphy, R. B., y Coons, E. E.: «Lateralization of striatal dopamine (D2) receptors in normal rats». *Neurosci Lett* 1982, 33:281-284.
49. Beck, C.H.M., y Barton, R. L.: «Deviation and laterality of hand preference in monkeys». *Cortex* 1972, 8:339-363.
50. Holloway, R. J., y de Lacoste, C.: «Brainendocast asymmetry in pongids and hominids: The palentology of cerebral hemisphere dominance». *Amer J Phys Anthropol* 1982, 58:101-110.
51. Deuel, R. K., y Moran ChC.: «Cerebral dominance and cerebral asymmetries on computed tomogran in childhood». *Neurology* 1980, 30:934-938.
52. Chi, J.; Dooling, E., y Gilles, F.: «Left-right asymmetries of the temporal speech areas of the human fetus». *Arch Neurol* 1977, 34:346-348.
53. Davidson N. R. J., y Fox, N. A.: «Activation asymmetries during rest predict infant's affective response to maternal separation ». *J Clin Exp Neuropsychol* 1987, 15th Annual Meeting, 9 (1):71.
54. Entus, A. K.: «Hemispheric asymmetry in processing of dichotically presented speech and non spech stimuli by infants». En: Segalowiz, S. J., y Gruber, F. (Eds): *Language Development and Neurological Theory*. New York: Academic Press, 1977.

55. Vargha-Khaden, F.; O’Gorman A. M., y Watters, G. V.: «Aphasia and handedness in relation to hemispheric side, age at injury and severity of cerebral lesion during childhood». *Brain* 1985, 108:677-696.
56. Alavi, A.; Reivich M., Greenberg J., et al.: «Mapping of functional activity in brain with 18F-Fluoro-Deoxyglucose». *Seminars in nuclear medicine*. 1981, 11 (1), 24-31.
57. Estévez-González A. Lateralidad y asimetría funcional cerebral: fundamentos(*). *Logop.* 1992;XII(3):138–51.
58. Halsey, J. H.; Blauenstein, U. W.; Wilson, E. M., y Wills, E. H.: «Regional cerebral blood flow comparison of right and left hand movements». *Neurology* 1979, 29 (1): 21-28.
59. Kimura, D., y Archibald, Y.: «Motor functions of the left hemisphere ». *Brain* 1974 1974, 97:337-350.
60. Ingvar, D. H., y Schwartz, M. S.: «Blood flow patterns induced in the dominant hemisphere by speech and reading». *Brain* 1974, 97:273-288.
61. Gazzaniga, M. S.; Bogen, J. E., y Sperry, R. W.: «Dyspraxia following division of the cerebral commissures». *Arch Neurol* 1967, 16:606-612.
62. Loring, D. W.; Meador, K. J.; Lee, G. P., et al.: «Cerebral language lateralization: evidence from intracarotid amobarbital testing». *Neuropsychologia* 1990, 28:831-838.
63. Satz, P.: «A test of some models of hemispheric speech organization in the left and right-handed». *Science* 1979, 203 (16):1131-1133.
64. Werner, E. E. and Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw-Hill.
65. Gil GE. *La resiliencia: conceptos y modelos aplicables al entorno escolar*. El Guiniguada. 2010;19:27–42.
66. Barragan, A - Morales C. *Psychology of the positive emotions: generalities and benefits*. *enseñanza e investigacion en psicologia*. 2014; 19(1):103–18.

67. Grotberg, E. H. Nuevas tendencias en resiliencia. En A. Mellido y E.N. Suárez Ojeda (Comp.). Resiliencia..Descubriendo las propias fortalezas . Barcelona:Paidós .2001: 19-30.
68. Maddi, S. , Khoshaba, D. The hardy organization: Success by turning change to advantage. Consulting Psychology Journal: Practice and Research. 1999; 51:117–124
69. BECOÑA E. Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. Rev Psicopatología y Psicol Clínica. 2006;11(3):125–46.
70. Cabanyes J. Resiliencia : una aproximación al concepto. Rev Psiquiatria y Salud Mental 2010;3(4):145–51.
71. Masten A, Obradovic J. Competence and resilience in development. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1094:13–27.
72. Cicchetti D, Blender JA. A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience. Implications for the developing brain, neural plasticity and preventative interventions. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:248–58.
73. Crust L. A review and conceptual re-examination of mental toughness: implications for future researchers. Pers Individ Dif. 2008;45:576–83.
74. Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. Ann N Y Acad Sci. 2006;1094:1–12.
75. Davidson RJ. Affective style, psychopathology, and resilience: Brain mechanisms and plasticity. Am Psychol. 2000;55: 1196–214.
76. Cicchetti D, Rogosch FA. Adaptive coping under conditions of extreme stress: Multilevel influences on the determinants of resilience in maltreated children. In: Skinner EA, Zimmer- Gembeck MJ, editores. Coping and the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development, vol. 124. San Francisco: Jossey-Bass; 2009. p. 47–59.
77. Taylor A, Kim-Cohen J. Meta-analysis of gene-environment interactions: looking back, moving forward. Dev Psychopathol. 2007;19:1029–37.

78. Uher R, McGuffin P. The moderation by serotonin transporter gene of environmental adversity in the aetiology of mental illness: review and methodological analysis. *Mol Psychiatry*. 2007;13:131–46.
79. Kim-Cohen J, Gold AL. Measured gene-environmental interactions and mechanisms promoting resilient development. *Curr Dir Psychol Sci*. 2009;18:138–42.
80. Elliott R. The neural basis of resilience. En: Cooper CL, Field J, Goswami U, Jenkins R, Sahakian BJ, editores. *Mental capital and wellbeing*. Londres: Wiley-Blackwell; 2010. p. 111–20.
81. Muller-Spahn F. Individualized preventive psychiatry: syndrome and vulnerability diagnostic. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*. 2008; 258:23–34.



Anexo 1:

Escala de resiliencia de Wagnild y Young

ÍTEMS	En desacuerdo				De acuerdo			
	1	2	3	4	5	6	7	
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5	6	7	
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5	6	7	
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5	6	7	
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5	6	7	
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5	6	7	
6. Me siento orgullosos de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5	6	7	
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5	6	7	
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5	6	7	
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6	7	
10. Soy decidido	1	2	3	4	5	6	7	
11. Rara vez me pregunto cual es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7	
12. Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7	
13. Puedo enfrentar las dificultades por que las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7	
14. Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7	
15. Me mantengo interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7	
16. Por lo general encuentro algo de que reírme.	1	2	3	4	5	6	7	
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7	
18. En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar	1	2	3	4	5	6	7	
19. Generalmente puedo ver la situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7	
20. Algunas veces me obligo a hacer as cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5	6	7	
21. Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7	
22. No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7	
23. Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida	1	2	3	4	5	6	7	
24. Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer	1	2	3	4	5	6	7	
25. Acepto que hay personas a las que no les agrado	1	2	3	4	5	6	7	

Anexo 2:

Test De Harris (Observación De La Lateralidad)

Marcar con X, si realiza la actividad con mayor precisión y facilidad con el lado derecho (DER.) o izquierdo (IZQU.)

DOMINANCIA DE LA MANO	DER.	IZQU.
1.- Tirar una pelota		
2.- Sacar punta a un lapicero		
3.- Clavar un clavo		
4.- Cepillarse los dientes		
5.- Girar el pomo de la puerta		
6.- Sonarse		
7.- Utilizar las tijeras		
8.- Cortar con un cuchillo		
9.- Peinarse		
10.- Escribir		
DOMINANCIA DEL PIE	DER.	IZQU.
1.- Dar una patada a un balón		
2.- Escribir una letra con el pie		
3.- Saltar a la pata coja unos 10 metros		
4.- Mantener el equilibrio sobre un pie		
5.- Subir un escalón		
6.- Girar sobre un pie		
7.- Sacar un balón de algún rincón o debajo de una silla		
8.- Conducir un balón unos 10 mts.		
9.- Elevar una pierna sobre una mesa o silla.		
10.- Pierna que adelantas al desequilibrarte adelante		
DOMINANCIA DEL OJO	DER.	IZQU.
1.- Sighting (cartón de 15 x 25 con un agujero en el centro de 0,5 cm		
2.- Telescopio (tubo largo de cartón)		
3.- Caleidoscopio - Cámara de fotos		
DOMINANCIA DEL OÍDO	DER.	IZQU.
1.- Escuchar en la pared		
2.- Coger el teléfono		
3.- Escuchar en el suelo		

Anexo 3:

Ficha de recolección de datos

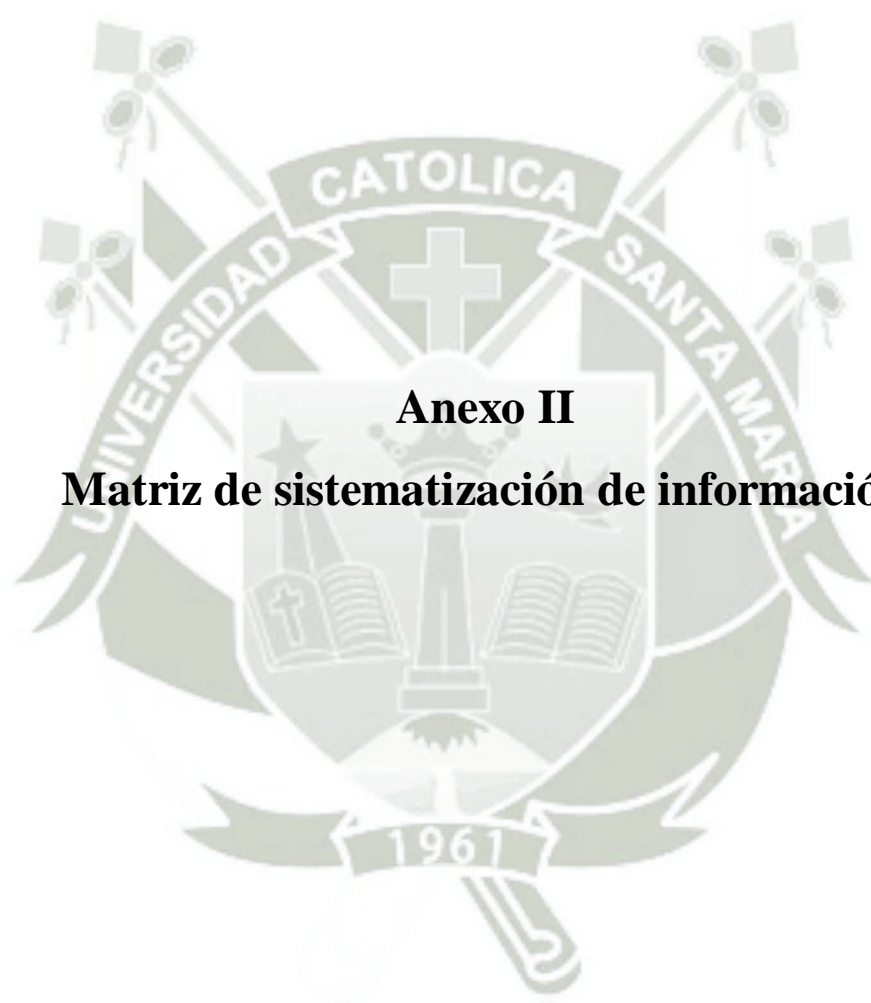
Marque con una x según corresponda	
1. edad	20-29 años
	30-39 años
	40-49 años
	50-59 años
	60-mas años
2. sexo	Femenino
	Masculino
3. Estado civil	Soltero
	Conviviente
	Casado
	Separado
	divorciado
4. ocupación	Medico asistente
	Médico residente
	Interno(a) de medicina
	Enfermera(o)
	Interna(o) de enfermería
	Obstetriz
5. Área en la que trabaja	Interna(o) de obstetricia
	Emergencias
	Medicina interna
	Cirugía
	Pediatría
6. Tiempo de servicio	ginecobstetricia
	Menos de 3 meses
	Menos de un año
	Menos de 5 años
	Menos de 10 años
	Mas de 10 años

Anexo 4:
Consentimiento Informado

Yo,....., con el DNI.....
Deseo participar en esta investigación titulada “LATERALIDAD MOTORA,
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS y RESILIENCIA EN PERSONAL
ASISTENCIAL DEL HOSPITAL III GOYENECHE EN EL PERIODO DICIEMBRE
2017 – FEBRERO 2018.” Realizada por el egresado de la carrera de medicina humana
Nicolás Medina Casillas, que se realiza con fines académicos.

.....
Firma del participante





Anexo II

Matriz de sistematización de información

OCUPACION	#	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	AREA LABORAL	Tiempo de servicio	Test de harris	Test de wagnil young
internos de medicina 2017	1	26	F	SOLTERA	pediatria	<1año	dDDD	123
	2	24	M	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	146
	3	24	F	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	136
	4	25	F	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	125
	5	25	M	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	132
	6	27	M	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	124
	7	23	F	SOLTERA	pediatria	<1año	IIII	153
	8	24	F	CASADA	pediatria	<1año	DDDD	134
	9	28	M	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	149
	10	24	F	SOLTERA	pediatria	<1año	DdDD	136
	11	25	M	SOLTERA	pediatria	<1año	DDDD	126
	12	24	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	127
	13	25	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	138
	14	25	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	142
	15	25	F	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	dDDD	139
	16	24	F	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	123
	17	24	F	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	134
	18	24	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	136
	19	25	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	127
	20	25	M	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	137
	21	25	F	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	122
	22	25	F	SOLTERA	CIRUGIA	<1año	DDDD	137
	23	25	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	135
	24	24	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	141
	25	24	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	dDDD	138
	26	24	F	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	126
	27	24	F	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	129
	28	24	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	124
	29	25	F	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	136
	30	25	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	132
	31	25	M	SOLTERA	MED.INT	<1año	DDDD	136
	32	25	F	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	128
	33	26	F	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	141
	34	25	M	CASADO	GINECO	<1año	DDDD	136
	35	26	M	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	133
	36	25	F	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	131
	37	25	M	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	131
	38	24	F	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	136
	39	26	F	SOLTERA	GINECO	<1año	DDDD	129
	40	24	F	CASADA	GINECO	<1año	DDDD	134
internos de medicina 2018	1	23	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	140
	2	24	M	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	128
	3	24	M	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	AADA	158
	4	25	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	136
	5	26	m	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	119
	6	25	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDA	149
	7	27	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	111
	8	24	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	ADID	135
	9	27	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDdD	169
	10	25	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDI	138
	11	26	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	134
	12	23	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	115
	13	25	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	168

	14	24	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	136
	15	25	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	145
	16	25	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	140
	17	23	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDdD	136
	18	25	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	154
	19	26	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	IIII	140
	20	25	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	150
	21	24	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	154
	22	26	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	IIII	133
	23	24	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	143
	24	25	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	129
	25	25	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	133
	26	25	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	140
	27	25	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	135
	28	24	M	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	128
	29	28	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	136
	30	25	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	128
	31	25	M	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	121
	32	25	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	132
	33	25	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	124
	34	26	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	137
	35	25	M	SOLTERO	MED.INT	<3meses	dDDD	124
	36	25	M	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	128
	37	25	M	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	135
	38	26	M	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	137
	39	25	F	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	146
	40	25	F	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	125
	41	25	M	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	121
	42	27	M	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	126
	43	25	F	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	136
internas de enfermería	1	27	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDiD	129
	2	23	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	128
	3	24	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	126
	4	26	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	134
	5	24	F	SOLTERO	PEDIATRIA	<3meses	DDDD	136
	6	25	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	137
	7	23	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	124
	8	24	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	132
	9	25	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	134
	10	25	F	SOLTERO	CIRUGIA	<3meses	DDDD	129
	11	25	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	136
	12	26	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	138
	13	24	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	136
	14	25	F	SOLTERO	MED.INT	<3meses	DDDD	137
	15	25	F	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	141
	16	26	F	SOLTERO	EMG	<3meses	DDDD	137
	17	24	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	126
	18	24	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	128
	19	25	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	136
	20	24	F	SOLTERO	GINECO	<3meses	DDDD	135
internas de obstetricia	1	23	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	127
	2	24	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	136
	3	23	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	129
	4	24	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	135
	5	24	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	129
	6	26	F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	137

	7	23 F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	135
	8	24 F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	127
	9	25 F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	138
	10	25 F	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	136
obstetricas	1	46 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	151
	2	53 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	157
	3	51 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	154
	4	47 F	CASADA	GINECO	<10 AÑOS	DDDD	145
	5	53 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	150
	6	61 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	149
	7	49 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	138
	8	64 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	151
	9	50 F	CASADA	GINECO	<10 AÑOS	DDDD	139
	10	49 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	157
enfermeras	1	26 F	SOLTERO	PEDIATRIA	<1 AÑO	DDdD	164
	2	65 F	SOLTERO	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	145
	3	63 F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	154
	4	46 F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	145
	5	27 F	CASADA	PEDIATRIA	<1 AÑO	DDDD	150
	6	39 F	CASADA	PEDIATRIA	<5 AÑOS	DDDD	149
	7	53 F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	138
	8	51 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	151
	9	47 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	146
	10	53 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	147
	11	61 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	159
	12	49 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	162
	13	64 F	CASADA	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	143
	14	50 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	159
	15	62 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDA	156
	16	32 F	CASADA	MED.INT	<5 AÑOS	DDDD	169
	17	44 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	138
	18	37 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	134
	19	46 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	127
	20	27 F	CASADA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	138
	21	39 F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	136
	22	28 F	CASADA	GINECO	<1 AÑO	DDDD	151
	23	30 F	CASADA	GINECO	<5 AÑOS	DDDD	157
	24	29 F	CASADA	GINECO	<1 AÑO	DDDD	154
	25	32 F	CASADA	GINECO	<5 AÑOS	DDDD	145
	26	46 M	SOLTERO	EMG	>10 AÑOS	DDDD	145
	27	37 F	SOLTERA	EMG	<10 AÑOS	DDII	144
	28	61 F	CASADA	EMG	>10 AÑOS	DDDA	142
	29	32 F	CASADA	EMG	<5 AÑOS	DDdD	137
	30	55 F	CASADA	EMG	>10 AÑOS	DDDD	144
medicos residentes	1	32 M	SOLTERO	PEDIATRIA	<5 AÑOS	DDID	151
	2	35 M	CASADO	PEDIATRIA	<5 AÑOS	DDDD	138
	3	30 F	SOLTERA	PEDIATRIA	<1 AÑO	IIII	145
	4	29 M	CASADO	PEDIATRIA	<1 AÑO	DDDD	133
	5	32 M	SOLTERO	CIRUGIA	<1 AÑO	DDDD	132
	6	44 M	CASADO	CIRUGIA	<5 AÑOS	DDDD	140
	7	37 M	SOLTERO	CIRUGIA	<5 AÑOS	DDAA	159
	8	46 M	CASADO	CIRUGIA	<5 AÑOS	IIII	153
	9	27 M	CASADO	CIRUGIA	<1 AÑO	DDDD	139
	10	39 F	SOLTERA	MED.INT	<1 AÑO	DdDD	168
	11	28 F	CONVIVIENT	MED.INT	<1 AÑO	DDDD	151
	12	28 M	CASADO	MED.INT	<5 AÑOS	ADAD	155

	13	26	M	SOLTERO	MED.INT	<1 AÑO	DDDD	137
	14	29	F	SOLTERA	MED.INT	<5 AÑOS	IIII	146
	15	38	F	SOLTERA	MED.INT	<5 AÑOS	DDDD	163
	16	29	M	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	125
	17	38	M	CASADO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	147
	18	34	M	SOLTERO	GINECO	<5 AÑOS	DDDD	138
	19	41	M	CASADO	GINECO	<5 AÑOS	DDDD	145
medicos asistentes	1	56	F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	136
	2	52	F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	143
	3	28	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<1 AÑO	DDDD	141
	4	32	M	SOLTERO	PEDIATRIA	<1 AÑO	DDDD	146
	5	56	F	CASADA	PEDIATRIA	>10 AÑOS	DDDD	147
	6	54	M	CASADO	CIRUGIA	>10 AÑOS	DADD	159
	7	65	M	SOLTERO	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	162
	8	43	M	SOLTERO	CIRUGIA	>10 AÑOS	DDDD	143
	9	57	M	CASADO	CIRUGIA	> 10 AÑOS	DDDD	159
	10	45	M	CASADO	MED.INT	>10 AÑOS	AIII	150
	11	42	M	CASADO	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	146
	12	55	M	CASADO	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	145
	13	34	M	SOLTERO	MED.INT	<5 AÑOS	DDDD	142
	14	33	F	SOLTERA	MED.INT	>10 AÑOS	DDDD	138
	15	60	M	CASADO	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	142
	16	59	F	CASADA	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	146
	17	38	M	SOLTERO	GINECO	>10 AÑOS	DDDD	161
	18	31	M	SOLTERO	GINECO	<1 AÑO	DDDD	140
	19	60	M	CASADO	EMG	>10 AÑOS	DDDD	142
	20	32	F	SOLTERO	EMG	<5 AÑOS	DDDD	144
	21	56	M	CASADO	EMG	>10 AÑOS	DDDD	151
	22	54	M	CASADO	EMG	>10 AÑOS	DDDD	138

