

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



### Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

**Tesis presentada por el Bachiller:**

Renato Mauricio Oviedo Montoya

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**Asesor:** Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez

## Arequipa - Perú

## 2017

## DEDICATORIA

“Si no puedes volar entonces corre, si no puedes correr entonces camina, si no puedes caminar entonces arrástrate, pero hagas lo que hagas, sigue moviéndote hacia adelante”

Martin Luther King

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS .....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO II RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>DISCUSION .....</b>	<b>25</b>
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>43</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>44</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>45</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>
<b>ANEXO 1: PROYECTO DE INVESTIGACION .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO 2: INSTRUMENTO N°1.....</b>	<b>95</b>
<b>ANEXO 3: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS.....</b>	<b>100</b>

## RESUMEN

Los conductores de servicio público revelan significativamente una incidencia de indicadores psicopatológicos, ellos presentan una mayor incidencia de dimensiones sintomáticas psicopatológicas globales expresadas por la mayor severidad e intensidad de sufrimiento psicológico y psicosomático, mayor cantidad y síntomas varios, por lo que este trabajo busca determinar los Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017.

Investigación de campo de tipo descriptivo, prospectivo, explicativo y de corte transversal. Se utilizó como instrumento el inventario de síntomas SCL-90-R, mediante la recopilación y recolección de la información, se encuestaron a 136 choferes de transporte público.

Según grupo etario presentó, 18-27 años fue 1 conductor con trastornos mentales, 28-37 años fue 8, 38-47 años fue 6, 48-57 años fue 5, 58-67 años fue 2, más de 68 años fue 1; según grado de instrucción primaria 12, secundaria 7, superior 4; según lugar de procedencia Arequipa 15, otros 8; según estado civil soltero 2, casado 10, conviviente 4, divorciado 5; viudo 2; según horas de trabajo 8 horas 4, 12 horas 7, 16 horas 12, según años de trabajo menor de 5 años 10, 5-10 fue de 8, 10-15 fue de 3, más de 15 fue de 2, se halló presencia de las dimensiones psicopatológicas como somatización con un  $p < 0.001$ ; y depresión y ansiedad con un  $p < 0.002$ , entre los índices globales de dimensiones y escalas psicopatológicas, se presentó el índice global de severidad (IGS) con un  $p < 0.001$  altamente significativo; 1 Total de síntomas positivos (TSP) se muestra con un  $p < 0.001$  altamente significativo; y el Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se muestra con un  $p < 0.002$  altamente significativo.

Se concluyó entre las dimensiones y escalas psicopatológicas, se encontró alta significancia en depresión, ansiedad y somatizaciones, además encontrando resultados similares en las distintas dimensiones y escalas psicopatológicas

**Palabras clave:** Trastornos mentales, choferes, dimensiones psicopatológicas, depresión, ansiedad.

## ABSTRACT

Public service drivers significantly reveal an incidence of psychopathological indicators, they present a greater incidence of global psychopathological symptomatic dimensions expressed by the greater severity and intensity of psychological and psychosomatic suffering, more and various symptoms, and this work seeks to determine the Common Mental Disorders and sociodemographic characteristics in Public Transport Drivers Arequipa 2017.

Field research of descriptive, prospective, explanatory and cross-sectional type. The SCL-90-R symptom inventory was used as instrument, through the collection and collection of information, 136 public transportation drivers were surveyed.

According to age group presented, 18-27 years was 1 driver with mental disorders, 28-37 years was 8, 38-47 years was 6, 48-57 years was 5, 58-67 years was 2, more than 68 years was 1 ; According to the level of primary education 12, secondary 7, upper 4; According to place of provenance Arequipa 15, other 8; According to single marital status 2, married 10, partner 4, divorced 5; Widower 2; According to work hours 8 hours 4, 12 hours 7, 16 hours 12, according to years of work under 5 years 10, 5-10 was 8, 10-15 was 3, more than 15 was 2, presence was found Of psychopathological dimensions such as somatization with a  $p < 0.001$ ; And depression and anxiety with a  $p < 0.002$ , among the global indexes of dimensions and psychopathological scales, presented the overall severity index (GI) with a highly significant  $p < 0.001$ ; L Total positive symptoms (TSP) is shown with a highly significant  $p < 0.001$ ; And the Positive Symptomatic Discomfort Index (IMSP) is shown with a highly significant  $p < 0.002$ .

It was concluded between the dimensions and psychopathological scales, high significance was found in depression, anxiety and somatizations, also finding similar results in the different dimensions and psychopathological scales

**Keywords:** Mental disorders, drivers, psychopathological dimensions, depression, anxiety.

## INTRODUCCIÓN

Los conductores de servicio público revelan significativamente una incidencia de indicadores psicopatológicos, ellos presentan una mayor incidencia de dimensiones sintomáticas psicopatológicas globales expresadas por la mayor severidad e intensidad de sufrimiento psicológico y psicosomático, una mayor cantidad y variedad de síntomas, y un índice elevado de intensidad al percibir estos síntomas psicopatológicos; mayor proporción de indicadores específicos, tales como malestares de disfunción corporal vinculados con alteraciones neurovegetativas (somatización); conductas, pensamientos e impulsos absurdos e indeseados que les provocan angustia (obsesión compulsión); sentimientos de timidez, vergüenza, inferioridad y culpa; hipersensibilidad a las opiniones y actitudes de la gente (sensitividad interpersonal); indicadores de tensión e inestabilidad emocional y sus manifestaciones psicosomáticas (ansiedad); respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos, situaciones, que es irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca (ansiedad fóbica).

Por ello este estudio busca describir las dimensiones sintomáticas psicopatológicas globales y específicas, que caracterizan a los conductores de vehículos de servicio público, diagnosticar el índice sintomático psicopatológico general, el total de síntomas positivos, el índice de distrés de síntomas positivos; así como, las dimensiones específicas que revelan los diversos tipos de conductores.



## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta, mediante la recopilación y recolección de la información, observación directa del instrumento.

**Instrumentos:** Inventario de síntomas SCL-90-R

## 2. Campo de verificación

**Ubicación espacial:** Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

**Ubicación temporal:** El presente trabajo se llevó a cabo durante el mes de enero y febrero del 2017.

**Unidades de estudio:** Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

**Tipo de investigación:** Investigación de campo de tipo descriptivo, prospectivo, explicativo y de corte transversal realizada en conductores de Transporte Público Arequipa 2017



**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

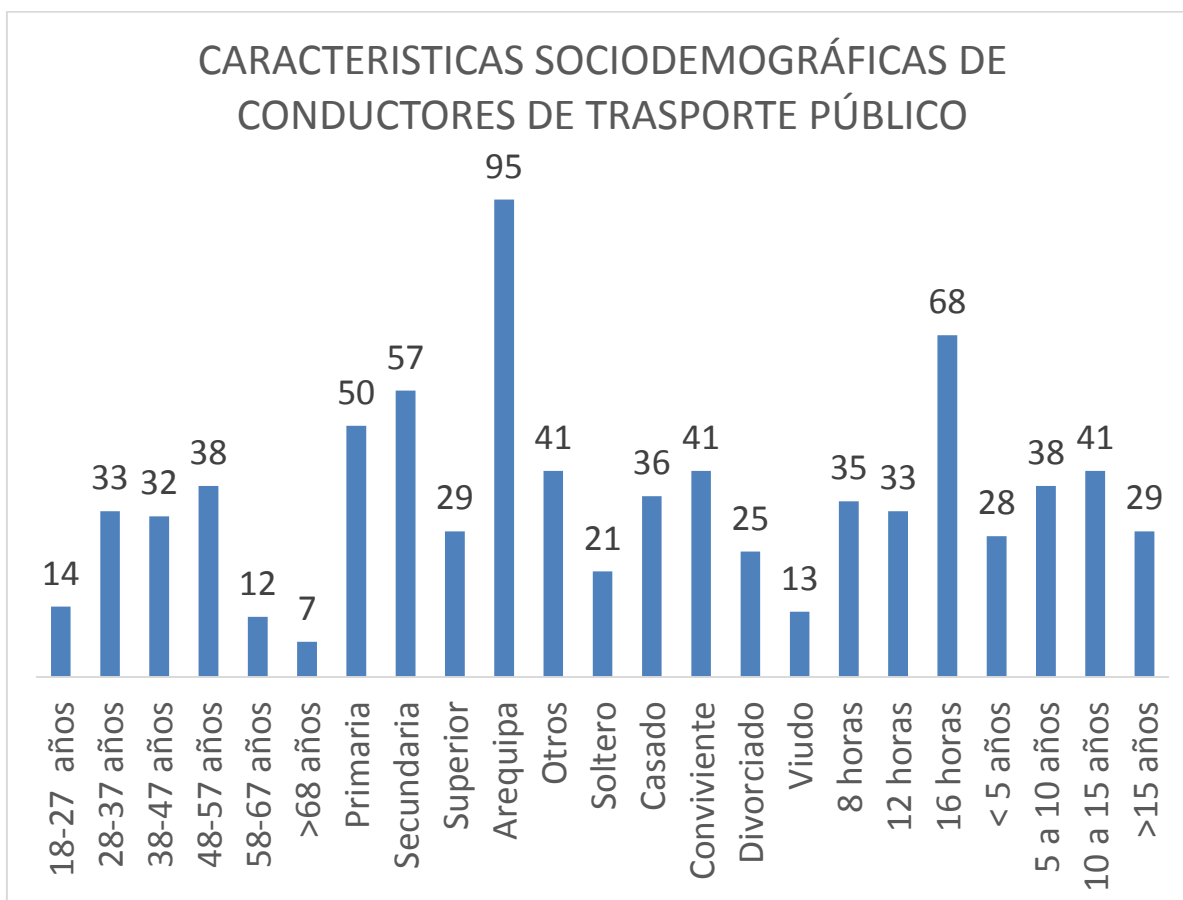
**Tabla N°1**

**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE CONDUCTORES DE  
TRANSPORTE PÚBLICO**

		<b>N° Choferes</b>
<b>Grupo etario</b>	18-27 años	14
	28-37 años	33
	38-47 años	32
	48-57 años	38
	58-67 años	12
	>68 años	7
	<b>Grado de instrucción</b>	Primaria
Secundaria		57
Superior		29
<b>Procedencia</b>	Arequipa	95
	Otros	41
<b>Estado Civil</b>	Soltero	21
	Casado	36
	Conviviente	41
	Divorciado	25
	Viudo	13
<b>Horas de trabajo</b>	8 horas	35
	12 horas	33
	16 horas	68
<b>Años de trabajo</b>	< 5 años	28
	5 a 10 años	38
	10 a 15 años	41
	>15 años	29

Fuente: Elaboración propia

Gráfico N°1



**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIDEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla N° 2**

		18-27a		28-37a		38-47a		48-57a		58-67a		>68a	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	11	8.1	29	21.3	25	18.4	30	22.1	6	4.4	6	4.4
	En riesgo	3	2.2	4	2.9	7	5.1	7	5.1	5	3.7	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	11	8.1	26	19.1	22	16.2	25	18.4	5	3.7	5	3.7
	En riesgo	3	2.2	6	4.4	9	6.6	12	8.8	7	5.1	2	1.5
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	12	8.8	26	19.1	22	16.2	33	24.3	6	4.4	5	3.7
	En riesgo	2	1.5	6	4.4	9	6.6	5	3.7	6	4.4	2	1.5
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>DEPRESION</b>	Normal	12	8.8	27	19.9	29	21.3	34	25.0	10	7.4	6	4.4
	En riesgo	2	1.5	5	3.7	3	2.2	4	2.9	2	1.5	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	12	8.8	27	19.9	23	16.9	31	22.8	7	5.1	4	2.9
	En riesgo	2	1.5	5	3.7	9	6.6	7	5.1	5	3.7	3	2.2
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	12	8.8	27	19.9	23	16.9	32	23.5	8	5.9	6	4.4
	En riesgo	2	1.5	5	3.7	8	5.9	5	3.7	4	2.9	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	13	9.6	30	22.1	25	18.4	34	25.0	10	7.4	6	4.4
	En riesgo	1	0.7	3	2.2	6	4.4	3	2.2	2	1.5	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	11	8.1	28	20.6	20	14.7	33	24.3	8	5.9	5	3.7
	En riesgo	2	1.5	3	2.2	10	7.4	4	2.9	3	2.2	1	0.7
	Pat. severa	1	0.7	2	1.5	2	1.5	1	0.7	1	0.7	1	0.7
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	11	8.1	25	18.4	26	19.1	32	23.5	9	6.6	6	4.4
	En riesgo	3	2.2	7	5.1	6	4.4	6	4.4	3	2.2	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS SEGÚN GRUPO ETAREO**

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°2 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas relacionadas con grupo etario donde se encontró presencia de patología severa en las nueve dimensiones de síntomas, distribuido en los diferentes grupos etarios, en ideación paranoide se encuentra la mayor cantidad de conductores en riesgo y con presencia de patología severa; choferes entre 18-27 años se presentó 2 pacientes de riesgo correspondiente al 1.5%, y 1 con presencia de patología severa, entre 28-37 años se presentó 3 pacientes de riesgo correspondiente al 2.2%, y 2 con presencia de patología severa con el 1.5%, entre 38-47 años se presentó 10 pacientes de riesgo correspondiente al 7.4%, y 2 con presencia de patología severa con 1.5%, entre 48-57 años se presentó 2 conductores de riesgo correspondiente al 1.5%, y 1 con presencia de patología severa, entre 58-67 años se presentó 3 conductores de riesgo correspondiente al 1.5%, y 1 con presencia de patología severa y en pacientes mayores de 68 años tanto 1 conductor con factores de riesgo como 1 con patología severa.

El grupo etario de 18 a 27 años presenta menor cantidad de conductores en riesgo y con presencia de patología severa respecto a los demás grupos y las dimensiones de síntomas, por otro lado el grupo de 38 a 47 años presenta mayor cantidad de conductores con riesgo en las diferentes dimensiones principalmente en ideación paranoide presentando 10 casos de riesgo, seguido por obsesivo compulsivo y sensibilidad personal, presentando 9 casos respectivamente, además choferes con presencia de patología severa en las dimensiones de obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, hostilidad y ansiedad fóbica, esto probablemente relacionado también a otros factores de la misma persona.

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla N° 3**

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS SEGÚN GRADO DE  
INSTRUCCION**

		Primaria		Secundaria		Superior	
		F	%	F	%	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	40	29.4	44	32.4	23	16.9
	En riesgo	9	6.6	12	8.8	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	35	25.7	36	26.5	23	16.9
	En riesgo	14	10.3	20	14.7	5	3.7
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	1	0.7
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	39	28.7	42	30.9	23	16.9
	En riesgo	10	7.4	14	10.3	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0
<b>DEPRESION</b>	Normal	43	31.6	49	36.0	26	19.1
	En riesgo	6	4.4	8	5.9	3	2.2
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	36	26.5	46	33.8	22	16.2
	En riesgo	13	9.6	11	8.1	7	5.1
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	39	28.7	48	35.3	21	15.4
	En riesgo	10	7.4	8	5.9	8	5.9
	Pat. severa	2	1.5	1	0.7	0	0.0
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	44	32.4	49	36.0	25	18.4
	En riesgo	6	4.4	7	5.1	3	2.2
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	39	28.7	45	33.1	21	15.4
	En riesgo	7	5.1	10	7.4	6	4.4
	Pat. severa	4	2.9	2	1.5	2	1.5
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	38	27.9	48	35.3	23	16.9
	En riesgo	11	8.1	9	6.6	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°3 muestra la relación entre dimensiones y escalas psicopatológicas frente a grado de instrucción, donde se observa que la mayor cantidad de alteraciones, tanto conductores en riesgo como con presencia de patología severa se encuentra en conductores quienes han culminado sus estudios hasta la escuela primaria, entre las dimensiones con más alteraciones se encuentran la ideación paranoide con 4 conductores con patología severa 2.9% y 7 en riesgo 5.1%, seguido de hostilidad con 2 conductores con patología severa 1.5 y 10 en riesgo 7.4%, ansiedad presentando 1 conductor con patología severa 0.7% y 13 en riesgo 9.6% y luego psicoticismo con 1 chofer con patología severa 0.7% y 11 en riesgo 8.1%.

Los choferes con estudios secundarios completos presentan más alteraciones en ideación paranoide con 2 conductores con patología severa 1.5% y 10 en riesgo 7.4%, seguido de somatización, obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, hostilidad y ansiedad fóbica en las cuales presenta 1 conductor con presencia de patología severa, presentando también 20 conductores en riesgo 14.7% en la dimensión de obsesivo compulsivo.

Los pacientes quienes han optado por llevar estudios superiores y técnicos se encuentra 2 choferes con patología severa 1.5% en la dimensión de ideación paranoide y 6 en riesgo 4.4%, seguidamente se encuentra 1 chofer con patología severa tanto en obsesivo compulsivo como en ansiedad fóbica 0.7% respectivamente.

Se puede observar diferencia entre las dimensiones que afectan a los choferes según su grado de instrucción, donde la mayor cantidad de pacientes con riesgo y con patología severa se encuentran en el grupo de pacientes con primaria completa.

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla N° 4**

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS SEGÚN LUGAR DE  
PROCEDENCIA**

		Arequipa		Otros	
		F	%	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	80	58.8	27	19.9
	En riesgo	14	10.3	13	9.6
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	67	49.3	27	19.9
	En riesgo	26	19.1	13	9.6
	Pat. severa	2	1.5	1	0.7
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	74	54.4	30	22.1
	En riesgo	20	14.7	10	7.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7
<b>DEPRESION</b>	Normal	88	64.7	30	22.1
	En riesgo	6	4.4	11	8.1
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	73	53.7	31	22.8
	En riesgo	21	15.4	10	7.4
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	84	61.8	24	17.6
	En riesgo	10	7.4	15	11.0
	Pat. severa	1	0.7	2	1.5
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	84	61.8	34	25.0
	En riesgo	10	7.4	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	74	54.4	31	22.8
	En riesgo	15	11.0	8	5.9
	Pat. severa	6	4.4	2	1.5
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	77	56.6	32	23.5
	En riesgo	17	12.5	9	6.6
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°4 muestra la relación entre dimensiones y escalas psicopatológicas frente a lugar de procedencia, los conductores procedentes de Arequipa presentaron en la dimensión de somatización 1 conductor 0.7% con patología severa y 14 conductores en riesgo 10.3%, en obsesivo compulsivo 2 conductores 1.5% con patología severa y 26 pacientes en riesgo 19.1% que es la dimensión con más choferes en riesgo, sensibilidad personal se encontró un chofer con patología severa 0.7% y 20 conductores 14.7% en riesgo, según depresión se presenta 1 chofer con patología severa y 6 pacientes 4.4% en riesgo, en ansiedad 21 conductores 15.4% en riesgo y uno con patología severa, conductores que presentan hostilidad se encontró 10 pacientes 7.4% en riesgo y uno con patología severa, en ansiedad fóbica 10 conductores en riesgo 7.4% y uno con patología severa, según ideación paranoide se encuentra a 6 choferes 4.4% que presentan patología severa, siendo la dimensión que abarca más pacientes con patología severa; y psicoticismo donde se encuentran 17 pacientes en riesgo 12.5% y uno con patología severa.

Según otros lugares de procedencia entre los cuales se encuentra Moquegua, Tacna, Lima e Ilo, se encuentra a 2 pacientes con patología severa tanto en ideación paranoide como en hostilidad, seguidamente por somatización, obsesiva compulsiva y ansiedad fóbica, presentando 1 chofer con patología severa respectivamente.

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIDEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla N° 5**

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS SEGÚN ESTADO CIVIL**

		Soltero		Casado		Conviviente		Divorciado		Viudo	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	17	12.5	29	21.3	31	22.8	20	14.7	10	7.4
	En riesgo	4	2.9	6	4.4	10	7.4	4	2.9	3	2.2
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.7	0	0.0
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	14	10.3	29	21.3	31	22.8	13	9.6	7	5.1
	En riesgo	6	4.4	6	4.4	10	7.4	11	8.1	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0	1	0.7	0	0.0
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	17	12.5	30	22.1	30	22.1	18	13.2	9	6.6
	En riesgo	4	2.9	5	3.7	10	7.4	7	5.1	4	2.9
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>DEPRESION</b>	Normal	19	14.0	31	22.8	36	26.5	20	14.7	12	8.8
	En riesgo	2	1.5	4	2.9	5	3.7	5	3.7	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	17	12.5	29	21.3	30	22.1	18	13.2	10	7.4
	En riesgo	4	2.9	6	4.4	11	8.1	7	5.1	3	2.2
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	19	14.0	25	18.4	38	27.9	17	12.5	9	6.6
	En riesgo	2	1.5	10	7.4	3	2.2	7	5.1	3	2.2
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	1	0.7	1	0.7
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	20	14.7	33	24.3	35	25.7	18	13.2	12	8.8
	En riesgo	1	0.7	2	1.5	5	3.7	7	5.1	1	0.7
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	18	13.2	23	16.9	34	25.0	19	14.0	11	8.1
	En riesgo	2	1.5	11	8.1	5	3.7	4	2.9	1	0.7
	Pat. severa	1	0.7	2	1.5	2	1.5	2	1.5	1	0.7
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	20	14.7	26	19.1	33	24.3	19	14.0	11	8.1
	En riesgo	1	0.7	9	6.6	8	5.9	6	4.4	2	1.5
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°5 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas relacionadas con estado civil se encontró presencia de patología severa en las nueve dimensiones de síntomas, distribuido en los diferentes grupos, en ideación paranoide se encuentra 2 conductores con patología severa en los grupos de casados, convivientes y divorciados; y se encuentra uno con patología severa 0.7% tanto en solteros como en viudos.

El grupo de conductores solteros presentan mayor alteración en la dimensión de obsesivo compulsivo, presentando 6 conductores en riesgo 4.4% y uno que presenta patología severa.

En el grupo de pacientes casados predomina el psicoticismo como conductores en riesgo con 9 choferes 6.6% luego de la ideación paranoide, luego se encuentran 6 choferes en riesgo tanto en la dimensión de somatización, obsesivo compulsivo y ansiedad.

Los choferes que conviven presentan menos conductores con patologías severas, se presentaron 2 en la dimensión de ideación paranoide y uno en ansiedad fóbica y sensibilidad interpersonal 0.7% respectivamente, como riesgo más importante se encuentra somatización, obsesivo compulsivo y sensibilidad interpersonal con 10 conductores de riesgo en cada uno.

El grupo de pacientes divorciados presenta mayor alteración en la dimensión de obsesivo compulsivo, encontrando 11 choferes en riesgo 8.1% y 1 chofer 0.7% con patología severa.

Los choferes viudos presentaron 1 conductor con patología severa tanto en ideación paranoide como en hostilidad.

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla Nº 6**

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLÓGICAS SEGÚN HORAS DE  
TRABAJO**

		8 horas		12 horas		16 horas	
		F	%	F	%	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	30	22.1	25	18.4	52	38.2
	En riesgo	5	3.7	7	5.1	15	11.0
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	25	18.4	19	14.0	50	36.8
	En riesgo	9	6.6	13	9.6	17	12.5
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	1	0.7
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	28	20.6	24	17.6	52	38.2
	En riesgo	6	4.4	9	6.6	15	11.0
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	1	0.7
<b>DEPRESION</b>	Normal	32	23.5	28	20.6	58	42.6
	En riesgo	3	2.2	5	3.7	9	6.6
	Pat. severa	0	0.0	0	0.0	1	0.7
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	27	19.9	27	19.9	50	36.8
	En riesgo	8	5.9	6	4.4	17	12.5
	Pat. severa	0	0.0	0	0.0	1	0.7
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	27	19.9	25	18.4	58	42.6
	En riesgo	7	5.1	8	5.9	10	7.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	1	0.7
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	33	24.3	26	19.1	59	43.4
	En riesgo	2	1.5	6	4.4	8	5.9
	Pat. severa	0	0.0	1	0.7	1	0.7
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	31	22.8	23	16.9	51	37.5
	En riesgo	3	2.2	7	5.1	13	9.6
	Pat. severa	1	0.7	3	2.2	4	2.9
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	30	22.1	22	16.2	57	41.9
	En riesgo	5	3.7	11	8.1	10	7.4
	Pat. severa	0	0.0	0	0.0	1	0.7

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°6 muestra la relación entre dimensiones y escalas psicopatológicas frente a horas de trabajo, podemos observar mayor cantidad de alteraciones tanto en riesgo como patología severa en el caso de turnos de 12 y de 16 horas, encontrándose en mayor proporción la dimensión de obsesivo compulsivo, turnos de 12 horas presentan en riesgo a 1 choferes 9.6% y como patología severa a 1 conductor 0.7%.

En la dimensión de ideación paranoide en turnos de 12 horas podemos encontrar a 7 conductores 5.1% en riesgo y a 3 conductores 2.2% con patología severa, además de 11 choferes en riesgo en la dimensión de psicoticismo 8.1%.

En los turnos de 16 horas que algunos choferes optan se encuentra gran cantidad de alteraciones tanto en las 9 dimensiones, se observa en la dimensión de somatización 15 choferes en riesgo 11% y 1 chofer 0.7% con patología severa, en obsesivo compulsivo 17 conductores 12.5% en riesgo y 1 con patología severa 0.7%; en sensibilidad interpersonal 15 conductores 11% en riesgo y 1 con patología severa 0.7%; depresión 9 en riesgo 6.6% y uno con patología severa, ansiedad 17 conductores en riesgo 12.5% y uno con patología severa; hostilidad 10 en riesgo 7.4%; ansiedad fóbica 8 en riesgo y uno con patología severa, ideación paranoide 13 en riesgo 9.6% y 4 presentan patología severa 2.9%; en psicoticismo 10 conductores 7.4% en riesgo y uno con patología severa.

**TRASTORNOS MENTALES COMUNES Y CARACTERÍSTICAS  
SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS CONDUCTORES DE TRANSPORTE  
PÚBLICO AREQUIPA 2017**

**Tabla N° 7**

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS SEGÚN AÑOS DE  
TRABAJO**

		<5años		5 a 10		10 a 15		>15	
		F	%	F	%	F	F	F	%
<b>SOMATIZACION</b>	Normal	24	17.6	32	23.5	33	24.3	18	13.2
	En riesgo	3	2.2	5	3.7	8	5.9	11	8.1
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>OBSESIVO - COMPULSIVO</b>	Normal	14	10.3	28	20.6	31	22.8	21	15.4
	En riesgo	13	9.6	9	6.6	9	6.6	8	5.9
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	1	0.7	0	0.0
<b>SENSITIVIDAD INTERPERSONAL</b>	Normal	22	16.2	29	21.3	30	22.1	23	16.9
	En riesgo	5	3.7	8	5.9	11	8.1	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>DEPRESION</b>	Normal	24	17.6	33	24.3	35	25.7	26	19.1
	En riesgo	3	2.2	5	3.7	6	4.4	3	2.2
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>ANSIEDAD</b>	Normal	15	11.0	30	22.1	36	26.5	23	16.9
	En riesgo	12	8.8	8	5.9	5	3.7	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0
<b>HOSTILIDAD</b>	Normal	18	13.2	34	25.0	33	24.3	23	16.9
	En riesgo	9	6.6	3	2.2	8	5.9	5	3.7
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0	1	0.7
<b>ANSIEDAD FOBICA</b>	Normal	24	17.6	32	23.5	34	25.0	28	20.6
	En riesgo	3	2.2	5	3.7	7	5.1	1	0.7
	Pat. severa	1	0.7	1	0.7	0	0.0	0	0.0
<b>IDEACION PARANOIDE</b>	Normal	20	14.7	25	18.4	35	25.7	25	18.4
	En riesgo	6	4.4	10	7.4	4	2.9	3	2.2
	Pat. severa	2	1.5	3	2.2	2	1.5	1	0.7
<b>PSICOTICISMO</b>	Normal	21	15.4	30	22.1	35	25.7	23	16.9
	En riesgo	6	4.4	8	5.9	6	4.4	6	4.4
	Pat. severa	1	0.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°7 muestra la relación entre dimensiones y escalas psicopatológicas frente a los años de trabajo, observamos la mayor cantidad de alteraciones tanto de riesgo como de patología severa en los choferes que llevan trabajando tanto menos de 5 años como aquellos que trabajan de 5 a 10 años en el transporte público.

Los choferes que vienen trabajando menos de 5 años presentan al menos una patología severa en cada dimensión de síntomas, y mayor cantidad de choferes en riesgo en la dimensión obsesivo compulsivo encontrándose 13 choferes 9.6%; y además 2 choferes con patología severa en ideación paranoide 1.5%.

Los choferes con un trabajo de entre 5 a 10 años presentan mayor patología severa en ideación paranoide, se encontraron 3 conductores 2.2%, y 10 conductores en riesgo.

En choferes con 10 a 15 años de trabajo se encontraron 2 conductores con patología severa 1.5% en la dimensión de ideación paranoide y 4 en riesgo, no presentando otra dimensión con patología severa además de 1 chofer con patología severa en obsesivo compulsivo. También presentan riesgo menor comparado con los demás conductores con más o menos años de trabajo.

Conductores con más de 15 años de servicio presentan patología severa en 1 chofer tanto en hostilidad como en ideación paranoide y un riesgo de 11 en somatización 8.1%.

Tabla N° 8

**DIMENSIONES Y ESCALAS PSICOPATOLOGICAS**

DIMEN. SINT. PSIC.	Min	Max	Hombres		P	d de cohen
			n=136			
			M	DS		
SOM	40	75	57,5	0,72	0,001	0,500
OBS	35	75	55.0	0,74	0,065	0,120
SI	30	75	52,5	0,69	0,001	0,200
DEP	35	75	55.0	0,80	0,002	0,500
ANS	35	75	55.0	0,75	0,002	0,300
HOS	30	75	52.5	0,69	0,165	0,090
FOB	35	75	55.0	0,68	0,322	0,120
PAR	30	75	52.5	0,86	0,055	0,150
PSIC	30	75	52.5	0,60	0,198	0,050

En la tabla N° 8 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas, donde existen dimensiones sintomáticas psicopatológicas con predominio en somatización con un p 0.001; depresión y ansiedad presentaron un p 0.002, de igual presentación el resto de dimensiones presentan sintomatología psicopatológica similar.

**Tabla N° 9**  
**INDICES GLOBALES**

INDICES GLOBALES	Min	Max	Hombres		P	d de cohen
			n=136			
			M	DS		
IGS	35	75	55,0	0,53	0,001	0,110
TSP	30	75	52,5	16,00	0,001	0,140
IMSP	30	75	52,5	0,41	0,002	0,198

La tabla N° 9 muestra los índices globales de dimensiones y escalas psicopatológicas, donde el Índice global de severidad (IGS) se muestra con un p 0.001 altamente significativo; el Total de síntomas positivos (TSP) se muestra con un p 0.001 altamente significativo; y el Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se muestra con un p 0.002 altamente significativo.



En el análisis de los accidentes de tránsito, se consideran cuatro elementos vinculados a causas principales: el vehículo, el diseño y estado de la vía, la normativa y la supervisión policial, y el comportamiento del conductor.

Este último, considerado como el factor humano aparece como la causa más probable en la mayor parte de los casos estudiados (Montoro, 2009)(1) y, en función de ella, se han considerado variables de tipo personal-biográfico, características de personalidad, así como aspectos emocionales y situacionales.

El estudio de los factores emocionales incluye observaciones en tres niveles: la experiencia subjetiva, que se relaciona con el rendimiento en actividades cognitivas superiores; las reacciones fisiológicas; y, lo comportamental. Las reacciones emocionales negativas se asocian con la pérdida de control sobre el sistema cognitivo y del comportamiento, lo que genera falta de percepción del riesgo, toma de decisiones arriesgadas, temeridad en la conducción y otros comportamientos inadecuados que pueden llevar a la siniestralidad (Bañuls., 2005)(2).

Las lesiones relacionadas con el tráfico son los principales contribuyentes a la carga de la enfermedad en todo el mundo. En los países en desarrollo, una alta proporción de ellos puede atribuirse a los vehículos de transporte público. Varios trastornos mentales incluyendo abuso de alcohol y drogas, trastornos psicóticos, estrés mental, presión de la productividad y bajos ingresos monetarios fueron predictores de altas tasas de lesiones

---

<sup>1</sup> Montoro, L., Carbonell, E., San Martín, J., & Tortosa, F. (Eds.) (2009). Seguridad Vial: del factor humano a las nuevas tecnologías. Madrid: Síntesis.

<sup>2</sup> Bañuls, R., Cano, A., Carbonell, E., & Tobal, J. (2005). Reacciones emocionales, diferencias individuales y tráfico.

relacionadas con el tráfico en conductores de transporte público. El objetivo de este estudio fue estimar los Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017 (3).

En la tabla N°2 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según grupo etario donde mostro que se presentó en patología severa en obsesivo compulsivo y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue mayor también en obsesivo compulsivo y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue mayor en obsesivo compulsivo, somatización y sensibilidad interpersonal y de manera similar en las otras dimensiones; con predominio de las patologías en el grupo etario de 28-67 años; al examinar otros estudios de Trastornos Mentales Comunes en Conductores de Transporte Público en Lima, se seleccionó sistemáticamente una muestra de conductores de autobús y de compañías formales de transporte público a edad total fue de 36,4 años, el 95,6% de la muestra, en otro estudio dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima, la muestra estuvo compuesta por 1,985 hombres con edades entre 18 y 76 años que conducen vehículos en Lima Metropolitana, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional (Hernández, 2010)(4) la edad promedio fue de 41 años, Evans, Johansson y Rydstedt (2005), en un estudio epidemiológico y psicofisiológico detectaron que conducir un autobús en el centro de una ciudad es sumamente estresante, genera tensión y riesgos serios para la salud. Demostraron que las mejoras en las condiciones de trabajo de los

---

<sup>3</sup> **L. Montoro, E. Carbonell, J. San Martín, & F. Tortosa.** Seguridad vial. Del factor humano a las nuevas tecnologías (pp. 225-235). Madrid.

<sup>4</sup> **Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010).** Metodología de la Investigación. (5ª ed.). McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. DE C.V.

conductores de autobuses tienen efectos positivos en la salud. Casullo (2004)<sup>(5)</sup>, en una investigación sobre los síntomas psicopatológicos con 760 adultos de ambos sexos, de 25 y 60 años, que residen en ámbitos urbanos, estableció que en tres dimensiones estudiadas (hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo) no existe diferencias según género, pero entre las mujeres de edades más avanzadas se encuentra el nivel más alto de síntomas psicóticos a diferencia de los varones de su misma edad y de los varones de 25 a 36 años, grupo donde los síntomas obsesivos compulsivos son más elevados.

López (2013)<sup>(6)</sup> en su artículo titulado, Trastornos Mentales Comunes como síntomas de estrés laboral, menciona que es hoy en día uno de los síntomas más frecuentes y características del estrés junto con anomalías tendentes a cuadros de ansiedad y sensibilidad interpersonal, depresiones más o menos esporádicas. En la mayoría de los casos el estrés tiene un origen laboral aunque una vez se manifiesta afecta a todo el universo personal y profesional del individuo, esto incluye su salud.

En la tabla N°3 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según grado de instrucción donde mostro que se presentó en patología severa de manera similar en todas las dimensiones; en presencia de las dimensiones fue mayor también en obsesivo compulsivo, somatización y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue mayor en obsesivo compulsivo y sensibilidad interpersonal y de manera similar en las otras dimensiones; con predominio de las patologías de las patologías en el grupo de grado de

---

<sup>5</sup> Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.

<sup>6</sup> López, MM Salas Revista Reflexiones Trastornos Mentales Comunes en Conductores de Transporte Público (2013), Radio Milenio. Editorial castolla, España.

instrucción secundaria años; al examinar otros estudios como Villareal (2009)(7) “Estrés laboral en conductores nueva evidencia“ publicado en Argentina, menciona que se puede afirmar que los trabajadores del sector del transporte público de pasajeros, son conocedores de los riesgos físicos y/o psíquicos que tienen que afrontar debido a las condiciones y medio ambiente en el que desarrollan su labor. Asimismo la mayor parte de ellos las acepta, como parte del costo que deben afrontar para trabajar en este sector. La investigación en Argentina, arrojo como dato, que una vez concluida la etapa laboral activa, no existe ningún tipo de conexión con el gremio, quienes son los primeros sabedores de las necesidades y carencias que tienen los jubilados del sector. Estrés afecta salud de conductores de transporte público de igual condición sin que afecte en algo la condición de su grado de instrucción o quizá porque la mayor parte de la población era de condición de secundaria completa; lo que al comparar con mi estudio presenta similitud en lo referente a esta variable.

En el estudio de dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de servicio público en Lima Metropolitana (Hernández, 2010)(4) se presentó con nivel de educación Secundaria 52.3 %, Superior 29.5 %, Técnica, 12.7 %, Primaria 5.2 % y 0.3 % declara no tener nivel de instrucción alguno, estuvo compuesta por 1,985 hombres se detectaron diferencias entre los choferes de servicio público respecto al grado de instrucción predominando los de grado de instrucción secundaria en las dimensiones depresión y psicoticismo, los segundos revelan vivencias de desánimo, desesperanza, impotencia y falta

---

<sup>7</sup> Villareal (2009). Psicobiología del Estrés. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

de energía (depresión) y síntomas que se refieren a sentimientos de soledad e incluso de alucinaciones y dificultades en el control del pensamiento (psicoticismo).

Todo lo percibido por los conductores de transporte público fue con el propósito de contribuir a las escasas investigaciones realizadas hasta el momento en temas de estrés laboral y promover programas de prevención en salud y seguridad ocupacional así como generar conciencia de sus diversas consecuencias en la calidad de vida de los conductores.

En la tabla N°4 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según lugar de nacimiento donde mostro que se presentó en patología severa en ideación paranoide y de manera similar en todas las dimensiones; en presencia de las dimensiones fue mayor también en obsesivo

En la tabla N°5 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según Estado civil donde mostro que se presentó en patología severa de manera similar en todas las dimensiones; en presencia de las dimensiones fue mayor en obsesivo compulsivo y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue mayor en obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad y de manera similar en las otras dimensiones; con predominio en los convivientes y casados.

El tema se ha abordado intensamente en el ámbito mundial. Gutiérrez, Sierra y Alfaro (2008) (8) estudiaron la presencia de las dimensiones psicopatológicas donde se mostró que la agresividad de los conductores en San Salvador, encontrando que los que brindan

---

<sup>8</sup> Gutiérrez, J., Sierra, J., & Alfaro, O. (2008). Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: Estudio de factores asociados. Proyecto de Cooperación Conjunta entre la Universidad de Granada (España) y la Universidad Tecnológica de El Salvador.

servicio público se caracterizan por presentar niveles elevados de depresión, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, entre otros rasgos psicopatológicos, a los que se suman claras expresiones de agresividad, hostilidad, y rasgos obsesivos. Deffenbacher, Deffenbacher, Lynch y Richards (2003)(9), comprobaron que la cólera como estado rasgo es un factor determinante de la agresividad al conducir; los que poseen cólera elevada son más agresivos y desarrollan comportamientos riesgosos en la conducción, en comparación con los de cólera baja.

En la tabla N°6 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según horas de trabajo donde mostro que se presentó en patología severa, de manera similar en todas las dimensiones; en presencia de las dimensiones fue mayor también en obsesivo compulsivo, somatización y sensibilidad interpersonal y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue mayor en obsesivo compulsivo, sensibilidad interpersonal, somatización y ansiedad y de manera similar en las otras dimensiones; con predominio de las patologías en los que trabajan más horas.

Según las últimas estimaciones de prevalencia de trastornos mentales en Lima, capital del Perú, la prevalencia puntual de cualquier trastorno psiquiátrico se estimó en el 23,5%, el 14,6% en cualquier trastorno de ansiedad y el 6,7% en trastornos depresivos. Todos estos

---

<sup>9</sup> Deffenbacher, J., Deffenbacher, D., Lynch, R., & Richards, T. (2003). La cólera, la agresión y el comportamiento riesgoso: Una comparación de conductores con alta y baja cólera. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 701-718.

trastornos se encontraron inversamente asociados con las horas de trabajo, entre más tiempo de trabajo mayores trastornos (10).

En el ámbito nacional, Ponce y Ecurra (2011) (11) realizaron un estudio en conductores de servicio público de Lima Metropolitana, encontraron que los conductores tienen un mayor conocimiento de las dificultades de la jornada laboral. Bielich (2009) (12), investigó sobre la problemática del tránsito limeño desde la perspectiva de las empresas de transporte público, cuya dinámica influye en el modo de funcionamiento del tránsito. En su hipótesis consideró que la manera de conducir es producto del sistema laboral en el que se encuentran y, que a su vez este, se relaciona con la poca presencia de trastornos mentales, sostiene que para ordenar el transporte público, es necesario una reforma total con empresas formales, planillas y salario fijo, además de eliminar muchas horas de trabajo.

Ponce, Bulnes, Aliaga, Delgado y Solís (2006) (13) investigaron los patrones de conducta en el contexto de tráfico, en un grupo de 740 conductores particulares y profesionales de Lima Metropolitana, hallando que los estilos de comportamiento para la conducción presentan trastornos mentales y aceptan el riesgo más con alto nivel de inseguridad.

---

<sup>10</sup> **Saavedra J (2002)** Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - Informe General Anales de Salud Mental 42.

<sup>11</sup> **Ponce, C. & Ecurra, M. (2011).** Actitudes hacia el consumo de alcohol en choferes particulares y de servicio público de Lima Metropolitana que se encuentran con la licencia de conducir retenida por infracciones al reglamento de tránsito. Revista Peruana de Drogodependencias DEVIDA, 7(1), 59-82.

<sup>12</sup> **Bielich, C. (2009).** La guerra del centavo: Una mirada actual al transporte público en Lima Metropolitana. Lima: Consorcio de Investigación económica y social, Instituto de Estudios Peruanos. Documento de trabajo, 155, Serie Económica, 49.

<sup>13</sup> **Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Delgado, E., & Solís, R. (2006).** Estudio Psicológico sobre los patrones de conducta en contextos de tráfico, en grupos de automovilistas particulares y profesionales de Lima Metropolitana. Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM, 9(2), 33-64.

También, se detectan diferencias entre los choferes de servicio privado y los de servicio público en las dimensiones depresión y psicoticismo, los segundos revelan vivencias de desánimo, desesperanza, impotencia y falta de energía (depresión) y síntomas que se refieren a sentimientos de soledad e incluso de alucinaciones y dificultades en el control del pensamiento (psicoticismo).

Los resultados permiten apreciar diferencias graduales de menor a mayor en las dimensiones hostilidad en los examinados, también trastornos en la ideación, suspicacia, miedo a perder autonomía y necesidad de control.

La falta de descanso adecuado trae problemas de salud en los choferes, pues deteriora variables psicomotoras y neuro cognitivas esenciales para mantener la vigilancia en las vía y reaccionar rápidamente ante cualquier riesgo. Además de trabajar más de las 8 horas reglamentarias, la especialista señaló que los choferes laboran bajo la presión de conseguir el mayor número de pasajero y de evitar las inspecciones policiales o municipales, explicó que según reglamento del servicio público de transporte urbano e interurbano de pasajeros de ómnibus, las concesionarias no podrán obligar, ni permitir que los conductores a su servicio trabajan al volante más de ocho horas consecutivas en un periodo de 24 horas.

En la tabla N°5 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas según años de trabajo donde mostro que se presentó en patología severa, en ideación paranoide y de manera similar en todas las dimensiones; en presencia de las dimensiones fue mayor en obsesivo compulsivo, somatización y de manera similar en las otras dimensiones; en riesgo fue de

manera similar en las otras dimensiones; con predominio de las patologías en los que trabajan de diez a más años.

Maldonado, Zavaleta y Salas (2005) (14) estudiaron a 400 conductores cuyas unidades recorren una ruta principal en Lima Metropolitana. A un grupo de ellos se les realizó una pesquisa de trastornos mentales obteniendo como resultado alto que y frecuente en esta población.

Bambarén (2004) (15), realizó un estudio en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, donde encontraron que el promedio de pacientes víctimas de accidentes de tránsito era 29 años, siendo los hombres los más afectados; el 42 % y la población en edad económicamente activa fue la más afectada. Rey de Castro, Gallo y Loureiro (2004) (16), con 238 conductores de ómnibus, hallaron que la somnolencia y el cansancio durante la conducción son frecuentes y su origen puede deberse a múltiples causas como privación aguda y crónica del sueño, rotación desordenada de horarios y trastornos del sueño de origen ambiental. Indicadores que respaldan la hipótesis de que hay una relación entre la fatiga y la somnolencia de los conductores y los trastornos mentales.

---

<sup>14</sup> **Maldonado, V., Zavaleta, A., & Salas, M. (2005).** Consumo de drogas ilegales y alcohol en conductores de transporte público del Cono Norte de Lima Metropolitana-Perú. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 4(1), 9-36.

<sup>15</sup> **Bambarén, C. (2004).** Características epidemiológicas y económicas de los casos de accidentes de tránsito atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *30 Revista de Medicina Herediana* 15(1).

<sup>16</sup> **Rey de Castro, J., Gallo, J., & Loureiro, H. (2004).** Cansancio y somnolencia en conductores de ómnibus y accidentes de carretera en el Perú: estudio cuantitativo. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(1), 11-18.

La Organización Mundial de la Salud OMS (2008) (17) en su documento de “La organización del trabajo y del estrés”, afirma que el interés por la salud mental, sus características y consecuencias se han incrementado en años recientes. El desempeño de muchas horas laboralmente es reconocido actualmente tanto como una amenaza para la salud de los trabajadores de diversos oficios como para el buen funcionamiento de las organizaciones en las que trabajan. Debido a los cambios generados por la globalización y las nuevas formas de trabajo, los trabajadores en los países en desarrollo deben hacer frente a un aumento en el estrés laboral.

La salud mental y el manejo de vehículos están íntimamente vinculados: el cansancio por las horas de trabajo modula en buena medida la forma de conducir de las personas y puede ser la causa de un número considerable de accidentes y además puede ocasionar efectos negativos en el conductor como generación de mayores niveles de hostilidad y de comportamientos competitivos; mayor tendencia a la impaciencia, toma de decisiones arriesgadas y conducción imprudente así como disminución de la concentración; y el efecto negativo que tiene el uso incontrolado de fármacos, alcohol u otras sustancias que se pueden utilizar para reducir el estrés.

El cambio de clima afecta a transportistas comentó que las temperaturas causan estrés en choferes y pasajeros y que el estrés incrementa la fatiga y quienes lo padecen presentan dificultades para conciliar el sueño, lo que incrementa el riesgo de accidentes al presentar durante el día periodos de somnolencia. Soledad Alvarado del hospital de la solidaridad

---

<sup>17</sup> **Organización Mundial de la Salud OMS (2008)**, Organización del trabajo y del estrés, publicado el 7 de mayo de 2008.

(Sisol) de Magdalena Ecuador, sostuvo que conducir un vehículo es una acción compleja que exige mucha concentración mental y física, y requiere de un estado de alerta y atención permanente. Revista Atlas (2013)

En la tabla N°8 muestra dimensiones y escalas psicopatológicas, donde existen dimensiones sintomáticas psicopatológicas con predominio en somatización con un  $p < 0.001$ ; ansiedad y depresión con un  $p < 0.002$ , de igual presentación el resto de dimensiones presentan sintomatología psicopatológica similar.

Los resultados sobre las dimensiones específicas, guardan relación con los hallazgos de Galovski y Blanchard (2002) (18) donde los choferes presentan mayores niveles de somatización; igualmente con los encontrados en mi estudio; los conductores presentan diferencia significativamente una menor incidencia de otros indicadores psicopatológicos. Los de servicio público, tienen una mayor incidencia de dimensiones sintomáticas psicopatológicas globales expresadas por la mayor severidad e intensidad de sufrimiento psicológico y psicosomático, una mayor cantidad y variedad de sintomatología, y un elevado índice de intensidad sintomática psicopatológica promedio; mayor proporción de indicadores específicos, tales como malestares de disfunción corporal vinculados con alteraciones neurovegetativas (somatización); conductas, pensamientos e impulsos absurdos e indeseados que les provocan angustia (obsesión compulsión); sentimientos de timidez, vergüenza, inferioridad y culpa; hipersensitividad a las opiniones y actitudes de la gente (sensitividad interpersonal); indicadores de tensión e inestabilidad emocional y sus

---

<sup>18</sup> Galovski, T. & Blanchard, E. B. (2002). The psychophysiology of aggressive drivers: Comparison to non-aggressive drivers and pre -to post- treatment change following a cognitive-behavioural treatment. Behavior Research and Therapy, 41, 1055-1067.

manifestaciones psicosomáticas (ansiedad); respuesta persistente de miedo a personas específicas, lugares, objetos, situaciones, que es irracional y desproporcionada con el estímulo que la provoca (ansiedad fóbica).

Los resultados que se aprecian revelan a nivel intragrupos que son los conductores los que presentan valores más elevados en las dimensiones sintomáticas psicopatológicas, entre todos los grupos examinados. Los indicadores se traducirían en numerosos síntomas físicos o de disfunción corporal (somatización); pensamientos e impulsos caracterizados por un ritualismo y preocupación por una idea o deseo único (obsesión-compulsión); incapacidad para percibir o escuchar adecuadamente, e interpretar cómo se sienten las personas en situaciones específicas (sensitividad interpersonal); sentimientos de tristeza, fracaso o desesperanza (depresión); estados de intensa excitación y nerviosismo, inquietud y zozobra del ánimo (ansiedad) y conductas y sentimientos de oposición, enemistad y antipatía (hostilidad). Asimismo, los síntomas encontrados evidencian un temor persistente, compulsivo e indebido asociados a objetos, animales, personas, fenómenos y situaciones (ansiedad fóbica); una tendencia a la suspicacia y desconfianza, sensación de que otros hablan acerca de ellos (ideación paranoide), a lo cual se agregan indicadores de vulnerabilidad por desarrollar conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía (psicoticismo).

Un aspecto importante es la cantidad, intensidad y variedad de dimensiones psicopatológicas que se revelan mediante la utilización del instrumento SCL-90 en los conductores examinados. En los conductores de servicio público son los, microbuseros y particulares los que presentan la mayor frecuencia de indicadores sintomáticos. Confirma,

parcialmente, lo señalado por Ponce et al. (2006)(19), quienes encontraron que los conductores de servicio público presentan estilos de comportamiento negativo, de alto riesgo, que implica peligro para la tranquilidad de los demás, especialmente en el caso de los choferes de servicio público. Estos datos también son coherentes con otros hallados por Ponce y Ecurra (2011), que indagaron acerca de las actitudes de los conductores hacia el consumo de alcohol, encontrando que los choferes de servicio público lo que ocasiona que no manifiesten mayores dificultades relacionados con la jornada de trabajo.

De acuerdo a la Junta de Castilla y León (2008) dimensiones psicopatológicas es un proceso en el que las demandas ambientales comprometen o superan la capacidad adaptativa de un organismo, que da lugar a cambios biológicos y psicológicos que pueden situar a la persona en riesgo de enfermedad. Esto implica un estado de activación del cuerpo para hacer frente a las exigencias de toda la vida. Cuando estas exigencias se refieren al ambiente laboral, el trabajador se siente desbordado al percibir un desequilibrio entre las exigencias del medio y su capacidad para dar respuestas a la situación.

La tabla N°9 muestra los índices globales de dimensiones y escalas psicopatológicas, donde el índice global de severidad (IGS) se muestra con un  $p < 0.001$  altamente significativo; el Total de síntomas positivos (TSP) se muestra con un  $p < 0.001$  altamente significativo; y el Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP) se muestra con un  $p < 0.002$  altamente significativo.

---

<sup>19</sup> **Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Delgado, E., & Solís, R. (2006).** Estudio Psicológico sobre los patrones de conducta en contextos de tráfico, en grupos de automovilistas particulares y profesionales de Lima Metropolitana. Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM, 9(2), 33-64.

Se compara las dimensiones del SCL-90-R de los grupos estudiados, se considera el índice sintomático general, el total de síntomas positivos, el índice de distrés de síntomas positivos y cinco de las nueve dimensiones específicas del SCL-90-R de Derogatis: somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, ansiedad y ansiedad fóbica, entre los conductores de servicio público.; Robles, Andreu y Peña, 2000; Schmitz et al., (2000) (20). Se aprecian diferencias significativas considerando los siete tipos de conductores que conforman la muestra examinada en los tres indicadores globales del cuestionario SCL-90-R: Índice sintomático general o global, Total de síntomas positivos e Índice de distrés de síntomas positivos. Los puntajes obtenidos revelan que presentan mayor intolerancia y magnitud de padecimiento psíquico y psicossomático (GSI), la mayor incidencia y variedad de síntomas (PST), y un elevado índice de distrés de síntomas positivos (PSDI). En el índice sintomático psicopatológico general (GSI), se detecta lo siguiente que los conductores particulares tienen un mayor índice psicopatológico general.

Con relación, a otro grupo se concluye que los conductores de servicio privado revelan una menor incidencia de indicadores sintomáticos psicopatológicos globales y específicos, en comparación con sus pares particulares y de servicio público que contrariamente presentan valores altos y significativos en el índice sintomático general, referido a la mayor intolerancia y magnitud del padecimiento psíquico y psicossomático; en el total de síntomas positivos, relacionado con la mayor incidencia y variedad de síntomas; y, en el índice de síntomas positivos que tiene que ver con un indicador significativo de acentuación sintomática psicopatológica promedio. Respecto a las dimensiones específicas, los que

---

<sup>20</sup> **Robles, J. I., Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2002).** SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 1-19.

prestan servicio privado registran puntajes bajos, frente a sus pares particulares y de servicio público, los cuales presentan valores altos que revelan incomodidades de alteración de la función normal corporal relacionado con perturbaciones neurovegetativas que los conductores expresan como síntomas cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorios (somatización); conductas que el conductor estima absurdas e inconvenientes que le provocan angustia en la medida que son difíciles de tolerar (obsesión-compulsión); sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad a las opiniones y actitudes ajenas y en general incomodidad en las relaciones interpersonales (sensitividad interpersonal); indicadores de tensión emocional y sus manifestaciones psicósomáticas que se expresan a través de la excitación, nerviosismo, intranquilidad y miedos (ansiedad), una respuesta persistente, compulsiva, indebida, que es en sí misma irracional y desproporcionada en comparación con el estímulo que la provoca (ansiedad fóbica). Asimismo, se detectan marcadas diferencias entre los conductores de servicio privado en comparación con sus pares de servicio público, los cuales alcanzan valores que implican sentimientos de tristeza, soledad, desánimo, fracaso, desesperanza, impotencia y falta de energía (depresión), a lo cual se agrega vulnerabilidad frente a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía, que engloba la tendencia a la conducta anormal del sujeto (psicoticismo).

La observación e incluso la experiencia nos llevan a deducir que cualquier conductor regular de vehículos maneja altos grados de ansiedad y estrés pues estos y el manejo de vehículos están íntimamente vinculados y modula en buena medida la forma de conducir de las personas y puede ser la causa de un número considerable de accidentes y además puede ocasionar efectos negativos en el conductor como generación de mayores niveles de

hostilidad y de comportamientos competitivos; mayor tendencia a la impaciencia, toma de decisiones arriesgadas y conducción imprudente así como disminución de la concentración; y el efecto negativo que tiene el uso incontrolado de fármacos, alcohol u otras sustancias que se pueden utilizar para reducir la fatiga mental.

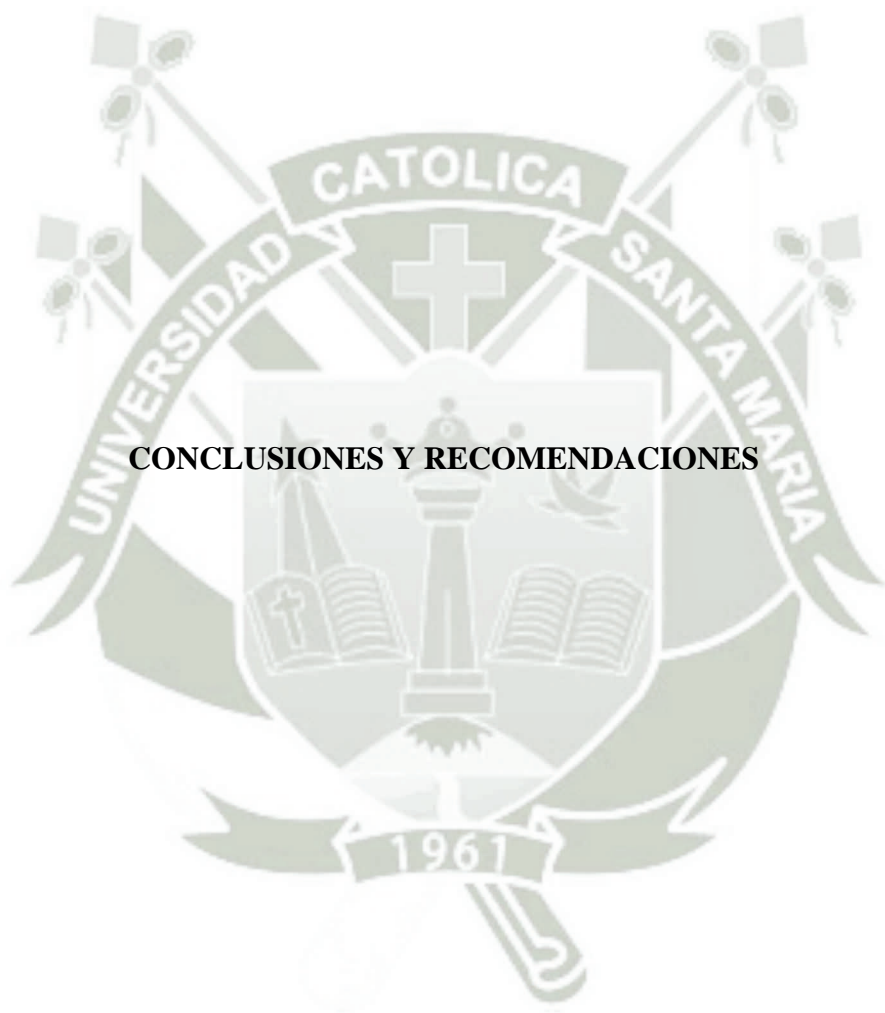
En la ciudad se observan las conductas en los conductores de transporte urbano y es por eso que los resultados obtenidos en el estudio fueron un hallazgo, pues contrasta con la lógica del contexto en el que los conductores de transporte urbano realizan su tarea diaria.

A pesar de los resultados obtenidos es importante prestar atención a este tema pues en algún momento los conductores de transporte público se verán afectados por los síntomas mayores que pueden provocar por lo que se considera necesario abordar este tema con los mismos.

Las correlaciones obtenidas de la aplicación del SCL-90-R a la muestra examinada, en mi estudio, muestran valores mayores al criterio propuesto por la teoría clásica de los tests (Magnusson, 2002; Tornimbeni, Pérez, Olaz y Fernández, 2004)<sup>(21)</sup> y, los coeficientes alfa de Cronbach presentan valores que pueden ser estimados como una medida adecuada de la confiabilidad, tanto en las nueve dimensiones primarias como en el total de la escala; resultados congruentes con los hallados en otras investigaciones realizadas con esta prueba.

---

<sup>21</sup> **Magnusson, D. (1972).** Teoría de los tests. México DF: Trillas. Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). Introducción a la psicometría (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós



## CONCLUSIONES

- PRIMERA: las características sociodemográficas de los conductores de transporte público Arequipa 2017 está conformado por varones, de una edad entre 28 y 57 años, con secundaria completa, conviviente, principalmente procedentes de Arequipa.
- SEGUNDA: entre las dimensiones y escalas psicopatológicas, se encontró alta significancia en depresión, ansiedad y somatizaciones, además encontrando resultados similares en las distintas dimensiones.
- TERCERA: Los índices globales de dimensiones y escalas psicopatológicas, donde el Índice global de severidad, el Total de síntomas positivos (TSP) y el Índice Malestar Sintomático Positivo (IMSP) muestran alta significancia.

## RECOMENDACIONES

- PRIMERA: es importante que las autoridades de salud como la Gerencia Regional de Salud Arequipa implementen programas de salud mental que beneficien a la población tanto en la información como la prevención de trastornos mentales en transporte público.
- SEGUNDA: se recomienda que se implemente programas como la propuesta de esta investigación a las facultades de medicina, para que llegue a los conductores tanto de transporte público como privado para prevenir la aparición de sintomatología mental.
- TERCERA: a los conductores de servicio público y a todas las instituciones que cuentan entre sus colaboradores a conductores de vehículos se les recomienda hacer una revisión sobre los horarios laborales para que estos no excedan la capacidad del trabajador.

## BIBLIOGRAFIA

1. Montoro, L., Carbonell, E., San Martín, J., & Tortosa, F. (Eds.) (2009). Seguridad Vial: del factor humano a las nuevas tecnologías. Madrid: Síntesis.
2. Bañuls, R., Cano, A., Carbonell, E., & Tobal, J. (2005). Reacciones emocionales, diferencias individuales y tráfico.
3. L. Montoro, E. Carbonell, J. San Martín, & F. Tortosa. Seguridad vial. Del factor humano a las nuevas tecnologías (pp. 225-235). Madrid.
4. Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. (5ª ed.). McGraw-Hill/ Interamericana Editores, S.A. DE C.V.
5. Casullo, M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social*, 6(1), 49-57.
6. López, MM Salas - *Revista Reflexiones Trastornos Mentales Comunes en Conductores de Transporte Público* (2013), Radio Milenio. Editorial castolla, España.
7. Villareal (2009). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.
8. Gutiérrez, J., Sierra, J., & Alfaro, O. (2008). Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: Estudio de factores asociados. Proyecto de Cooperación Conjunta entre la Universidad de Granada (España) y la Universidad Tecnológica de El Salvador.

9. Deffenbacher, J., Deffenbacher, D., Lynch, R., & Richards, T. (2003). La cólera, la agresión y el comportamiento riesgoso: Una comparación de conductores con alta y baja cólera. *Behaviour Research and Therapy*, 41(6), 701-718.
10. Saavedra J (2002) Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental - Informe General *Anales de Salud Mental* 42.
11. Ponce, C. & Escurra, M. (2011). Actitudes hacia el consumo de alcohol en choferes particulares y de servicio público de Lima Metropolitana que se encuentran con la licencia de conducir retenida por infracciones al reglamento de tránsito. *Revista Peruana de Drogodependencias DEVIDA*, 7(1), 59-82.
12. Bielich, C. (2009). La guerra del centavo: Una mirada actual al transporte público en Lima Metropolitana. Lima: Consorcio de Investigación económica y social, Instituto de Estudios Peruanos. Documento de trabajo, 155, Serie Económica, 49.
13. Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Delgado, E., & Solís, R. (2006). Estudio Psicológico sobre los patrones de conducta en contextos de tráfico, en grupos de automovilistas particulares y profesionales de Lima Metropolitana. *Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM*, 9(2), 33-64.
14. Maldonado, V., Zavaleta, A., & Salas, M. (2005). Consumo de drogas ilegales y alcohol en conductores de transporte público del Cono Norte de Lima Metropolitana-Perú. *Revista Peruana de Drogodependencias*, 4(1), 9-36.

15. Bambarén, C. (2004). Características epidemiológicas y económicas de los casos de accidentes de tránsito atendidos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. 30 Revista de Medicina Herediana 15(1).
16. Rey de Castro, J., Gallo, J., & Loureiro, H. (2004). Cansancio y somnolencia en conductores de ómnibus y accidentes de carretera en el Perú: estudio cuantitativo. Revista Panamericana de Salud Pública, 16(1), 11-18.
17. Organización Mundial de la Salud OMS (2008), Organización del trabajo y del estrés, publicado el 7 de mayo de 2008.
18. Galovski, T. & Blanchard, E. B. (2002). The psychophysiology off aggressive drivers: Comparison to non-aggressive drivers and pre -to post- treatment change following a cognitivebehavioural treatment. Behavior Research and Therapy, 41, 1055-1067.
19. Ponce, C., Bulnes, M., Aliaga, J., Delgado, E., & Solís, R. (2006). Estudio Psicológico sobre los patrones de conducta en contextos de tráfico, en grupos de automovilistas particulares y profesionales de Lima Metropolitana. Revista IIPSI. Facultad de Psicología UNMSM, 9(2), 33-64.
20. Robles, J. I., Andreu, J. M., & Peña, M. E. (2002). SCL-90-R: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2, 1-19.
21. Magnusson, D. (1972). Teoría de los tests. Méxiso DF: Trillas. Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). Introducción a la psicometría (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.





**ANEXO 1. PROYECTO DE INVESTIGACION**

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Programa Profesional de Medicina Humana



### Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

**Autor:**

Renato Mauricio Oviedo Montoya

Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional  
de Médico Cirujano

**Arequipa - Perú**

**2017**

## PREAMBULO

La preocupación excesiva y los síntomas físicos consecuencia de los altos niveles de tensión a los que está sometido el trabajador se traducen tanto en dificultades con su mismo trabajo, sino también con la posibilidad de descanso o esparcimiento.

Los conductores cada uno de ellos sufre o sufrirá un trastorno mental común en algún momento de su vida. Si no se trata, que es lo más común, hacen del trabajo una experiencia difícil y poco productiva. Los empleados que experimentan síntomas de ansiedad en el trabajo a menudo reportan problemas para concentrarse, fatiga excesiva, irritabilidad y menor productividad como resultado de tener que repetir el trabajo o corregir errores, así como evitar ciertas actividades. (22) Los conductores o choferes de transporte urbano público son reprobados en su actuar y criticados por su cinismo sin considerar las presiones ejercidas sobre ellos, la persecución de agentes viales y la falta de garantía a su trabajo. La conducción de transporte público urbano constituye uno de los oficios más estresantes. Los conductores de servicio público bajo el estrés, padecen enfermedades crónicas por lidiar con el tránsito durante horas interminables, prestar atención a varias puertas, simultáneamente, y además del maltrato que sufren frecuentemente debido a los problemas estructurales del servicio, que irritan a los pasajeros. (23)

---

<sup>22</sup> **Jaureguizar Joana, Espina Alberto** Enfermedad Física Crónica y familia. Editorial de Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras, London. (2011)

<sup>23</sup> **Revista Milenio**, artículo, Estrés en conductores provoca víctimas de transporte público, publicado el 19 de enero de 2013, página 6.

Pero, también es cierto que las condiciones en que se desempeñan los conductores de transporte público afecta la salud mental del más cuerdo. Constreñidos tras el volante durante horas interminables, compiten por el pasaje para cumplir con la cuota diaria, bajo el estrés constante de ser víctimas de la delincuencia, presencian a diaria actos violentos, y con la amenaza de la muerte más cercana y existe ello la probabilidad de presentar algún trastorno mental.

Muchas veces mientras nos dirigimos ya sea a nuestro hogar, lugar de trabajo, a visitar a algún familiar o a comprar, nos damos cuenta de conductas negativas que algunas veces tienen hacia quienes utilizamos sus servicios, pero no conocemos las preocupaciones, molestias y problemas por los cuales estén pasando, creando esto un ambiente de disconformidad entre el pasajero y los conductores.

## **I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

### **1) PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

#### **1.1. Enunciado del problema:**

¿Cuáles son los Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017?

#### **1.2. Descripción del problema:**

##### **1.2.1. Área de conocimiento:**

**General** : Ciencias de la Salud

**Específica** : Medicina

**Especialidad** : Psiquiatría

**Línea** : Salud mental

**1.2.2. Análisis y operacionalización de variables:**

VARIABLE	INDICADOR	VALOR	TIPO
Características Sociodemográficas	Edad Sexo Grado de instrucción  Estado civil Ocupación Lugar de nacimiento Lugar de procedencia	Años M-F Primaria Secundaria Superior C, S, V, Conviviente. Otra Arequipa, otra Arequipa, otra	Cuantitativa  Nominal
Trastornos mentales comunes	Cuestionario de 90 síntomas - SCL-90-R (Derogatis, 2002)	Dimensiones primarias <ul style="list-style-type: none"> <li>- Somatizaciones</li> <li>- Obsesiones y compulsiones</li> <li>- Sensitividad interpersonal</li> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad</li> <li>- Hostilidad</li> <li>- Ansiedad fóbica</li> <li>- Ideación paranoide</li> <li>- Psicoticismo</li> </ul> Índices globales de malestar psicológico <ul style="list-style-type: none"> <li>- Índice global de severidad (IGS)</li> <li>- Índice positivo de malestar (PSDI)</li> <li>- Total de síntomas positivos(TP)</li> </ul>	Cualitativa

### 1.2.3. Interrogantes básicas:

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017?
- b) ¿Cuáles son los patrones de síntomas globales clínicamente significativos en Conductores de Transporte Público Arequipa 2017?
- c) ¿Cuáles son las dimensiones clínicamente significativas en Conductores de Transporte Público Arequipa 2017?

### 1.2.4. Tipo de investigación:

Investigación de campo para ser realizada en Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

### 1.2.5. Nivel de Investigación:

Es un estudio de investigación de tipo descriptivo, prospectivo, explicativo y de corte transversal.

## 1.2 Justificación

Actualmente, los trastornos mentales están en toda la sociedad y son la causa de varios problemas más si una persona se siente amenazada en su seguridad, por el tipo de trabajo que desempeña, estos factores pueden ser internos como externos y es un mal que aqueja a la sociedad sin importar la nacionalidad que se tenga.

La mayor parte de conductores, no saben canalizar sus emociones, lo que viene a repercutir en una alteración nerviosa, que se manifiesta en su quehacer diario, todo esto causado por la inseguridad, por el trabajo rutinario y por la competencia que se tiene entre ellos mismos, lo que provoca accidentes de tránsito, perjudicando a las personas, agresiones entre ellos o enojos contra sus clientes u otros peatones. (24). Por ello este estudio que estudia a esta población es importante para determinar en estos trabajadores los trastornos mentales comunes que estos presentan en su desempeño laboral.

Esta realidad llevo a realizar este estudio donde se buscó la existencia de trastornos mentales, como resultado de vivir bajo la experiencia de ciertas condiciones como: trabajar por más de 8 horas, el conducir todo el día, atenerse a los insultos de las personas, el ruido de la ciudad, los constantes cambios de clima, la presión de llegar a una cuota establecida, el mantener un horario fijo, tener que

---

<sup>24</sup> **Morris, Charles G.** Revista Radiojai, pagina 30. Artículo de estrés y psicología de la salud. Publicado el 13 de noviembre de 2010.

“marcar tarjeta”, o tener que lidiar con “coimas” por parte de los policías de tránsito o que su transporte tenga algún desperfecto mecánico.

Los trastornos mentales pueden ser fuertes e impactantes en los conductores de servicio público, si no se saben manejar adecuadamente, pueden causar mucho daño en la persona que los experimente y también consecuencias colaterales en la familia y en círculo social que rodea al piloto de estos buses, por ello su importancia científica que brindara resultados de los trastornos mental presentes en este grupo humano.

Los principales problemas de esta rutina laboral son la ansiedad y la depresión, y se producen cuando la persona presenta un caso de estrés crónico, excesivo y se constituye en una enfermedad que altera la vida diaria, presente en hoy en día en nuestra sociedad.

Por tal razón se tomó la iniciativa de investigar este tema, ya que este grupo de trabajadores no ha sido estudiado desde esta problemática y siendo un grupo grande de personas que se dedican a esta forma de trabajo es factible realizarlo lo que permitirá conocer las causas y efectos de los trastornos mentales en los pilotos del transporte urbano de la ciudad de Arequipa.

## II. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1. DEPRESIÓN

#### 2.1.1. EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno depresivo mayor tiene una elevada prevalencia, 5% anual en la población general; 15 % de por vida. Si bien en un porcentaje alto de casos no llega a la consulta de psiquiatría (sólo el 10%). Esta prevalencia es mayor en mujeres que en hombres en una relación de hasta 2:1, las tentativas de suicidio en general son más frecuentes en mujeres, si bien el suicidio consumado lo es en varones. La media de edad de aparición se sitúa en los cuarenta años.

Como algunos factores de riesgo apuntaremos la pobreza, enfermedades crónicas (físicas y mentales), consumo de alcohol-tabaco, circunstancias laborales adversas, estado civil, estrés crónico, antecedentes familiares de depresión, rasgos desadaptativos de la personalidad, trastornos de ansiedad, migraña.(25)

#### 2.1.2. ETIOPATOGENIA

Siguiendo el modelo de otras patologías, hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, actúan una amplia serie de factores a lo largo de la vida que en un momento determinado pueden devenir en la aparición de síntomas depresivos.(26)

---

<sup>25</sup> **American Psychiatric Association. DSM-IV-TR.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002:575-9

<sup>26</sup> **Taylor D, Paton C, Kerwin R, London and Maudsley NHS Trust, Oxleas NHS Foundation Trust.** The Maudsley Prescribing Guidelines. 9a ed. London: Informa Healthcare.2007.

### a) FACTORES BIOLÓGICOS

Una de las explicaciones fundamentales y con correspondencia directa con los tratamientos biológicos que se han mostrado eficaces en la depresión, es la teoría de desregulación heterogénea de neurotransmisores (monoaminas), en torno a un déficit de transmisión a nivel de sinapsis neuronal serotoninérgico, noradrenérgico o dopaminérgico; explicación refrendada por la mejoría clínica que se produce al incidir aumentando la neurotransmisión a estos niveles. Otros factores neuroquímicos implicados son los sistemas de los neurotransmisores GABA y glutamato, que regulan la excitabilidad neuronal (de forma inhibitoria y excitatoria, respectivamente), y el papel en boga y aun escasamente conocido de los segundos mensajeros más allá de la sinapsis neuronal (condicionarán a nivel nuclear la expresión de unos péptidos o proteínas determinadas, que a su vez tendrán un efecto a nivel del sistema nervioso central). Todo esto se ve afectado asimismo por mecanismos de regulación neuroendocrina. Desde la neurofisiología se propone la hiperactivación neurofuncional asociada a disfunción vegetativa, con alteraciones en los ciclos del sueño y la participación de factores lumínicos en relación al núcleo supraquiasmático. También se ha resaltado la implicación de estructuras neuroanatómicas determinadas como el córtex prefrontal (funciones ejecutivas), el sistema límbico, ganglios basales e hipocampo.(27)

---

<sup>27</sup> Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6a ed. Barcelona: Masson. 2006:435-45.

## b) FACTORES GENÉTICOS

Estudios realizados en gemelos, en hijos adoptivos y en familias demuestran que algunos pacientes tienen predisposición genética a sufrir trastornos depresivos graves. La posibilidad de presentar algún trastorno del estado de ánimo entre parientes de primer grado es mayor, en comparación con los parientes de segundo grado. Las personas que manifiestan la enfermedad en etapas tempranas (que experimentan su primer episodio depresivo antes de los 40 años) tienen a presentar mayores factores de riesgo familiar que los que experimentan la enfermedad a edad mayor.<sup>(28)</sup>

## c). FACTORES PSICOSOCIALES

Circunstancias vitales y estrés ambiental: algunos acontecimientos que se han relacionado son: fallecimiento progenitores en edades tempranas, abusos, pérdida cónyuge, desempleo, ausencia de soporte social.

Factores de personalidad: existiría mayor vulnerabilidad a síntomas depresivos en personalidades anancásticas, histriónicas o límites respecto a otras estructuras.

Teorías cognitivas: relacionada con distorsiones cognitivas en personas proclives a la depresión (por mediación de esquemas depresógenos, moldes cognitivos que originarían percepciones alteradas de datos por experiencias tempranas del sujeto).

---

<sup>28</sup> **Elkin GAGUILAR O M.** Psiquiatría clínica Lange. 1st ed. México: McGraw-Hill Interamericana de México; 2000.

Teorías conductuales: por mecanismos de indefensión aprendida; una serie de acontecimientos externos adversos. Una serie de factores causales internos conllevarían la pérdida de autoestima.

Teorías psicodinámicas: ante la vivencia de una pérdida, real o imaginaria, el yo claudica ante la misma (clásico aforismo de que “la sombra del objeto cae sobre el yo”). La libido anteriormente fijada en el objeto se ve desprovista del mismo, produciéndose la introyección de este objeto ausente.(29)

### 2.1.3. CLÍNICA

Considerar como síntomas nucleares la tristeza vital y anhedonia (incapacidad o disminución de disfrute de actividades previamente placenteras).

Es fundamental diferenciar entre tristeza vital normal y tristeza vital patológica. Se marca esta diferencia valorando la afectación sociolaboral existente y la desproporción entre el estímulo desencadenante identificable e intensidad y duración de los síntomas presentes. Los procesos de duelo no deben confundirse con cuadros depresivos sin más porque la actitud psicoterapéutica y farmacológica es diferente. El contacto del paciente depresivo tiene una serie de características posibles como la facies triste, una apariencia descuidada, un curso bradipsíquico, disminución de la reactividad en entrevista; o incluso mantener una actitud irritable con el entrevistador. Puede aparecer inhibición psicomotriz y más rara-

---

<sup>29</sup> **Kaplan HI, Sadock BJ.** Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9a ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.

mente agitación, más propio de las melancolías involutivas y ancianos, y puede dar lugar a dificultades diagnósticas.<sup>(30)</sup>

Entre los síntomas somáticos destaca el insomnio, de conciliación (suele relacionarse con trasfondo ansioso, reactivo) o de mantenimiento (el despertar precoz es propio de la depresión melancólica), la disminución del apetito y peso, la disminución de la libido y la astenia o anergia. Como síntomas afectivos, además de la anhedonia, aparecen la apatía (desinterés por el medio), la abulia (falta de iniciativa para emprender actividades), la desesperanza vital y la irritabilidad (en ocasiones es lo que predomina, y puede ser compartida por cuadros hipomaníacos). Entre los síntomas cognitivos; es frecuente el déficit en atención/concentración. Sobre la ideación suicida, se debe explorar la existencia de ideas de muerte (al paciente no le importaría desaparecer) frente a ideas suicidas estructuradas o no (considerando grado de planificación, método considerado, y factores protectores).<sup>(31)</sup>

#### 2.1.4. DIAGNÓSTICO

Los criterios diagnósticos están especificados en CIE 10 y DSM IV. En los mismos se califican los episodios depresivos en función del número de síntomas, de menor a mayor gravedad, a diferencia de las clasificaciones más clínicas o

---

<sup>30</sup> **Psiquiatría clínica. 9a ed.** Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-76.

<sup>31</sup> **Organización Mundial de la Salud.** CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10a ed. Ginebra. 275-6.

fenomenológicas que expusimos previamente. Esto implica calificar un episodio depresivo como leve, moderado o grave y con o sin síntomas psicóticos.(32)

Existen diferentes escalas para evaluar la depresión, teniendo dichas escalas un valor orientativo y en todo caso, útiles para investigación. Estas escalas en ningún caso deberían sustituir el diagnóstico clínico, que se basa en la entrevista clínica. Identificar una serie de síntomas diana determinados permite orientar la terapéutica en torno a los mismos y su curso (psicoterapia, perfiles farmacológicos).(33)

## 2.2. ANSIEDAD

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta de anticipación involuntaria del organismo frente a estímulos que pueden ser externos o internos, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como amenazantes y peligrosos, y se acompaña de un sentimiento desagradable o de síntomas somáticos de tensión. Se trata de una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.(34)

La ansiedad adaptativa o no patológica es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y constituye una respuesta habitual a

---

<sup>32</sup> **Stahl SM.** *Stahl' essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications.* Cambridge University Press. 2008.

<sup>33</sup> **Palomo T, Jiménez Arriero MA.** *Manual de psiquiatría.* Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009:325-43.

<sup>34</sup> **Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.** Agencia Laín Entralgo. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS N° 2006/10.

diferentes situaciones cotidianas estresantes. Por lo tanto, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias o demandas del medio ambiente. Únicamente cuando sobrepasa cierta intensidad, en los que se desequilibra los sistemas que ponen en marcha la respuesta normal de ansiedad, o se supera la capacidad adaptativa entre el individuo y el medio ambiente, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo, con síntomas físicos, psicológicos y conductuales, la mayoría de las veces muy inespecíficos.(34)

#### a) Síntomas

Cuando la ansiedad se convierte en patológica provoca malestar significativo, con síntomas que afectan tanto al plano físico como al conductual y psicológico, entre los que cabe destacar:

##### Físicos

- Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.
- Neuromusculares: temblores, tensión muscular, cefaleas, parestesias
- Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.
- Respiratorios: disnea.
- Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.
- Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual.

##### Psicológicos y conductuales

- Aprensión, preocupación.

- Sensación de agobio.
- Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.
- Dificultad de concentración, sensación de pérdida de memoria.
- Inquietud, irritabilidad, desasosiego.
- Conductas de evitación de determinadas situaciones.
- Inhibición o bloqueo psicomotor.
- Obsesiones o compulsiones.(34)

### 2.3. FOBIAS

En el caso de las fobias, los síntomas aparecen al exponerse o anticiparse al estímulo, lo que generalmente conlleva conductas evitativas a esta situación ansiógena. Para su estudio, las fobias pueden agruparse en tres conjuntos con características distintas: agorafobias, fobias específicas y fobias sociales.

- Agorafobia. Es la más frecuente (60%). Según la APA, consiste en evitar situaciones de las que podría resultar difícil escapar, o en las que no se podría disponer de ayuda en caso de padecer angustia. De manera característica, el paciente teme salir de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, cruzar un puente o viajar en autobús, tren o automóvil, y precisan de acompañantes para los desplazamientos (35). Puede aparecer como entidad independiente, pero en más de un 75% de las veces acompaña a un trastorno de angustia (36). La psiquiatría norteamericana sostiene que la agorafobia casi siempre representa una complicación del trastorno de angustia, mientras que la psiquiatría europea afirma que

---

<sup>35</sup> **American Psychiatric Association.** DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2003.

<sup>36</sup> **Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, et al.** Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 291-301.

es un trastorno propio que puede seguir, o no, al inicio de las crisis de angustia (37).

- Fobia específica. La angustia se desplaza hacia un estímulo concreto. El grado de afectación depende de la medida en que se pueda realmente evitar el objeto de la fobia. Algunos pacientes con fobia a la sangre y a las heridas en vez de manifestar una activación característica del sistema nervioso para la huida, se paralizan o se desmayan por una caída brusca de la presión arterial (38).

- Fobia social. Existe una angustia intensa y persistente ante situaciones donde el paciente se siente observado por personas desconocidas, o que precisan de una interacción social o una actuación en público. La persona teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de angustia) que resulte humillante o embarazoso. El DSM-IV-TR<sup>6</sup> permite distinguir la fobia social generalizada si los temores hacen referencia a la mayoría de situaciones sociales, considerando también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación. Diversos estudios indican que el subtipo generalizado, frente al circunscrito (p. ej., fobia a hablar en público), es más grave y ocasiona un malestar mayor, muestra una menor reactividad cardíaca, una mayor asociación con antecedentes de timidez en la infancia y una menor respuesta a la terapia cognitiva-conductual típica (39).

---

<sup>37</sup> OMS. International statistical classification of diseases and related health problems. 10ª rev. Ginebra: OMS; 1992.

<sup>38</sup> Harvey AG, Rapee RM. Fobia específica. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 415-29.

<sup>39</sup> Chavira DA, Stein MB. Fenomenología de la fobia social. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 351-64.

## 2.4. ESTRÉS

### 2.4.1. DEFINICIÓN Y DEBATE CONCEPTUAL

Las clasificaciones internacionales recogen la influencia de los hechos estresantes sobre el ser humano distinguiendo entre varias entidades: la reacción a estrés agudo, el trastorno de estrés postraumático y la transformación persistente de personalidad tras hecho catastrófico.

- Reacción a estrés agudo (CIE-10) / Trastorno por estrés agudo REA (DSM-IV-TR). La CIE-10 defiende una tesis “normalizadora” en la que conceptualiza estas reacciones como un estado transitorio tras un hecho amenazante extremo, que dura unos días (a lo sumo dos-tres) y en los que lo que predominaría sería un estado de shock o aturdimiento. Recoge así lo que los estudios señalan que constituye la respuesta más frecuente a situaciones extremas. El DSM-IV-TR en cambio, habla de trastorno y no de reacción, prolonga su posible duración hasta las cuatro semanas, sólo incluye las amenazas de carácter físico y no considera las psicológicas (lo que resulta incoherente con que si acepta el estrés vicario, es decir, el producido por oír hablar o contemplar hechos que suceden en otros), y define criterios diagnósticos que son paralelos a los del trastorno de estrés postraumático, excepto en el hecho de que contemplan con especial relevancia los síntomas disociativos (embotamiento, ausencia, desrealización, amnesia, despersonalización...), que en el diagnóstico de TEPT quedan subsumidos dentro de una categoría más amplia de “síntomas de evitación”. En suma, mientras para la CIE-10 se trata de una reacción aguda de ansiedad transitoria, para el DSM-IV-TR

el trastorno por estrés agudo es un precursor del TEPT, y requiere por tanto de síntomas de reexperimentación, evitación acusada de recuerdos del trauma y experimentar malestar significativo o deterioro en el funcionamiento.(40)

- Trastorno de estrés postraumático TEPT. Entendido como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento extremo, definido por la CIE-10 como aquel que “causaría por sí mismo malestar generalizado en casi todo el mundo y por el DSM-IV-TR como “una amenaza a la integridad física de la persona o los demás, vivida con temor, desesperanza u horror intensos”.

Ambos sistemas diagnósticos consideran que existen tres grupos de síntomas:

- a. De re-experimentación o intrusivos
- b. De evitación persistente y embotamiento
- c. De aumento de activación

Además, el DSM-IV-TR requiere que haya un malestar clínico significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona.(41)

#### 2.4.2. EPIDEMIOLOGÍA

Existe una notable controversia respecto a la prevalencia en población general y en grupos específicos de población del REA y el TEPT. Los datos indican que mientras la mayoría de la población general ha pasado por experiencias

<sup>40</sup> Shalev AY. Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma? *Psychiatry* 2004; 67: 174-7.

<sup>41</sup> McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, et al. Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological Medicine* 2001; 31 (7): 1249-57

traumáticas, y aunque inicialmente un porcentaje importante puedan presentar uno o más síntomas, estos desaparecen a las pocas semanas y son pocos los que desarrollan TEPT.

Estos datos, unidos a los de los estudios transversales, apoyarían la idea de que la mayoría de estos síntomas constituyen una adaptación normal del cuerpo humano ante una agresión externa de extrema gravedad y que su medicalización, en estas primeras fases, es un error. Esto no significa que no existiría un grupo variable de personas en que los síntomas se cronificarían, bien por el tipo de agresión y sus connotaciones, bien por la respuesta del medio (de rechazo, estigmatización o aislamiento), pudiendo llegar a ser invalidantes.<sup>(42)</sup>

- **Reacciones de adaptación.** Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. Las manifestaciones clínicas son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. Ninguno de los síntomas es por sí solo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del

---

<sup>42</sup> **Silove D, Steel Z, Waltters C, et al.** Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. JAMA 2000; 284: 604-11.

cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses.(43)

- **Reacción a estrés agudo.** Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un periodo inicial, un estado de “embotamiento” con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.(43)

- **Trastorno de estrés postraumático.** Las características típicas del trastorno de estrés post-traumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de

---

<sup>43</sup> **Organización Mundial de la Salud.** Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002.

actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez. Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.(44)

**- Transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.**

Clara evidencia de un cambio definido y duradero del modo como el enfermo percibe, se relaciona o piensa sobre el entorno y sí mismo, presente durante un mínimo de dos años y no atribuible a un trastorno de personalidad pre-existente. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (p. ej., secuestro,

---

<sup>44</sup> **American Psychiatric Association.** Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Barcelona: Ars Medica; 2006

cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). La transformación de la personalidad debe ser significativa y acompañarse de un comportamiento rígido y desadaptativo, que llevan a un deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral, y que no estaba presente antes de la experiencia patógena. Las transformaciones duraderas de la personalidad deberán ser diagnosticadas únicamente cuando el cambio constituya una manera de ser permanente y diferente, cuya etiología pueda referirse a una experiencia profunda y existencialmente extrema. Puede aparecer: a) actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo; b) aislamiento social; c) sentimientos de vacío o desesperanza; d) sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado; e) vivencia de extrañeza de sí mismo.(44)

### 2.4.3 Estresores

Todo momento o situación a la que una persona pueda enfrentarse dentro del medio ambiente externo puede ser un factor muy fuerte como estresor. La respuesta al estrés es el esfuerzo del cuerpo por adaptarse con mayor precisión, para mantener la homeostasis. Se experimentará el estrés cuando no se pueda mantener o recuperar este equilibrio personal (homeostasis). Si no se percibe una amenaza externa, no hay necesidad de adoptar una postura de adaptación y no puede haber estrés; debido a que casi cualquier situación o cosa puede producir una respuesta, se desprende también que casi cualquier situación o cosa puede convertirse en un estresor. Por esta razón es imposible elaborar una lista finita de estresores y decir que se evitarían para llevar una vida libre de estrés. Sin embargo, algunas

condiciones externas tienen mucha mayor probabilidad de operar como estresores que otras.<sup>(45)</sup>

#### a) **Estresores del Medio Ambiente**

- **Espacio Físico**

Poulton (2009) (26), dice que el ambiente físico comprende todas las posibilidades, desde el estacionamiento situado a la salida de la fábrica hasta la ubicación y el diseño del edificio. Sin mencionar otros como la luminosidad y el ruido que llegan hasta el lugar de trabajo de cada persona. Y en el propio lugar de trabajo otros aspectos físicos pueden ocasionar malestar y frustración. En un estudio realizado por Poulton en empresas dice que, se considera que la ventilación es lo más importante así como la calefacción y el sistema de aire acondicionado.

Otra causa frecuente de malestar la constituyen el número, la ubicación y las condiciones de los servicios sanitarios por mencionar algunos.

- **Iluminación.**

El sentido común se dice que la calidad del trabajo disminuye cuando no hay luz suficiente. Por otra parte, se sabe que si una iluminación defectuosa se prolonga largo tiempo, el sujeto puede sufrir trastornos visuales. Al hablar de este tema se

---

<sup>45</sup> **Anchorena, María Noel.** Estrés laboral la integración de mindfulness en el trabajo. Barcelona España. 2012

debe dar prioridad a varios factores muy importantes como lo es: intensidad, distribución, resplandor y la naturaleza de la fuente luminosa.

La intensidad o grado de brillantez, es el factor que más a menudo se relaciona con la iluminación. No obstante, aún no se sabe hasta qué punto una buena iluminación contribuye al rendimiento. Sin duda el nivel óptimo depende de la índole de la tarea que va a ejecutarse, en el caso de los conductores de rutas urbanas la falta de una buena iluminación si se desempeña por la noche puede afectar en los aspectos señalados con anterioridad.(45)

- **Ruido**

El ruido se considera un sonido o barullo indeseable. Todavía no se sabe con certeza si merma la eficiencia del conductor. La unidad básica para medir el ruido es el decibel. Desde el punto de vista psicológico, es la medida de la intensidad subjetiva del sonido.

Se sabe que ciertas intensidades pueden dañar el oído. Así, si un conductor diariamente oye sonidos de cierto nivel de decibeles durante largo tiempo, sin duda terminará por sufrir pérdida de la audición.(45)

- **Color**

El color es otro aspecto muy importante de relajación, así tenemos a:

Poulton (2009) (25), quien afirma que el color eleva la producción, aminora accidentes y errores, mejora la moral, el color puede crear un ambiente laboral más

agradable y mejorar la seguridad a la hora de conducir un vehículo. Con el color también se evita la fatiga visual, puesto que cada matiz tiene diferentes propiedades de reflexión.

Los colores pueden crear ilusiones ópticas de tamaño y temperatura. Las paredes pintadas de colores claros comunican la sensación de mayor amplitud y apertura, lo que permite al conductor sentirse más seguro en la ruta.

- **Música**

Poulton (2009) (46), afirma que otro factor muy importante en el tratamiento del estrés, aunque al parecer carece de confirmación es la hipótesis de que con música se eleva la productividad en tipo de trabajo. El efecto de ella depende de la índole de las labores. Según datos de investigación, con la música se incrementa la productividad en tareas bastante sencillas, repetidas y que no requieran unidades de corta duración, en consecuencia, posiblemente la música se convierte en el foco de atención y hace que la jornada transcurra en forma más rápida y grata en esto los conductores no son la excepción.

La eficacia de la música depende igualmente del tipo de música. Se dan diferencias individuales respecto a las preferencias musicales, y llama la atención que la generalidad de los conductores de transporte urbano, escuchan durante su jornada laboral, música que está lejos de ser relajante, esto se debe a que necesitan mantenerse en estado de alerta y la música ruidosa logra dicho objetivo.

---

<sup>46</sup> **Poulton (2009)** Educación de la salud y de las emociones. Editorial troulnes, España

- **Temperatura y Humedad.**

Poulton (2009) (46), Afirma que otro factor relevante y una de las condiciones ambientales importantes es la temperatura. Por otro lado, la humedad es consecuencia del alto grado de contenido higrométrico del aire. Los efectos que la temperatura y humedad tienen en nuestro estado de ánimo, nuestra capacidad de trabajo e incluso en nuestro bienestar físico y mental. El estado del tiempo y la temperatura afectan en forma diferente, para los conductores realizar su horario de trabajo o su turno, es más agotador cuando la temperatura es alta y la humedad también.

El cuerpo humano se adapta a muchas circunstancias. Puede soportar temperaturas extremadamente altas y mantener la capacidad de trabajo en días calurosos y húmedos durante largos períodos.

- **Vibración y Movimiento**

Poulton (2009) (46), dice que la vibración se experimenta normalmente como consecuencia de operar alguna herramienta o conducir un vehículo por calles en mal estado, se hace más evidente al utilizar un taladro neumático o conducir un vehículo que transmite la vibración del motor al asiento del conductor.

El estrés del movimiento es precipitado por las aceleraciones giratorias de la cabeza que son registradas en los canales semicirculares del oído interno. La vibración es un estresor potencial más grande que el movimiento. La cantidad de vibración que puede experimentar un individuo sin provocar una respuesta al

estrés depende de la intensidad de vibración, la aceleración, de su amplitud e igualmente de las características personales del individuo. La mayoría de las consecuencias son de naturaleza física: visión obnubilada, jaquecas, temblor, y tensión muscular.(47)

- **Condiciones Psicológicas**

Los puestos tan sencillos que no exigen mucho al empleado ni apelan a su necesidad de logro y ni siquiera a su atención producen tedio, monotonía, fatiga y, naturalmente, merma de la productividad. Esta situación no tarda en causarle frustración, aburrirle y parecerle monótono. Poco a poco se vuelve apático y desinteresado, su estado de ánimo se deteriora; tal actitud se acompaña de disminución de la calidad y cantidad de su producción.(45)

- **Aburrimiento y Monotonía**

Son dos términos que inciden en el estrés de tal forma varios autores han escrito al respecto así tenemos:

Poulton (2009) (46), dice que el aburrimiento, llamado también fatiga mental, suele deberse a la realización de actividades repetitivas, monótonas y sin atractivo. A veces ocasiona inquietud, tristeza, fastidio que nos deja sin energía ni motivación ninguna. Lo que a una persona le produce tedio y fastidio a otra puede parecerle emocionante y llamativo. Investigaciones indican que el aburrimiento disminuye la eficiencia y crece la variabilidad en el ritmo de trabajo, el problema

---

<sup>47</sup> **Castilla y León.** Guía del Estrés Laboral, Imprime Graficas Angelma, D.L. VA- 443. España.2008

más evidente es la manera de contrarrestar, prevenir o atenuar el aburrimiento se puede evitar con una adecuada selección y asignación de personal.

- **Fatiga y Cansancio:**

Poulton (2009) (46) dice que algunos autores enseñan que los efectos de la fatiga dependen directamente del aburrimiento. Y señala dos tipos:

Fatiga psicológica. Se parece al aburrimiento.

Fatiga fisiológica. Se debe al excesivo uso de los músculos y organismos en general.

Los dos tipos pueden mermar el rendimiento y aumentar los errores, el ausentismo, la rotación de personal y los accidentes, durante el cansancio los procesos orgánicos, como la frecuencia cardíaca, el consumo de oxígeno y la tensión muscular, operan a niveles diferentes, Sus aspectos subjetivos o psicológicos perturban profundamente al individuo y merman mucho su rendimiento. Cuando la persona está muy cansada, siente tensión, irritabilidad y debilidad; además le es difícil concentrarse, pensar de modo coherente o trabajar bien. Los conductores de rutas urbanas se ven expuestos a la fatiga y a los efectos que esta produce a su relación con el usuario. Una fatiga excesiva predice con bastante certeza que la producción no tardará en mermar. En la mayoría de los casos, los conductores

señalan que se sienten más cansados al iniciar las labores, vuelven a sentirse así antes de la comida y hacia el final de la jornada. (48)

Es preciso seleccionar bien a los candidatos, especialmente cuando se trata de conducir transporte urbano, deben ser muy sanos y estar en excelentes condiciones físicas, pues de lo contrario no podrán soportar las faenas tan duras del trabajo. Otra medida muy eficaz consiste en procurar que conserven un ritmo constante y gradual, en vez de esforzarse demasiado durante lapsos breves.(45)

## 2.5. IRA

La ira es considerada una emoción negativa por la mayoría de los teóricos de la emoción. Esta emoción puede ser concebida atendiendo a tres tipos de definiciones de la valencia emocional (Lazarus), es decir, las emociones se pueden entender como positivas o negativas en base a:

- las condiciones que evocan la emoción;
- las consecuencias adaptativas de la emoción o;
- la experiencia subjetiva de la emoción. (49)

Así, en primer lugar, la ira puede verse como negativa debido a las condiciones que evocan la emoción, ya que suele ser evocada por acontecimientos aversivos.

En segundo lugar, la ira se puede calificar como positiva o negativa cuando es

---

<sup>48</sup> **Psicopedia** estrés como factor de riesgo en el trabajo. Colombia. Psicopedia.org (2009)

<sup>49</sup> **Lazarus, R. S.** Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press. 2011.

entendida desde el punto de vista de sus consecuencias adaptativas, dependiendo del resultado de una situación particular. Finalmente, la ira se podría ver como positiva o negativa en función de la sensación subjetiva o evaluación de la emoción, dependiendo de si un individuo siente placer/ gusto o displacer/aversión tras la experiencia subjetiva de ira. Algunos científicos se centran en las condiciones del estímulo al definir la emoción mientras que otros se centran en las respuestas evocadas cuando definen la emoción). Las definiciones basadas en el estímulo indican que la evaluación del individuo del estímulo que causa la emoción determina la valencia de la emoción (Lazarus). Con estas definiciones, la relación beneficiosa o dañina persona-ambiente se considera la manera más importante y más frecuente de distinguir las emociones positivas de las negativas. Así, según la definición basada en el estímulo, la ira es una emoción negativa.(49)

## 2.6. SOMATIZACIÓN

Los problemas psicológicos son frecuentes como motivo de consulta en el nivel primario de atención de salud, así como en servicios médicos generales y consulta especializada. En los diversos estudios que han documentado este hecho se han utilizado instrumentos diagnósticos estandarizados para homogenizar y hacer comparables los resultados. En la medida que ha aumentado la preocupación social y de los planificadores en salud por los progresivos costos de la atención médica, se ha hecho más necesario conocer el impacto comparativo de los trastornos emocionales en los servicios de salud, y especialmente a nivel de su puerta de entrada, como son los consultorios de nivel primario.

La relación entre somatización y trauma psíquico ha sido también señalada como relevante. Si bien el trauma psíquico es un tema de interés en salud mental desde antiguo, ha recibido nuevamente atención en la última década, después de estudios epidemiológicos que han demostrado su prevalencia mayor de lo esperado, sea como trauma bélico, civil o familiar. En especial, algunos estudios han ligado tipos específicos de trauma a patrones específicos de sintomatología somática. Por ejemplo, los sobrevivientes de abusos sexuales informan tasas elevadas de síntomas ginecoobstétricos o gastrointestinales inexplicables (50)

Muchos síntomas no explicables por causas fisiopatológicas pueden ser atribuidos a orígenes psicosociales (51).

El diagnóstico de trastorno de somatización no es simple, ni en servicios del nivel primario ni en los especializados. La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV) define seis tipos de trastornos somatomorfos que se traslapan con los cuadros ansiosos y depresivos: el trastorno de somatización, el trastorno somomorfo indiferenciado, los síntomas conversivos, el trastorno por dolor, la hipocondriasis y el trastorno dismórfico corporal. Desde la perspectiva del nivel primario, tanto las categorizaciones del DSM-IV como la clasificación CIE-10 de la OMS son confusas y no particularmente útiles. Recientemente se han propuesto algunos constructos diagnósticos alternativos para usarse en el nivel primario de atención. Kroenke et

---

<sup>50</sup> **Kirkengen A, Schei B, Steiner S.** Indicators of childhood sexual abuse in gynecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 276-80

<sup>51</sup> **Kroenke K, Mangelsdorff AD.** Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-6

al, han propuesto una nueva categoría: el "trastorno multisomatomorfo" basándose en una muestra de 1.000 pacientes del nivel primario de atención y utilizando su instrumento diagnóstico, el PRIME-MD. Definieron esta categoría como la presencia de tres o más síntomas somatomorfos actuales de una lista de 15, junto con una historia de por lo menos dos años de síntomas somatomorfos. (52)

### 3) ANALISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### 3.1. ANTECEDENTES LOCALES

Características de los Hábitos de sueño, Hábitos de conducción y su relación con los accidentes de tránsito en choferes de transporte interprovincial del Terminal y Terrapuerto de Arequipa, 2012 .

ALEX ERNESTO CASO RODRIGUEZ (53)

RESUMEN: El tiempo como chofer de ómnibus osciló entre 15,3 y 19,9 años, sin diferencia significativa por rutas. Las horas de manejo en 24 horas fueron 8,3 horas en la ruta 1, 8,5 horas en ruta 2, 9,8 en ruta 3 y 10,9 horas en ruta 4 ( $p > 0,05$ ) Las horas de manejo sin parar oscilaron entre 2,8 – 5,9 horas ( $p < 0,05$ ), siendo la conducción por periodos mayores de 4 horas sin parar en 17% de choferes de ruta 1, en 38% en la 2, en 81% en la 3 y 77% en la 4 ( $p < 0,05$ ). Las horas de dormir los días que trabajan fueron significativamente diferentes ( $p < 0,05$ ), con 5,8 horas

---

<sup>52</sup> **Kroenke K, Spitzer RL, Degruy FV.** Multisomatoform Disorder, an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. Arch Gen Psy 1997; 54: 352-8

<sup>53</sup> **Alex Ernesto Caso Rodriguez.** Características de los Hábitos de sueño, Hábitos de conducción y su relación con los accidentes de tránsito en choferes de transporte interprovincial del Terminal y Terrapuerto de Arequipa, 2012

promedio en ruta 1, 7,1 horas en la 2, 6,1 horas en la 3 y 7,5 horas en la 4. La sensación de cansancio al manejar oscilo entre 70-84% ( $p > 0,05$ ), variando el momento de aparición según la ruta. Los conductores que refieren haber pestañeado al manejar fueron 37% en ruta 1, 41% en la 2, 59% en la 3 y 45% en ruta 4. La frecuencia reportada de accidente o casi accidente fue de 44% en conductores de ruta 3, con 21 a 22% en ruta 1 y 2, y 16% en ruta 4 ( $p < 0.05$ ), de los cuales asignaron como causante al cansancio en 54% de los casos, ocupando el primer lugar, seguido por imprudencia del otro chofer en 26% de los casos. Un 77% del global de choferes opina que el cansancio es causa de accidente, seguido por imprudencia del chofer en 66%. Al aplicar la escala de Epworth, se encontró somnolencia en 41% de conductores en la ruta 1, 27% en la 2, 31% en la 3, y 16% en ruta 4, aunque las diferencias no resultan significativas ( $p > 0,05$ ) y no se encontró asociación entre la somnolencia por Epworth y el antecedente de accidente o casi accidente ( $p 0,35$ ).

### 3.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima Metropolitana

Carlos Ponce Díaz, Universidad de Lima, Perú, 2015 <sup>(54)</sup>

---

<sup>54</sup> **Carlos Ponce Díaz.** Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima Metropolitana. Universidad de Lima, Perú, 2015.

## RESUMEN

Los participantes fueron 1,985 conductores de sexo masculino con edades entre 18 y 76 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de 90 síntomas (SCL-90-R) de L. R. Derogatis, que mide tres índices globales y 10 dimensiones sintomáticas específicas. Los resultados revelan que los conductores particulares y los de servicio público presentan indicadores diferenciados de sufrimiento psíquico y psicossomático global; así como un mayor número de síntomas y diversidad de psicopatologías, una mayor intensidad sintomática media e indicadores elevados en la mayoría de dimensiones psicopatológicas específicas. De igual forma, se detecta que los conductores de servicio público, como los mototaxistas y los microbuseros, sumados a los choferes articulares, tienen la mayor incidencia de dimensiones sintomáticas psicopatológicas globales y específicas, frente a sus pares que hacen movilidad escolar, taxistas, trailereros, buses urbanos e interprovinciales, quienes registran valores bajos en dichos indicadores.

Palabras clave: Dimensiones sintomáticas psicopatológicas, accidentes de tránsito, conductores particulares, conductores de servicio privado, conductores de servicio público.

### 3.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Ansiedad y estrés en conductores de transporte urbano de la cabecera departamental de Quetzaltenango

GUILLERMO DANIEL COYOY RIVERA, NOVIEMBRE DE 2014, Venezuela.(55)

#### RESUMEN

Los resultados del estudio nos dice que sólo el 13% y 6% de los 100 encuestados tienen un nivel alto de ansiedad y estrés.

El estudio se realizó en la Asociación de Transportistas de Quetzaltenango, con una muestra de 100 conductores de transporte urbano, muchos de ellos con licencia tipo A. Todos de sexo masculino.

Se administraron las pruebas STAI-82 categoría SE y AE categoría C, la primera mide la Ansiedad y la segunda el estrés en conductores, proceso que se realizó de manera individual y cuyos resultados fueron analizados estadísticamente con el método descriptivo y se obtuvieron los siguientes datos: 49% tienen un nivel de ansiedad mínimo, un 38% un nivel normal y un 13% un nivel alto de ansiedad, 54% un grado mínimo de estrés, 40% un nivel normal y un 6% un nivel alto.

---

<sup>55</sup> **Guillermo Daniel Coyoy Rivera.** Ansiedad y estrés en conductores de transporte urbano de la cabecera departamental de Quetzaltenango. NOVIEMBRE DE 2014, Venezuela.

Los resultados mencionados nos dicen que ellos manejan un nivel muy bajo de ansiedad y estrés, dato que llama la atención especialmente porque el estudio se realizó en una época en que los estresores están presentes. Esta conclusión hace que la propuesta se enfoque en la prevención y no sólo en el combate de un problema que si no es atendido puede tener serias consecuencias en la salud mental de dichos conductores.

### III. OBJETIVOS

#### 4.1. Objetivo general:

- Determinar los Trastornos Mentales Comunes y características sociodemográficas en los Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

#### 4.2. Objetivos específicos:

- Determinar el perfil sociodemográfico Conductores de Transporte Público Arequipa 2017
- Determinar los patrones de síntomas globales clínicamente significativos en Conductores de Transporte Público Arequipa 2017
- Determinar las dimensiones clínicamente significativas en Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

#### IV. HIPOTESIS

Dado que los Conductores de Transporte Público por su condición de trabajo están bajo presión diaria

Es probable que existan trastornos mentales clínicamente significativos y comunes entre ellos

#### V. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

##### 1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

**La técnica:** mediante la recopilación y entrevista para la recolección de la información, observación directa del instrumento SCL-90-R (Derogatis, 2002).

**El instrumento:** Cuestionario de 90 síntomas - SCL-90-R (Derogatis, 2002).

Este inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico.

Cada uno de los 90 ítemes que lo integran se responde sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico.

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1 Ubicación espacial:

Conductores de Transporte Público Arequipa 2017

### 2.2 Ubicación temporal:

El presente trabajo se llevara a cabo durante el mes de enero y febrero del 2017.

### 2.3 Unidades de estudio:

Conductores de Transporte Público de la línea 3 de Octubre Arequipa 2017

### 2.4 Universo o población:

Conductores de Transporte Público de la línea 3 de Octubre Arequipa 2017

### 2.5. Muestra:

#### Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se partió de la encuesta estructurada.

$$n = \frac{z^2(p * q) * N}{e^2(N - 1) + z^2(p * q)}$$

Dónde:

N= población del mercado (210).

n = Tamaño de la muestra.

Z = Nivel de confianza (al 95% tiene un valor Z de 1.97)

p = % de probabilidad (50%)

e = Error muestral permitido (5%)

$$n = \frac{1.97^2(0.50 * 0.50) * 210}{0.05^2(210 - 1) + 1.97^2(0.50 * 0.50)}$$

$$n = 136$$

## 2.6. Criterios de inclusión:

- Mayor de 18 años
- Conductor con brevete profesional
- Firma de consentimiento informado
- Deseo de intervenir en el estudio

## 2.7. Criterios de exclusión:

- No firma del consentimiento informado
- Conductor con alteraciones o en tratamiento psiquiátrico

## 3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.1. Organización:

- ◆ Autorización del presidente de la Empresa de Transportes 3 de Octubre Arequipa.
- ◆ Preparación de las unidades de estudio.
- ◆ Formalización física de la muestra.

### 3.2. Recursos:

- ◆ De personal: El encuestador, estudiante de VII año de medicina, diseñador del proyecto y asesor.
- ◆ Materiales: Bibliografía, computadora con acceso a Internet, papel, lapiceros.
- ◆ Económicos: aportados íntegramente por el autor

### 3.3 Criterios o estrategias para manejar resultados:

Se creará una base de datos en Excel, y método estadístico SPSS 19.0. Se realizará un análisis descriptivo de los datos, los cuales se presentarán en tablas de frecuencias, se describen las observaciones en número absolutos y porcentajes para su posterior análisis y discusión.

Análisis psicométrico del SCL-90-R de Derogatis (2002), análisis descriptivo para calcular las frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y desviación, análisis de varianza, Z.

En general, estos resultados muestran una congruencia aceptable. Así, puede concluirse que la estructura de nueve factores predichos teóricamente es capaz de explicar la varianza de los ítems en forma razonable, aunque otras soluciones serían más apropiadas para lograr un ajuste óptimo a los datos. En general, un examen cuidadoso de las matrices factoriales sugiere que esto podría explicarse por la alta superposición entre los ítems de algunas escalas.

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

	Enero 2017	Enero 2017	Enero 2017	Febrero 2017	Febrero 2017
Búsqueda de bibliografía	X				
Plan de tesis	X				
Aprobación del Plan de tesis		X			
Ejecución e Informe final			X	X	X

## BIBLIOGRAFIA

1. Jaureguizar Joana, Espina Alberto Enfermedad Física Crónica y familia. Editorial de Educación Pública del Colegio Real de Psiquiatras, London. (2011)
2. Revista Milenio, artículo, Estrés en conductores provoca víctimas de transporte público, publicado el 19 de enero de 2013, página 6.
3. Morris, Charles G. Revista Radiojai, pagina 30. Artículo de estrés y psicología de la salud. Publicado el 13 de noviembre de 2010.
4. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson. 2002:575-9.
5. Taylor D, Paton C, Kerwin R, London and Maudsley NHS Trust, Oxleas NHS Foundation Trust. The Maudsley Prescribing Guidelines. 9a ed. London: Informa Healthcare.2007.
6. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6a ed. Barcelona: Masson. 2006:435-45.
7. Elkin GAguilar O M. Psiquiatría clínica Lange. 1st ed. México: McGraw-Hill Interamericana de México; 2000.
8. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta. Psiquiatría clínica. 9a ed. Madrid: Waverly Hispánica. 2004.
9. Psiquiatría clínica. 9a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana. 2004:668-76.
10. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10a ed. Ginebra. 275-6.

11. Stahl SM. Stahl' essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications. Cambridge University Press. 2008.
12. Palomo T, Jiménez Arriero MA. Manual de psiquiatría. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. 2009:325-43.
13. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo.  
Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud SNS: UETS N° 2006/10.
14. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson; 2003.
15. Pollack MH, Smoller JW, Otto MW, et al. Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 291-301.
16. OMS. International statistical classification of diseases and related health problems. 10<sup>a</sup> rev. Ginebra: OMS; 1992.
17. Harvey AG, Rapee RM. Fobia específica. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 415-29.
18. Chavira DA, Stein MB. Fenomenología de la fobia social. En: Stein DJ, Hollander E. Editores. Tratado de los trastornos de ansiedad. Barcelona: Ars Medica; 2004. p. 351-64.
19. Shalev AY. Further lessons from 9/11: Does stress equal trauma? Psychiatry 2004; 67: 174-7.

20. McQuaid JR, Pedrelli P, McCahill ME, et al. Reported trauma, post-traumatic stress disorder and major depression among primary care patients. *Psychological Medicine* 2001; 31 (7): 1249-57.
21. Silove D, Steel Z, Waltters C, et al. Policies of deterrence and the mental health of asylum seekers. *JAMA* 2000; 284: 604-11.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS; 2002. URL
23. American Psychiatric Association. Guías clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Compendio 2006. Barcelona: Ars Medica; 2006.
24. Anchorena, María Noel. Estrés laboral la integración de mindfulness en el trabajo. Barcelona España. 2012.
25. Poulton (2009) Educación de la salud y de las emociones. Editorial troulnes, España
26. Castilla y León. Guía del Estrés Laboral, Imprime Graficas Angelma, D.L. VA- 443. España.2008
27. Psicopedia estrés como factor de riesgo en el trabajo. Colombia. Psicopedia.org (2009),
28. Lazarus, R. S. Emotion and adaptation. New York: Oxford University Press. 2011.
29. Kirkengen A, Schei B, Steiner S. Indicators of childhood sexual abuse in gynecological patients in a general practice. *Scand J Prim Health Care* 1993; 11: 276-80
30. Kroenke K, Mangelsdorff AD. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-6
31. Kroenke K, Spitzer RL, Degruy FV. Multisomatoform Disorder, an alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psy* 1997; 54: 352-8

32. Alex Ernesto Caso Rodriguez. Características de los Hábitos de sueño, Hábitos de conducción y su relación con los accidentes de tránsito en choferes de transporte interprovincial del Terminal y Terrapuerto de Arequipa, 2012
33. Carlos Ponce Díaz. Dimensiones sintomáticas psicopatológicas en conductores de Lima Metropolitana. Universidad de Lima, Perú, 2015.
34. Guillermo Daniel Coyoy Rivera. Ansiedad y estrés en conductores de transporte urbano de la cabecera departamental de Quetzaltenango. NOVIEMBRE DE 2014, Venezuela.





SCL-90-R.  
Adaptación UBA. CONICET. 1999/2004.  
Prof. M.M. Casullo.

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

**SCL-90-R**

L. R. Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999.

**Nombre**..... **Edad**:..... **Fecha de hoy**: .....

*Marcar con una cruz las opciones que correspondan*

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero     Divorciado     Viudo/a  
 Casado     Separado     En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho









**ANEXO 3**

**MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS**

	Edad	Sexo	Educación	Estado civil	Lugar de nacimiento	Horas trabajo	Años de trabajo
1	21	M	Superior	Soltero	Otros	16	2
2	37	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	5
3	18	M	Secundaria	Soltero	Otros	16	1
4	57	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	13
5	49	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	8	10
6	36	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	8
7	45	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	9
8	30	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	8
9	37	M	Superior	Divorciado	Arequipa	16	5
10	60	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	15
11	23	M	Secundaria	Conviviente	Otros	16	2
12	46	M	Primaria	Casado	Arequipa	16	5
13	40	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	5
14	68	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	15
15	49	M	Primaria	Conviviente	Arequipa	8	10
16	36	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	9
17	56	M	Primaria	Conviviente	Arequipa	16	11
18	51	M	Primaria	Conviviente	Otros	12	13
19	20	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	1
20	36	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	7
21	32	M	Superior	Casado	Arequipa	16	9
22	21	M	Secundaria	Soltero	Otros	12	4
23	23	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	4
24	30	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	6
25	28	M	Superior	Casado	Arequipa	16	6
26	44	M	Primaria	Conviviente	Otros	16	8
27	53	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	8	14
28	53	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	8	12
29	68	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	15
30	39	M	Primaria	Conviviente	Otros	16	8
31	21	M	Secundaria	Soltero	Otros	12	2
32	20	M	Primaria	Soltero	Arequipa	12	2
33	21	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	3
34	56	M	Primaria	Conviviente	Otros	16	15
35	57	M	Secundaria	Casado	Otros	8	12
36	26	M	Superior	Conviviente	Otros	16	1
37	47	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	7
38	59	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	8	15

39	45	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	12	5
40	53	M	Primaria	Divorciado	Otros	8	12
41	36	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	6
42	50	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	16
43	70	M	Primaria	Viudo	Otros	8	15
44	41	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	12	5
45	33	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	8
46	67	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	16
47	23	M	Secundaria	Casado	Otros	16	2
48	29	M	Superior	Soltero	Arequipa	12	8
49	18	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	1
50	44	M	Superior	Casado	Arequipa	12	7
51	43	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	12	6
52	39	M	Secundaria	Conviviente	Otros	12	6
53	32	M	Superior	Conviviente	Otros	16	7
54	45	M	Secundaria	Casado	Arequipa	12	5
55	44	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	16	6
56	21	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	2
57	35	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	12	5
58	35	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	6
59	18	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	2
60	53	M	Primaria	Casado	Arequipa	12	10
61	56	M	Primaria	Casado	Otros	8	15
62	33	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	8
63	51	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	10
64	70	M	Primaria	Viudo	Otros	8	15
65	53	M	Secundaria	Divorciado	Otros	8	13
66	39	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	6
67	51	M	Secundaria	Conviviente	Otros	16	10
68	69	M	Primaria	Viudo	Otros	8	15
69	45	M	Superior	Casado	Arequipa	12	13
70	45	M	Secundaria	Casado	Arequipa	12	12
71	30	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	5
72	34	M	Secundaria	Divorciado	Otros	16	7
73	48	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	16	12
74	48	M	Secundaria	Divorciado	Otros	12	11
75	69	M	Primaria	Viudo	Otros	8	15
76	48	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	11
77	55	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	8	15
78	37	M	Superior	Casado	Arequipa	16	8
79	48	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	16	14

80	43	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	9
81	54	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	15
82	35	M	Superior	Conviviente	Otros	16	3
83	57	M	Primaria	Casado	Otros	16	11
84	30	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	1
85	64	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	15
86	39	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	7
87	63	M	Primaria	Divorciado	Otros	8	15
88	40	M	Secundaria	Conviviente	Otros	16	6
89	50	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	12	14
90	49	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	12	14
91	30	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	16	2
92	39	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	12	10
93	43	M	Secundaria	Conviviente	Otros	12	14
94	64	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	15
95	67	M	Primaria	Viudo	Otros	8	15
96	47	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	9
97	41	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	12	7
98	33	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	2
99	35	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	4
100	28	M	Secundaria	Conviviente	Otros	16	1
101	51	M	Primaria	Casado	Arequipa	16	14
102	43	M	Secundaria	Conviviente	Otros	16	
103	53	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	8	11
104	49	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	15
105	34	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	12	3
106	48	M	Primaria	Casado	Otros	12	14
107	45	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	16	13
108	68	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	15
109	39	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	14
110	45	M	Secundaria	Conviviente	Arequipa	16	11
111	50	M	Primaria	Viudo	Arequipa	16	12
112	56	M	Secundaria	Divorciado	Arequipa	8	15
113	52	M	Primaria	Conviviente	Otros	12	11
114	31	M	Superior	Conviviente	Otros	16	2
115	52	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	12	12
116	53	M	Primaria	Casado	Arequipa	12	14
117	53	M	Primaria	Casado	Arequipa	12	14
118	36	M	Secundaria	Casado	Arequipa	16	3
119	51	M	Primaria	Conviviente	Arequipa	8	11
120	34	M	Secundaria	Casado	Otros	16	3

121	49	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	16	15
122	47	M	Secundaria	Divorciado	Otros	16	13
123	67	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	15
124	31	M	Superior	Casado	Arequipa	12	3
125	66	M	Primaria	Divorciado	Arequipa	8	16
126	28	M	Superior	Soltero	Arequipa	16	3
127	67	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	16
128	30	M	Secundaria	Soltero	Arequipa	12	1
129	43	M	Superior	Casado	Otros	12	14
130	52	M	Primaria	Viudo	Arequipa	8	15
131	58	M	Primaria	Conviviente	Otros	8	15
132	65	M	Primaria	Casado	Arequipa	8	15
133	46	M	Secundaria	Casado	Otros	12	11
134	46	M	Secundaria	Casado	Arequipa	12	12
135	46	M	Secundaria	Divorciado	Otros	12	14
136	33	M	Superior	Conviviente	Arequipa	16	1

