



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-10-2024-22

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LOISI DE LIMA Prof. YOLIRMA VACCARO y Prof. IVAN AMAYA, Reunidos en: ATORNUM CENTRO CLINICO DE ORIENTE

a la hora: 10 AM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller **REQUENA INAGA ELIAS STEVENSON C.I.: 25083904**, como requisito parcial para optar al Título de **Médico cirujano** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 10 días del mes de JULIO de 2024

Prof. LOISI DE LIMA
 Miembro Tutor

Prof. YOLIRMA VACCARO
 Miembro Principal

Prof. IVAN AMAYA
 Miembro Principal

Prof. IVÁN AMARILLO RODRIGUEZ
 Coordinador comisión Trabajos de Grado



ORIGINAL TESISTA



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NÚCLEO BOLÍVAR
 ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 "Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
 COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

ACTA

TG-10-2024-22

Los abajo firmantes, Profesores: Prof. LOISI DE LIMA Prof. YOLIRMA VACCARO y Prof. IVAN AMAYA, Reunidos en: AUDITORIUM CENTRO CLINICO DE ORIENTE.

a la hora: 10 AM

Constituidos en Jurado para la evaluación del Trabajo de Grado, Titulado:

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.

Del Bachiller **DANIELA GIOVANNELA RODRIGUEZ VILLAVERDE** C.I.: 21248569, como requisito parcial para optar al Título de Médico cirujano en la Universidad de Oriente, acordamos declarar al trabajo:

VEREDICTO

REPROBADO	APROBADO	APROBADO MENCIÓN HONORIFICA	APROBADO MENCIÓN PUBLICACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>
-----------	----------	-----------------------------	--

En fe de lo cual, firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los 10 días del mes de Julio de 2024

Prof. **LOISI DE LIMA**
 Miembro Tutor

Prof. **YOLIRMA VACCARO**
 Miembro Principal

Prof. **IVAN AMAYA**
 Miembro Principal

Prof. **IVÁN AMAYA RODRIGUEZ**
 Coordinador comisión de Trabajos de Grado



ORIGINAL DACE



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL,
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR.
CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.**

Tutor académico:

Dra. Loisi De Lima

Trabajo de Grado Presentado por:

Br: Requena Inaga, Elías Stevenson

C.I: 25.083.904

Br: Rodríguez Villaverde Daniela

C.I: 21.248.569

Como requisito parcial para optar por el título de Médico cirujano

Ciudad Bolívar, junio de 2024

ÍNDICE

ÍNDICE.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	vi
DEDICATORIA	xiv
RESUMEN	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	18
Objetivo general.....	18
Objetivos específicos	18
METODOLOGÍA.....	20
Tipo de estudio.....	20
Universo.....	20
Muestra	20
Criterios de inclusión.....	21
Procedimientos	21
Rangos: puntuaciones escalares.....	23
Operacionalización de variables	28
Análisis Estadístico.....	31
RESULTADOS	32
Tabla 1	32
Tabla 1.1	34
Tabla 2	36
Tabla 3	37
Tabla 4	38
Tabla 4.1	40
Tabla 5	41

Tabla 5.1	42
Tabla 6	43
Tabla 6.1	46
Tabla 6.2	48
Tabla 7	50
Tabla 7.1	51
Tabla 7.2	52
Tabla 7.3	53
Tabla 8	54
Tabla 8.1	55
Tabla 9	56
Tabla 9.1	58
Tabla 10	60
Tabla 10.1	62
Tabla 10.2	64
DISCUSIÓN	66
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
APÉNDICES	82
Apéndice A	83
Apéndice B	84
Apéndice C	85
ANEXOS	86
Anexo 1	87
Anexo 2	89
Anexo 3	99

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por darme la fortaleza y escuchar mis oraciones, responderlas y cuidarme en cada uno de los procesos vividos en el transitar de cumplir este, mi mayor y más grande sueño desde niño.

Gracias a mi padre Diego Requena, “papi” como siempre le digo, por ser mi héroe que, aunque sin capa, con mucho valor y dedicación ha estado siempre para apoyarme, creer en mí y tener el apoyo moral y las palabras adecuadas justo en el momento en que las he necesitado, gracias por ser mi amigo y por luchar y vivir este sueño conmigo; gracias por no dejarme caer y ser mi sostén en días difíciles, gracias por tu aceptación, respeto y apoyo incondicional.

Gracias a mi madre Adriana Inaga, muchos adjetivos en el transitar de mi vida he podido usar; gracias mami por ser mi guerrera de amor, aun en la distancia has sabido hacerme sentir cálido y seguro en días grises y momentos donde he sentido que todo se viene abajo, gracias a tu serenidad y fortaleza, gracias por soñar conmigo hasta ver materializado este sueño, gracias por ser pilar fundamental en esta meta.

Gracias a mi alma gemela, Moisés; no puedo recordar cuando te conocí pero si puedo siempre tener conmigo y llevar de souvenir que siempre has estado para creer en mí, para vivir conmigo emociones y sentimientos invaluable, gracias por convertirte en mi persona favorita, en esa persona a la que espero ver a través de una pantalla para que sepa prestar sus oídos para poder ser escuchado, sus ojos para ver otras perspectivas y su hombro para drenar un poco y poder seguir hacia adelante; que si en otra vida no venimos por partida doble, yo te buscaré hasta encontrarte y quedarme a tu lado, siempre.

Agradezco a la vida por una persona en especial, Bekis Elena Valera, gracias prima porque en tantos años decidiste aventurarte conmigo siempre, por creer en mí, por hacerme espacio en tu hogar y tu vida, gracias por convertirte en una amiga, por tu sensatez y porque muchas veces tomaste el papel de una madre, para acogermme, abrazarme y sentarte conmigo y trabajar en pro de que todo eventualmente pudiese estar mejor. Gracias por las risas, los consejos, los cafés; ciudad bolívar siempre me recordará tu hermosa sonrisa, ciudad bolívar siempre tendrá un poco de ti.

Agradezco a mi compañera de tesis Daniela Rodríguez; puedo saborear el momento en que hicimos match, gracias por brindarme tu compañía no solo en este proceso sino en muchos otros, gracias por tantos momentos... Has sido para mí como el buen vino, ese que disfrutas en atardeceres, con amigos, triste, cumpliendo sueños, ese mismo que un día guardas y conservas porque sabes que no puedes disfrutarlo más pero siempre quedará algo de él en ti; gracias por crecer conmigo aun cuando nuestros caminos tomaron rumbos distintos, gracias por haberte quedado y por saber quedarte, gracias por regalarme un hogar, un espacio, gracias por tanto y sostenido en tanto tiempo; sin duda no pude haber escogido mejor compañera de tesis; las amistades no son eternas pero que bonito que hay una eternidad para llevarte conmigo, siempre.

Gracias a Blanca Rosa, mi hermana de otra mamá, gracias por ser mi sostén y mi alivio, por estar para mí, escucharme y motivarme a no desistir; gracias por ser muchas veces mi confidente y mi lugar seguro, pero sobre todo gracias por ser mi cable a tierra siempre.

Agradezco que hay amigos que te construyen emocionalmente y sentimentalmente, gracias Omar José, por soñar y vivir parte de esta meta a mi lado, por aun estar y conservar hasta consolidar un afecto fortuito, eres un amigo en quien puedo siempre confiar.

Gracias Karina Venezia por brindarme tu amistad y tu compañía, por compartir picardías y juventud, gracias por tus palabras de apoyo y por brindarme un espacio en tu vida, ojalá que la vida siempre nos sorprenda siempre siendo felices; gracias por ser el ying de mi yang, agradecido por coincidir contigo y pasarte en esta vida, ojalá que de igual forma, en muchas más.

Agradecido con las personas especiales que me regaló el internado: Andrea, Robert, Milianny; mi tan amado team teteo, por ser mi refugio y mi lugar seguro en situaciones de desesperanza y tormentos, por quedarse conmigo y motivarme siempre, por regalarme un espacio en sus familias y en sus tiempos, por mostrarme y hacerme ver que es posible brillar aun cuando hay tormentas, agradezco lo bonito que siempre pudieron ser y darme.

Gracias a mis amigas: María Neumann, Ligiana Díaz y María Velásquez; team coquette, por llenarme de momentos bonitos, por regalarme mucho de sus conocimientos y amistad, por ser una hermano/hijo más en sus familias y porque aún en dificultades han sabido preservar la amistad, gracias por regalarme cápsulas de felicidad.

Agradezco a cada una de esas personas que en su momento pudieron ser parte de este proceso, cumplir la meta se construye con varias manos, gracias a ustedes por prestarme las suyas.

Agradecido con mi casa, la casa más alta del oriente del país, mi tan querida UDO, por permitirme formarme ella, crecer y estar más cerca cada día el profesional en el que quiero convertirme.

Finalmente, mi más sincero agradecimiento a la Dra. Loisi De Lima, quien decidió aventurarse con nosotros en el desarrollo de este trabajo; su orientación, disposición y colaboración han sido parte fundamental de la realización del mismo.

Elías Stevenson, Requena Inaga.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quiero dar Gracias a Dios, por nunca dejarme sola, por darme la fuerza necesaria para seguir cada vez que quise renunciar, por cada oración que hice me escuchaste y me ayudaste, Gracias Dios por nunca abandonarme.

Gracias a mis padres, Belkis Villaverde y Yobaniz Rodríguez, gracias a ustedes soy quien soy hoy en día, gracias por guiarme, protegerme y aun ser una pequeña niña con ustedes, son mi principal motivo para cumplir cada meta que me propongo, la vida no me alcanzara para agradecerles todo lo que han hecho por mí, los amo.

Mi gordo, mi morocho, Isaac Rodríguez, tan parecidos, pero tan diferentes a la vez, gracias por ser ese hermano y mejor amigo a la vez, que de alguna u otra forma encontramos solución a las adversidades y seguir nuestro rumbo, gracias por ser tú.

Danny Rodríguez, Giovanni Rodríguez y Johan Rodríguez, soy una de las personas más afortunadas por tener tres hermanos mayores, que desde pequeña me cuidaron y más que mis hermanos fueron mi otra figura paterna, gracias por tanto.

Toda mi vida estaré agradecida por la amistad Villaverde-Bastidas, porque además de que hay un gran apoyo familiar, también me permitió crecer con Carolina González, que no solo es mi prima, si no con los años se hizo mi hermana, puedo decir orgullosamente que tengo una de las mejores hermanas mayores que se puede tener, gracias por cada una de las vivencias, gracias por enseñarme que el amor de una amistad es inigualable y sobre todo gracias que a pesar de la distancias jamás me dejas sola te amo y te extraño todos los días.

El colegio es esa etapa donde llegan las primeras enseñanzas, las primeras vivencias y los primeros amigos, gracias Oscar Escorche por ser de esos primeros amigos, la persona con quien experimente la vida en la gran Capital, gracias por dejarme formar parte de tu familia, y somos la prueba que puede haber amistades de más de 20 años y sin la necesidad de hablar todos los días, te amo y te extraño, siempre mi nito.

Elías Requena, como olvidar nuestro momento más romántico y a la vez el más esquizofrénico, mi materia más traumática, pero desde ese día que llegaste a mi vida hiciste más llevadero todo, siempre con las palabras perfectas para levantar el ánimo, siempre dispuesto para un café y escuchar, una canción que cantar, y una frase que comentar, gracias por si mi otro hermano, mi alma gemela, presente en los momentos buenos y darme tu mano en los momentos malos, aún nos queda paginas por escribir en este hermoso libro.

Lorena Brito, mi amiga, mi hermana, quien no dudó ni un segundo en abrirme las puertas de su casa, una de mis primeras amigas de la universidad, la de los mensajes random, la que me reclama por todo, con quien jamás falta una risa, gracias por existir, y gracias a toda la familia Brito por darme su amor como si fuera una más de su familia.

Todos tenemos una amiga que es como nuestra alma gemela, que no te deja de sorprender con sus ocurrencias, y la mía es Gricelys Lara, de la forma más extraña pasamos de ser dos desconocidas a dos confidentes, gracias por cada una de tus palabras, gracias por ser mi hombro para llorar en más de una oportunidad, gracias por ser mi amiga y estar para mi cada vez que es necesario.

Gracias María Bruce, por darme una amistad tan bella e invaluable, gracias por ser tan incondicional, gracias por tus regaños y tu cariño tan maternal, gracias por tus

mensajes de apoyo, por escucharme y por ayudarme siempre a pensar, gracias por hacerme entender que el tiempo es solo tiempo, y cada quien recorre su camino en el momento determinado.

Unas cuantas líneas a lo mejor no serán suficiente para agradecer por la amistad que me ofreció Alexander Jaramillo, vivimos una montaña rusa de emociones, sin embargo, estoy feliz de vivirlas, porque nos hizo quien somos hoy, como te digo yo, el otro hijo de mis papas, gracias por tu forma tan peculiar de querer pero aun así sentirme querida por ti.

Mis chicas vitaminas, tres personalidades diferentes pero a la vez tan compatibles, donde las risas jamás faltan, las conversaciones extrañas que solo nosotras nos entendemos, y los sueños, donde no hay límites para todo lo que queremos, María Mota por ser esa persona tan dulce, quien admiro por su real inteligencia emocional, Railennys Jiménez por ser tan incondicional y tener las palabras perfectas en los momentos indicados, y Venezia García por llegar de una forma inesperada, por poner alegría a cada lugar donde llegas. Cada una con su personalidad, pero el valor de la amistad es único, y donde hacemos una suma increíble, pronto cumpliremos todos nuestros sueños y diremos, ¿se acuerdan cuando solo era un sueño? Las amo, gracias por ser la pieza de oro en mi vida.

Priscilla Rosa, Luisa Lara, Carli Rodriguez, Adriana Rondón, Ana Moreno, Betania Romero y Manuel Ruiz, mis ternuritas, gracias por dejarme entrar en la vida de cada uno, gracias por ser mis pequeños pilares, quienes pasamos de ser compañeros de clases a ser grandes amigos, gracias por dejarme ser la mama del grupo, gracias por su amistad y gracias por todas las risas.

Gracias por ser tú, Gregori García, gracias por enseñarme lo que es la paciencia, gracias por enseñarme que hay otras formas de amor, gracias por tus ocurrencias y

por cada sincera palabra que me has dicho, gracias por tu tiempo, tu amistad, gracias por estar en mi vida.

Mi Dra bella, mi profesora, gracias por abrirme sus brazos, gracias por ayudarme a entenderme, a mejorar cada día, a no renunciar, y amarme siempre mucho más que ayer, gracias por el tiempo que me ha dedicado y por todas las herramientas que me ha dado para ser mejor.

Gracias a mi casa de estudio, la casa más alta, la Universidad de Oriente, gracias por toda la academia, por los aprendizajes, y gracias por cada doctor que aportó un grano en mi formación, orgullosamente udista.

Y no menos importante, gracias a todas esas personas que pasaron por mi vida, que cada uno aportó momentos que valoro con mucho cariño, gracias por esos momentos vividos.

Daniela Giovannela Rodríguez Villaverde

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mi padre Diego Requena, a mi madre Adriana Inaga, a mi hermano gemelo Moisés Requena y a mi prima Bekis Valera, por ser mis pilares fundamentales y un ejemplo a seguir; su constancia, dedicación, apoyo y lucha continua a mi lado para poder alcanzar mi tan anhelado sueño de ser médico cirujano será siempre motivo de estarles eternamente agradecido.

Elias Stevenson, Requena Inaga.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi niña interior, quien un día tuvo el sueño loco de ser Médico Cirujano, y aquí estamos cerca de la meta para poder decir lo logramos. Y le dedico también a la mujer más importante de mi vida, la mujer que más admiro, mi mamá, espero algún día ser aunque sea la mitad de lo grandiosa que eres, gracias por enseñarme el valor de la educación, el valor de ser mujer, y el valor de poder lograr todo aquello que me proponga, Te amo Belkis Villaverde, gracias por ser mi modelo a seguir.

Daniela Giovannela Rodríguez Villaverde.

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS E INTELIGENCIA
EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESION EN ESTUDIANTES DE
MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO
BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.**

Requena, Elías. Rodríguez, Daniela

RESUMEN

Introducción: existe una relación entre la inteligencia emocional, ansiedad y depresión, ya que la forma en que una persona maneja sus emociones puede influir en su nivel de ansiedad y depresión. Cultivar la inteligencia emocional y desarrollar habilidades para regular las propias emociones puede ser beneficioso para reducir los niveles de ansiedad y depresión. **Objetivo:** Determinar factores sociodemográficos e inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad De Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. **Metodología:** estudio descriptivo, cuantitativo, científico, de campo, no experimental, de corte transversal. La muestra fue de 63 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. **Resultados:** en la muestra estudiada, el sexo más representativo fue el femenino 58,7% (n=37), en edades comprendidas entre 27 a 29 años 55,6% (n=35), foráneos 74,6% (n=47), solteros 88,9% (n=56), 73,0% (n=46) solo estudiaban, 69,8% (n=44) indicó vivir en la ciudad alquilados; Encontrados la mayoría en el estrato II (clase media alta) 57,1% (n=36). La inteligencia emocional fue promedio, con capacidad adecuada 26,98% (n=17). El componente emocional interpersonal, manejo del estrés y estado de ánimo presentaron niveles promedio en 34,92% (n=22), 41,27% (n=26), 30,16% (n=19) respectivamente, mientras que intrapersonal obtuvo nivel limítrofe 30,16% (n=19) y adaptabilidad nivel inferior 34,92% (n=22). En los hallazgos de presencia de ansiedad y depresión, se encontraron 53,97% (n=34) y 66,67% (n=42) respectivamente. Siendo el sexo femenino mayor en presencia de ansiedad 36,51% (n=23) y depresión 41,27% (n=26). La clase media alta predominó con una inteligencia emocional promedio 17,46% (n=11) **Conclusiones:** el nivel de inteligencia emocional fue de capacidad adecuada en la población, y la presencia de ansiedad y depresión fue encontrada en más de la mitad de la muestra, no se demostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Palabras claves: inteligencia, emocional, estudiantes de medicina, ansiedad, depresión.

INTRODUCCIÓN

El periodo universitario constituye una época de la vida donde la mayoría de los estudiantes son adolescentes o adultos jóvenes, lo que indica que es una población donde ocurren ciertos cambios, como: concretar el proyecto de vida, adquirir la mayoría de edad, asumir nuevas responsabilidades sociales e incrementan las exigencias psicosociales, lo que resulta en una mayor vulnerabilidad frente a trastornos psicológicos (Álvarez, 2020). En los estudiantes universitarios, estudios revelan que uno de los principales factores que influyen en el desarrollo de depresión y/o ansiedad, son las carreras de ciencias de la salud (mayores índices de depresión y/o trastornos de ansiedad). Otros factores serían relaciones familiares y sociales, cantidad de actividades extracurriculares y el nivel de presión que deben soportar (Arrieta et al., 2013).

Además de factores de riesgo para trastornos mentales en los estudiantes universitario, también se ha identificado que la correcta inteligencia emocional (IE) posee un efecto positivo sobre estos trastornos. Promoviendo el éxito personal de forma específica, facilitando las relaciones inter e intrapersonales y laborales. De esta forma, el crecimiento y fortalecimiento de la IE en profesionales de la salud, redundan en beneficios personales y además logra impactar de forma positiva en el cuidado físico y emocional del paciente, facilitando la satisfacción del mismo (Vasefi et al., 2018) (Rode et al., 2017).

Por otro lado, en el contexto académico, la IE, facilita el traslado o ascenso de la educación básica a la educación superior y otorga la oportunidad de tener mayor éxito en los estudios y ajuste a la universidad, favoreciendo el logro académico. Además, permite hacer más llevadero los estudios, por ejemplo, disminuye la ansiedad ante los exámenes. La IE, también parece predecir la participación de

estudiantes universitarios en conductas de ciberacoso, teniendo mayor probabilidad de ser víctimas aquellos que prestan demasiada atención a sus sentimientos y que presenten dificultad al regularlos; por otro lado, la probabilidad de ser agresor disminuye al aumentar la comprensión emocional (Parker et al., 2016) (Martínez et al., 2018).

La IE, fue descrita y conceptualizada por primera vez por Salovey y Mayer, como un constructo basado en habilidades análogas a la inteligencia general. Argumentaron que los individuos con un alto nivel de IE tenían ciertas competencias relacionadas con la evaluación y regulación de las emociones y que, en consecuencia, eran capaces de regular las emociones en sí mismos y en los demás para lograr una variedad de resultados adaptativos. Los mismos autores definieron la IE como “la capacidad de llevar a cabo un razonamiento preciso sobre las emociones y la capacidad de utilizar las emociones y el conocimiento emocional para mejorar el pensamiento”. Esta definición sugiere que la IE está lejos de ser conceptualizada como un atributo unidimensional y que una operacionalización multidimensional sería teóricamente coherente (Mayer et al., 2008).

La IE, nace como respuesta a la observación de la influencia de los sentimientos en la vida diaria. Además, es considerada una competencia social resultante de la práctica, costumbres y valores. Asimismo, incluye el manejo y utilización de las emociones en respuesta al entorno. En conclusión, la inteligencia emocional abarca la capacidad que las personas tienen de percibir sus emociones y las de los demás de forma precisa, lo que les permite gestionar las emociones propias y de otros, así como, entender las señales emocionales, que se envían dentro de las relaciones (Bojórquez y Moroyoqui, 2020).

Como en todas las teorías psicológicas, existen varios modelos de la inteligencia emocional. Los cuales, han sido divididos en dos grupos de acuerdo con

las características que tienen en común. El primer grupo denominado modelo de habilidad, se centra en el proceso de pensamiento acerca de los sentimientos. Este modelo, se enfoca en las habilidades emocionales, que se relacionan con la cognición. Dentro de este, se encuentran el modelo de Mayer y Salovey y el de Bisquerra. Por otro lado, el modelo mixto combina los rasgos de personalidad de un individuo con las habilidades emocionales. Se enfoca en la relación entre personalidad y conducta emocional. Los principales autores de este modelo son Goleman y Baron (Mamani y Valle, 2018).

El modelo de habilidad mental fue propuesto por Mayer y Salovey, con basamento en la teoría de la inteligencia de Gardner. Donde la IE es el conjunto de las habilidades de percepción y expresión emocional, asimilación emocional tardía del pensamiento, entender y razonar con la emoción y la regulación emocional. Es decir, la IE, se da como resultado de poseer estas habilidades a lo largo de la vida. Dentro de la IE, existen una serie de procesos mentales, que se encuentran en diferentes niveles en las personas y se expresan y entienden de forma diferente. Estos procesos describen habilidades emocionales que las personas tienen consigo mismas y al relacionarse con otros (Gálves, 2017).

Dentro de las habilidades de la IE se encuentran: regulación y/o gestión emocional (capacidad de modular debidamente las emociones de acuerdo a la situación), comprensión emocional (habilidad para entender las emociones a través de sus señales, reconocer como se combinan, su progreso y transición), facilitación emocional del pensamiento y asimilación emocional (habilidad para generar emociones que faciliten el pensamiento frente a una realidad particular), percepción y expresión emocional (habilidad de percibir y valorar emociones propias y de otros - lenguaje no verbal - en situaciones particulares y expresar sentimientos con exactitud) (Aranda, 2014).

En cuanto al modelo de educación emocional de IE propuesto por Bisquerra, se hace referencia a la misma, como la fusión entre competencias emocionales, capacidades, habilidades y actitudes para que los fenómenos afectivos, se comprendan, expresen y regulen de forma apropiada. Es decir, cada competencia emocional, se encuentra formada por microhabilidades cuyo objetivo es entender y manifestar las emociones de manera adecuada al contexto. En base a esto, crea un modelo pentagonal de competencias emocionales (Vaquero, 2020).

El modelo de competencias emocionales de Bisquerra incluye: consciencia emocional (permite tomar conciencia y determinar el clima emocional dentro un entorno determinado), regulación emocional (conducir las emociones de forma apropiada hacia un estado positivo y entrenar estrategias de respuesta racional), autonomía personal (características y elementos relacionados con la autogestión personal), inteligencia interpersonal o competencia social (capacidad del individuo para mantener relaciones favorables con otros), habilidades de vida y bienestar (adaptar comportamientos para afrontar los desafíos y facilitar experiencias satisfactorias) (Vaquero, 2020).

En cuanto a Goleman, este desarrollo un modelo de competencias emocionales, donde resalta la utilidad de la IE en los diferentes contextos. Este define a la IE como “la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular los propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último -pero no, por ello, menos importante-, la capacidad de empatizar y confiar en los demás” (Bueno, 2021).

Dentro de los componentes de la IE propuestos por Goleman se encuentran: conocer las propias emociones o autoconciencia (busca conocer qué se siente y por qué se experimenta esa emoción), gestión de las emociones o autogestión (permite

que la expresión de las emociones sean apropiadas), motivarse a sí mismo o automotivación (toda emoción impulsa una acción, permite cumplir objetivos y propósitos en la vida), reconocer las emociones ajenas o empatía (capacidad de identificar y dar un lugar a las emociones de los demás), y habilidades sociales (capacidad de tener una buena relación con otras personas y responde al hecho de saber manejar las emociones de otros) (Goleman et al., 2021).

Finalmente, el modelo de IE de Baron, describe cinco componentes de la IE que abarcan distintas capacidades, las mismas no son de carácter cognitivo y son adquiridas a cualquier edad. Para Baron, la IE, abarca un conjunto de destrezas y habilidades personales, emocionales y sociales, las cuales influyen en la capacidad de adaptación y afrontamiento de problemas y demandas del medio. Es decir, este autor toma a la inteligencia emocional como el camino que permite a las personas desarrollarse con éxito en un determinado contexto (Brocet al., 2014).

Los componentes de la IE propuestos por Baron son: intrapersonal (reconocer, entender y expresar emociones y sentimientos propios. Realizar de forma consciente una lectura interna), interpersonal (entender y manejar emociones producidas por y en otros y relacionarse con ellos), adaptabilidad y ajuste (manejar, controlar y regular emociones en diferentes situaciones, al resolver problemáticas de orden contextual o personal), manejo del estrés (manejar el cambio y resolver problemas con una visión optimista frente a situaciones problemáticas o de tensión) y estado de ánimo (habilidad para generar un efecto positivo en los otros y estar automotivado) (Brocet al., 2014).

En relación a la ansiedad, este término proviene del latín *anxietas*, que significa angustiado/ansioso, y se define como un estado de conmoción, inquietud y desasosiego. Es así como, se la conceptualiza como un estado de intranquilidad, turbación y temor que enlaza manifestaciones fisiológicas y psicológicas, que se

presenta en forma de crisis persistente e indefinida frente a la anticipación de acontecimientos imprevisibles (Guadalupe y Vaca, 2018).

Para llegar a conocer al término ansiedad, tal como se lo entiende actualmente, se ha pasado por un proceso de investigación y análisis de cada uno de sus componentes. El modelo actual de ansiedad, hace referencia a ella como ansiedad-estado y ansiedad-rasgo, el cual se desarrolla a partir de las investigaciones realizadas por Cattell. De acuerdo a este autor, la ansiedad-estado, se percibe frente a situaciones amenazantes, es así que, mientras más peligrosa sea una situación, mayores niveles de respuesta ansiosa. Mientras que, ansiedad-rasgo, es considerado como la predisposición para percibir estímulos como riesgosos y la tendencia para responder a tales amenazas. Es indiscutible, que los elementos que conforman este modelo, se refieren tanto a los aspectos innatos como a los adquiridos que intervienen en la aparición de la sintomatología ansiosa normal o patológica (Cardona et al., 2015).

La ansiedad, se caracteriza por la presencia de tres dimensiones. La primera, es la preocupación corporal, en la cual, las personas que padecen ansiedad son más sensibles a los cambios físicos (como palpitaciones o sudoración), una preocupación importante que aumenta la conciencia física (Mallorquí, 2016).

En segundo lugar, el miedo a la enfermedad, el cual conlleva a dos tipos de conductas: evitar acudir a valoración médica para que no confirmen la enfermedad que temen, y realizar prácticas tranquilizadoras, que reiteradamente se traducen en intervenciones médicas, que brindan un alivio temporal, hasta que surge un nuevo problema de salud que obliga a consultar reiteradamente a diversos especialistas. Finalmente, la sospecha de enfermedad, aunque no existen pruebas concluyentes (Mallorquí, 2016).

De acuerdo con dicha categorización, indica que existen ciertos rasgos distintivos que en conjunto con los síntomas dan las pautas necesarias para realizar un diagnóstico de un trastorno ansioso. Así mismo, existen una serie de indicaciones que llevan al diagnóstico; para ello, dentro del área de la psicopatología, se delimita entre el miedo ante situaciones que se consideran amenazantes, que sería una reacción normal del cuerpo y la respuesta desproporcionada y desmedida con un carácter anticipatorio ante un estímulo (Contreras et al., 2020).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales en su 5ta Edición de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-5), los trastornos de ansiedad comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas, así mismo, hace referencia a los siguientes como parte de este grupo: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social (fobia social), trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otros trastornos de ansiedad especificado, y no especificado (DSM-5, 2014).

En cuanto al trastorno de ansiedad por separación, se caracteriza por miedo o ansiedad excesiva para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego, dada por al menos 3 de las siguientes: 1) Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; 2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego 3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso que cause la separación; 4) Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación; 5) Miedo excesivo y persistente a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; 6) Resistencia o rechazo persistente a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego; 7) Pesadillas

repetidas sobre el tema de la separación; 8) Quejas repetidas de síntomas físicos cuando se prevé la separación (Chacón et al., 2021).

En cuanto al mutismo selectivo, los criterios incluyen: Fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por a pesar de hacerlo en otras situaciones; la alteración interfiere en los logros educativos o laborales, o en la comunicación social; la duración de la alteración es como mínimo de un mes (no limitada al primer mes de escuela); el fracaso para hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social; la alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro autista, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico (Madeiro y Larraguibel, 2018).

En relación al trastorno de ansiedad social, se caracteriza por Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Así mismo, las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad, llevando al individuo a tener miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente y a la evitación (Velez, 2019).

En cuanto al trastorno de pánico, se caracteriza por la aparición súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro (o más) de los síntomas siguientes: palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo, escalofríos o sensación de calor, parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo), desrealización (sensación

de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo), miedo a perder el control o de "volverse loco", miedo a morir (Montes et al., 2018).

Por su parte, la ansiedad generalizada se caracteriza por preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). Así mismo, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, y esta no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo), ni por otro trastorno mental (Mera et al., 2021).

En relación al trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, el trastorno no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos. Tal evidencia de un trastorno de ansiedad independiente puede incluir lo siguiente: síntomas que anteceden al inicio del consumo de la sustancia/medicamento, que persisten durante un período importante (p. ej., aproximadamente un mes) después del cese de la abstinencia aguda o la intoxicación grave; o existen otras pruebas que sugieren la existencia de un trastorno de ansiedad independiente no inducido por sustancias/medicamentos (Mera et al., 2021).

En el trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico, con pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. Así mismo, la alteración no se explica mejor por otro trastorno mental y no se produce exclusivamente durante el curso de un delirium (DSM-5, 2014).

Finalmente, en los trastornos de ansiedad especificados y no especificados, el primero aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad y el segundo, aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad (DSM-5, 2014).

En el caso de la depresión, el término surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. Históricamente, el análisis del constructo “depresión” ha considerado dos modelos comprensivos: el unitario y el binario. El modelo unitario plantea que la depresión es el resultado de una vía final común psicobiológica, independientemente de sus causas o desencadenantes. El modelo binario, por el contrario, considera dos subtipos de depresión: las endógenas/psicóticas y las neuróticas/reactivas. Sin embargo, existe un tercer modelo, el jerárquico (Botto et al., 2014).

En la actualidad, la depresión, es considerada un estado patológico en el cual aparece un sentimiento de tristeza persistente y pérdida de interés en las actividades que normalmente antes el individuo disfrutaba, así como, incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas. Otros síntomas de depresión son: pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio (OMS, 2021).

El DSM-5 clasifica los trastornos depresivos en: a) trastorno de desregulación del estado de ánimo disruptivo; b) trastorno depresivo mayor; c) trastorno depresivo persistente (distimia), d) trastorno disfórico premenstrual e) trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento; f) trastorno depresivo debido a otra afección médica trastorno depresivo debido a otra afección médica; g) otros trastornos depresivos especificado; h) otros trastornos depresivos no especificado (Chand y Arif, 2019).

En cuanto al trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, se caracteriza por accesos de cólera grave y recurrente que se manifiestan verbal o de comportamiento, cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación, con una frecuencia media de tres o más veces por semana, durante al menos 12 meses o más. El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años y los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (Zepf et al., 2017).

El trastorno depresivo mayor, consta de estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, con una disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. Se asocia a pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, insomnio o hipersomnia casi todos los días, agitación o retraso psicomotor casi todos los días, fatiga o pérdida de energía casi todos los días, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. Todo ello por al menos dos semanas (Gallego et al., 2021).

En cuanto al trastorno depresivo persistente (distimia), consiste en estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años. Así mismo, presencia de: poco apetito o sobrealimentación, insomnio o hipersomnias, poca energía o fatiga, baja autoestima, falta de concentración o dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza (Duran, 2018).

En relación al trastorno disfórico premenstrual, se presenta labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo), irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales, estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio, ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (DMS-5, 2014).

Por su parte, en el trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento, existe alteración importante y persistente del estado de ánimo que predomina en el cuadro clínico y que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades. Además, los síntomas son desarrollados durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento (DSM-5, 2014).

El trastorno depresivo debido a otra afección médica, se caracteriza por un período importante y persistente de estado de ánimo deprimido o una disminución notable del interés o placer por todas o casi todas las actividades predomina en el cuadro clínico. Además, existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es la consecuencia

fisiopatológica directa de otra afección médica. El trastorno causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento (Gallego et al., 2021).

Finalmente, en el trastorno depresivo especificado, aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos; y el no especificado, aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos (DSM-5, 2014).

Las complicaciones relacionadas con la depresión pueden incluir: abuso de drogas y alcohol, problemas académicos, conflictos familiares y dificultades en las relaciones interpersonales, intento de suicidio, entre otros. Independiente del mecanismo etiopatogénico involucrado en su origen y de las diversas formas que puede tomar, la “verdadera” depresión mantiene una coherencia fenomenológica entre sus manifestaciones, el estilo de personalidad y el contexto sociocultural (Mendoza y Mancacela, 2022).

Con respecto a la ansiedad y depresión, se ha identificado que se relacionan recíprocamente de forma negativa con la dimensión denominada claridad y regulación emocional de la IE, siendo esta última un predictor incluso del riesgo suicida. Dependiendo de la claridad emocional, la reparación emocional y la atención emocional de la persona, la IE contribuye a la salud emocional al promover el afrontamiento adaptativo frente al estrés cotidiano; por su parte, la despersonalización

es la dimensión o variable que se relaciona con los valores más altos de depresión. Así mismo, se ha determinado que existen relaciones recíprocas indirectas o negativas entre los componentes claridad y reparación con los síntomas depresivos/ansiosos y estrés y correlación directa entre el componente de atención y depresión (Nightingale et al., 2018) (Sharon y Grinberg, 2018).

También se ha encontrado influencia significativa del aprendizaje basado en problemas, en el desarrollo de la IE y diferencias de género: en los varones no se encontraron diferencias de inteligencia emocional entre grupos (logro inicial y logro superior); sin embargo, en las mujeres de logro inicial puntuaron más alto que el grupo de mujeres de logro superior, en evaluación emocional de los demás, uso de emociones y los valores de IE (Montenegro, 2020).

En relación a lo anterior, se han desarrollado estudios que combinan estas variables. En Paraguay, Ayala et al., (2021), determinaron la asociación entre inteligencia emocional, niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina, en una muestra de 276 estudiantes. Los resultados mostraron que 65,5% correspondía al sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 a 31 años. Así mismo, 61,4 % tenía síntomas de depresión y 67,7% de ansiedad. El análisis mostró relación entre sexo y la inteligencia emocional, así como entre la inteligencia emocional con los promedios de depresión y ansiedad de los individuos.

En Chile, Barraza et al., (2017), realizó un estudio con el objetivo de determinar el grado de relación entre las ramas de la inteligencia emocional autopercebida y los síntomas depresivos-ansiosos y estrés reportados por estudiantes universitarios de primer año de medicina. Los resultados referidos a la autopercepción de inteligencia emocional, situaban a la muestra de estudiantes en una proporción entre 26% y 35% de déficit en cuanto al desarrollo de IE. A su vez los resultados referidos al autorreporte de depresión, ansiedad y estrés, dan cuenta que entre 37% a 45% se

ubicaba en niveles patológicos. Finalmente, hubo una relación inversa entre las ramas claridad y reparación con los síntomas depresivos ansiosos y estrés, además de una correlación directa entre la rama de atención con depresión.

En otro estudio realizado en Perú, por Montenegro (2020), se determinó el papel protector de la inteligencia emocional ante la ansiedad, depresión, estrés académico y el burnout académico en estudiantes universitarios, encontrándose que la IE fue un factor protector para la ansiedad y el estrés académico, proporcionando mayor capacidad de afrontamiento en los estudiantes que lo padecían. Así mismo, encontró relación entre IE y estrés, donde, a mayor IE, mayor capacidad para afrontar el estrés.

En Venezuela, García et al., (2021), realizaron un estudio sobre IE y autoeficacia académica en relación con el bienestar psicológico de estudiantes universitarios durante la COVID-19. La muestra estuvo compuesta por 277 estudiantes universitarios, de los cuales 252 eran mujeres (91%), con una media de edad de 20,35 años. Los resultados indicaron niveles medios de autoeficacia académica (IQR=2) e inteligencia emocional: claridad (IQR=10), atención (IQR=10) y bienestar psicológico (IQR=5); con diferencias estadísticas según sexo y edad, concretamente en regulación emocional ($p=0,001$) y en vínculos de bienestar psicológico ($p=0,012$) a favor de los hombres. La IE y la autoeficacia académica resultaron ser predictores significativos del bienestar psicológico y sus dimensiones, específicamente sobre el control.

Por tal motivo, y con base a lo antes mencionado, se considera de gran interés desarrollar la presente investigación con la finalidad de determinar factores sociodemográficos, inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la promoción 91, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

JUSTIFICACIÓN

Las teorías de la IE, consideran a ésta como una inteligencia genuina, que propicia el uso adaptativo de las emociones facilitando el procesamiento de la información emocional, permitiendo utilizar las emociones a favor de un razonamiento más efectivo. En este sentido se reconoce que la IE es una variable que se relaciona con otras del espectro emocional como la ansiedad y la depresión, y que además, se pone en juego en las profesiones de la salud dado que facilita el razonamiento clínico, la relación médico-paciente, e incluso las habilidades clínico-quirúrgicas.

Es así como la literatura establece que el manejo emocional es parte fundamental de las habilidades clínicas deseables en los estudiantes de medicina; no obstante, es posible que no todos los aspirantes a seguir estudios de medicina presenten el conjunto de estas cualidades (Ayala et al., 2021).

Por otra parte, la alta prevalencia de depresión y ansiedad, asociada a estudiantes de medicina, afectaría negativamente su autopercepción emocional, mermando los recursos emocionales disponibles para manejar los efectos negativos generados por la sobrecarga académica que impone la carrera a sus estudiantes, deteriorando el bienestar físico, personal y social. Debido a esto, existe evidencia que una adecuada percepción de IE pudiera actuar como un factor protector de la carga emocional negativa, particularmente en estudiantes del área de salud (Ayala et al., 2021).

Es importante considerar y reconocer que el manejo emocional es parte fundamental de las habilidades clínicas deseables en los estudiantes de medicina y en la población general; donde trastornos como la ansiedad y la depresión funcionan como

consecuencias devastadoras para la esfera mental del estudiante. Es por ello que, el presente estudio tendrá por objetivo determinar los factores sociodemográficos, inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de la promoción 91, Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar factores sociodemográficos, inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina promoción 91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Objetivos específicos

1. Señalar los factores sociodemográficos del grupo a estudiar.
2. Establecer el nivel socioeconómico de la muestra a estudiar.
3. Identificar los rangos de inteligencia emocional de dicho grupo.
4. Evidenciar los componentes de inteligencia emocional en los estudiantes.
5. Identificar niveles de ansiedad y depresión de la muestra a estudiar.
6. Relacionar los factores sociodemográficos según rangos de inteligencia emocional.
7. Comparar los factores sociodemográficos según niveles de ansiedad y depresión.

8. Correlacionar el nivel socioeconómico con los rangos de inteligencia emocional y niveles de ansiedad y depresión.
9. Relacionar los componentes de inteligencia emocional con los niveles de ansiedad y depresión.
10. Correlacionar los rangos de inteligencia emocional con los componentes de la misma.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Este estudio fue de tipo descriptivo, cuantitativo, científico, de campo, no experimental, de corte transversal.

Universo

Conformado por 180 estudiantes inscritos en la promoción 91 (universo conocido o finito) de la carrera de Medicina de la Escuela de Ciencias de la Salud, Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, Ciudad Bolívar, Estado Bolívar.

Muestra

La determinación del tamaño de la muestra se realizó a partir de un universo conocido o finito de 180 estudiantes (población registrada en Control de Estudios de la Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar de los estudiantes de la promoción 91 de la carrera de medicina), para lo cual se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Total de la población.

Z α = 1.96 al cuadrado (seguridad del 95%)

p = proporción esperada (5% = 0.05)

q = 1 – p (1-0.05 = 0.95)

d = precisión (5%).

Sustituyendo estos valores en la fórmula:

$$N = \frac{180 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,25)^2}{(0,05)^2 \cdot (180-1) + (1,96)^2 \cdot (0,25)^2}$$

$$N = \frac{180 \cdot (3,8416) \cdot (0,0625)}{(0,0025) \cdot (179) + (3,8416) \cdot (0,0625)}$$

$$N = \frac{49,94}{0,4475 + 0,24} = \frac{49,94}{0,6875} = 72,64 \quad N = 63.$$

Quedando conformada la muestra por 63 estudiantes.

Criterios de inclusión

- Estudiantes de Medicina sin distinción de sexo ni procedencia.
- Estudiantes de Medicina regulares de la promoción 91.
- Estudiantes de Medicina que decidan participar voluntariamente y den su consentimiento informado.
- Estudiantes de Medicina sin patología psiquiátrica previa.

Procedimientos

Se elaboró una carta dirigida al Dr. Julio Barreto, Director del Centro de Salud Mental de la Universidad de Oriente a fin de solicitar la autorización para la realización del trabajo de investigación (Apéndice A). Posteriormente, se procedió a

entregar a los estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión, un consentimiento informado el cual firmaron o no aceptando su participación voluntaria en el estudio (Apéndice B). Luego, se realizó el llenado de la hoja de recolección de datos sociodemográficos (edad, sexo, tipo de familia, religión, estado civil, procedencia, domicilio, ocupación, hijos) (Apéndice C).

Para la determinación del nivel socioeconómico se hizo uso de la escala de Graffar modificado por Méndez – Castellano (Anexo A), donde cada variable se puntuó del 1 al 5 y cada variable evaluada con su puntaje correspondió a una condición o característica que tipifica a un grupo o estrato socioeconómico. La suma de todo el puntaje permitió agrupar y determinar el estrato al que pertenece esa persona o el grupo familiar:

- Estrato I: 4, 5, 6 puntos; ubica a las personas dentro de la clase alta
- Estrato II: 7, 8, 9 puntos; clase media alta.
- Estrato III: 10, 11, 12 puntos; clase media baja.
- Estrato IV: 13, 14, 15, 16 puntos: situación de pobreza.
- Estrato V: 17, 18, 19, 20 puntos: situación de pobreza crítica con alto nivel de privación.

Para medir la inteligencia emocional, se usó el Baron Emotional Quotient Inventory (Inventario de Cociente Emocional de Baron – ICE) en su versión para mayores de 16 años (Anexo B), el cual contiene 133 ítems con una escala tipo Likert de cinco puntos la cual contiene una serie de frases cortas que permiten hacer una descripción de ti mismo(a). Para ello, los evaluados respondieron a cada ítem de acuerdo a como se sienten, piensan o actúan la mayoría de las veces, según las siguientes opciones de respuestas:

- Rara vez o nunca
- Pocas veces.
- A veces.
- Muchas veces.
- Con mucha frecuencia o siempre.

La interpretación de los resultados del Baron - ICE requiere del usuario una comprensión general de la Inteligencia Emocional. Cuando esto ocurre, los resultados obtenidos son fáciles de interpretar. Por ejemplo, un individuo con una puntuación escalar por debajo de 80 en el Cociente Emocional (CE) total demuestra una capacidad poco desarrollada de la conducta emocional y social, pero con probabilidades de mejorar.

Cuando se usa la estrategia psicométrica es importante recordar que las normas de las pruebas representan la ejecución en el test de la muestra de tipificación, es decir del grupo normativo de referencia. Proporcionan un estándar de comparación para cualquier puntaje bruto alcanzado en el test. Indica la posición relativa del sujeto respecto al grupo normativo, permitiendo una interpretación significativa de su rendimiento con relación a otros.

Rangos: puntuaciones escalares

- 130 y más: capacidad emocional y social atípica. Excelentemente desarrollada.
- 120 a 129: capacidad emocional y social muy alta. Muy bien desarrollada.
- 110 a 119: capacidad emocional y social alta. Bien desarrollado.
- 90 a 109: capacidad emocional y social adecuada. Promedio.

- 80 a 89: capacidad emocional y social baja. Mal desarrollado. Necesita mejorarse.
 - 70 a 79: capacidad emocional y social muy baja. Necesita mejorarse considerablemente.
 - 69 o menos: capacidad emocional y social atípica y deficiente. Nivel de desarrollo marcadamente bajo
-
- El modelo de Baron - ICE comprende cinco componentes principales: intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general. A su vez, cada una de estas amplias dimensiones involucra un número de subcomponentes que son habilidades relacionadas:
-
- El CE del Componente Intrapersonal evalúa el sí mismo, el yo interior. Comprende los siguientes subcomponentes: comprensión emocional de sí mismo (CM), que es la habilidad para percatarse y comprender nuestros sentimientos y emociones; diferenciarlos y conocer el porqué de los mismos; asertividad (AS), que es la habilidad para expresar sentimientos, creencias y pensamientos sin dañar los sentimientos de los demás y defender nuestros derechos de una manera no destructiva; autoconcepto (AC), que es la habilidad para comprender, aceptar y respetarse a sí mismo, reconociendo nuestros aspectos positivos y negativos, como también nuestras limitaciones y posibilidades; autorrealización (AR), que es la habilidad para realizar lo que realmente podemos, queremos y disfrutamos de hacerlo; e independencia (IN), es la habilidad para autodirigirse, sentir seguridad de sí mismo con respecto a nuestros pensamientos, acciones y ser independientes emocionalmente para tomar nuestras decisiones (Ugarriza, 2001).

- El CE del Componente Interpersonal abarca las habilidades y el desempeño interpersonal. Comprende los siguientes subcomponentes: empatía (EM), que es la habilidad de percatarse, comprender, y apreciar los sentimientos de los demás; las relaciones interpersonales (RI), que es la habilidad para establecer y mantener relaciones mutuas satisfactorias que son caracterizadas por una cercanía emocional e intimidad; y la responsabilidad social (RS), que es la habilidad para demostrarse a sí mismo como una persona que coopera, contribuye y que es un miembro constructivo del grupo social (Ugarriza, 2001).
- El CE del Componente de Adaptabilidad permite apreciar cuán exitosa es la persona para adecuarse a las exigencias del entorno, evaluando y enfrentando de manera efectiva las situaciones problemáticas. Comprende los siguientes subcomponentes: solución de problemas (SP), que es la habilidad para identificar y definir los problemas como también para generar e implementar soluciones efectivas; la prueba de la realidad (PR), que es la habilidad para evaluar la correspondencia entre lo que experimentamos (lo subjetivo) y lo que en la realidad existe (lo objetivo); y la flexibilidad (FL), que es la habilidad para realizar un ajuste adecuado de nuestras emociones, pensamientos y conductas a situaciones y condiciones cambiantes (Ugarriza, 2001).
- El CE del Componente del Manejo del Estrés. Comprende los siguientes subcomponentes: tolerancia al estrés (TE), que es la habilidad para soportar eventos adversos, situaciones estresantes, y fuertes emociones sin “desmoronarse”, enfrentando activa y positivamente el estrés y el control de los Impulsos (CI), que es la habilidad para resistir o postergar

un impulso o tentaciones para actuar y controlar nuestras emociones (Ugarriza, 2001).

- El CE del Componente del Estado de Ánimo General mide la capacidad de la persona para disfrutar de la vida, la perspectiva que tenga de su futuro, y el sentirse contenta en general. Comprende los siguientes subcomponentes: felicidad (FE), que es la habilidad para sentirse satisfecho con nuestra vida, para disfrutar de sí mismo y de otros, divertirse y expresar sentimientos positivos; y optimismo (OP), que es la habilidad para ver el aspecto más brillante de la vida y mantener una actitud positiva a pesar de la adversidad y los sentimientos negativos (Ugarriza, 2001).

En cuanto a la validez y confiabilidad del Baron - ICE la validez aparente y de contenido no es la validez en sentido estadístico verdadero, sino más bien un indicativo de cuan bien se piensan los ítems, que cubren el dominio de cada una de las escalas (validez de contenido) y cuán fácilmente son entendidos por el participante (validez aparente), con respecto a este tipo de validación el ICE (índice de cociente emocional) fue convalidado principalmente por la forma sistemática en la cual los ítems fueron generados y seleccionados (Ugarriza, 2001).

La efectividad de este tipo de validación fue examinada mediante un procedimiento estadístico denominado análisis de los ítems, el cual es susceptible al texto de los ítems, las numerosas series de análisis de los ítems ayudaron a “descartar” los que se relacionaban deficientemente con las definiciones y que no eran bien entendidos por las personas que respondían a ellos. También se hizo uso de la validez factorial. Este método se aplicó para observar cuan bien los factores propuestos “se llevaban juntos” (Ugarriza, 2001).

En cuanto a la validación de construcción, los resultados muestran una adecuación cercana entre la estructura de la subescala teórica esperada y la estructura de la subescala empírica sugerida por el análisis de los factores. En relación a la confiabilidad se trabajó la confiabilidad de consistencia interna, la cual se refiere al nivel en el cual todos los ítems de una escala particular miden la misma construcción, siendo examinada. Los coeficientes promedios del Alfa de Crombach son altos para todas las subescalas, variando de un coeficiente bajo 0.69 (responsabilidad social) a uno alto 0.86 (autoestima), con un coeficiente de consistencia interna promedio total de 0.76 (Ugarriza, 2001).

Otro tipo de confiabilidad utilizada es la de test retest o coeficiente de estabilidad, se trabajaron con tiempos de 1 mes y 4 meses, la aplicación después de 1 mes arrojó una correlación de 0.85 y después de 4 meses fue de 0.75. Se concluye con una confiabilidad más que adecuada (Ugarriza, 2001).

Para medir el nivel de ansiedad y depresión se aplicó la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg - Goldberg Anxiety and Depression Scale (EADG) (Anexo C), la cual fue propuesta por su autor en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración que pudiera ser utilizada por médicos no psiquiatras como instrumento de pesquisaje. Su sencillez, unida a su capacidad de aportar información dimensional sobre la gravedad, ha hecho que esta escala haya sido ampliamente recomendada como instrumento de cribaje, tanto con fines asistenciales como epidemiológicos, y/o como guía de la entrevista clínica en el ámbito de la atención primaria (Goldberg, et al., 1988; Martín et al., 2016).

El instrumento consta de dos sub-escalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada sub-escala tiene 9 ítems de respuesta dicotómica (Si/No) y se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje, para determinar si es o no probable que exista un

trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan si se obtiene respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más para ansiedad y más de 1 para depresión). Se da una puntuación independiente para cada escala, con un punto para cada respuesta afirmativa. Los puntos de corte son: ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión (Goldberg, et al., 1988; Martín et al., 2016).

Operacionalización de variables

Variables	Operacionalización
Edad	21 – 23 24- 26 27 -29 30-32
Sexo	Femenino Masculino
Tipo de familia	Nuclear Extendida Monoparental Otro
Religión	Cristiano católico Cristiano evangélico Musulmán Otro
Estado Civil	Unión libre Soltero Concubinato Casado Divorciado

	Viudo
Procedencia	Foráneo Local
Ocupación	Si No ¿Cuál?
Hijos	Si No
Inteligencia emocional (Rangos)	<p>≥130 Marcadamente alta capacidad emocional.</p> <p>120 a 129 Muy alta capacidad emocional.</p> <p>110 a 119 Alta capacidad emocional bien desarrollada.</p> <p>90 a 109 Promedio. Capacidad emocional adecuada.</p> <p>80 a 89 Baja capacidad emocional.</p> <p>70 a 79 Muy baja capacidad emocional.</p> <p>69 y menos Marcadamente baja capacidad emocional</p>
Componente Intrapersonal	Superior Promedio Limítrofe Inferior Marcadamente bajo
Componente Interpersonal	Superior Promedio Limítrofe Inferior

	Marcadamente bajo
Componente Adaptabilidad	Superior Promedio Limítrofe Inferior Marcadamente bajo
Componente Manejo del estrés	Superior Promedio Limítrofe Inferior Marcadamente bajo
Componente Estado de ánimo general	Superior Promedio Limítrofe Inferior Marcadamente bajo
Nivel socioeconómico	Estrato I Estrato II Estrato III Estrato IV Estrato V
Ansiedad	Si No
Depresión	Si No

Análisis Estadístico

Los resultados fueron presentados mediante tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia utilizando valores absolutos y relativos; realizados con el programa Microsoft Excel® 2010 para la elaboración de la base de datos y el paquete estadístico IBM SPSS Windows versión 23 para el análisis de los mismos. Para comparar variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (χ^2) con margen de confianza de 95%. Se usó el porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Tabla 1

**Factores sociodemográficos en estudiantes de medicina promoción 91.
Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Grupo etario (años)	N	%
21 – 23	0	0
24 - 26	30	47,6
27 – 29	28	44,4
30 – 32	5	7,9
Total	63	100,0
Sexo	N	%
Femenino	37	58,7
Masculino	26	41,3
Total	63	100,0
Tipo de familia	N	%
Nuclear	39	61,9
Extendida	11	17,5
Monoparental	11	17,5
Otras	2	3,2
Total	63	100,0
Religión	N	%
Cristiano Católico	36	57,1
Cristiano Evangélico	19	30,2
Otros (Ateo)	8	12,7
Total	63	100

De la muestra de 63 estudiantes de medicina de la promoción 91 en cuanto a los factores sociodemográficos se observó que, el grupo etario predominante se encontró entre los 24 - 26 años con 47,6% (n=30), seguido por 27 - 29 años 44,4% (n=28) y por último 30 – 32 años 7,9% (n=5); no evidenciándose resultados entre 21 – 23 años. Respecto al género, resaltó que 58,7 % (n=37) fueron del sexo femenino y 41,3% (n=26) masculinos. En cuanto al tipo de familia, destacó la nuclear 61,9% (n=39), seguida por la extendida y monoparental con 17,5% (n=11) para cada una y por último “Otras” 3,2% (n=2). Al referirnos a la religión, 57,1% (n=36) fueron cristianos católicos, 30,2% (n=19) cristianos evangélicos y 12,7% (n=8) otros.

Tabla 1.1

Estado civil, hijos, procedencia, domicilio y ocupación en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Estado civil	N	%
Soltero	56	88,9
Casado	1	1,6
Divorciado	0	0,0
Unión libre	0	0,0
Concubinato	6	9,5
Viudo	0	0
Total	63	100
Hijos	N	%
No	59	93,7
Si	4	6,3
Total	63	100
Procedencia	N	%
Foráneo	47	74,6
Local	16	25,4
Total	63	100
Domicilio	N	%
Alquilado	44	69,8
Propio	6	9,5
Vive con familiar	13	20,6
Total	63	100,0
Ocupación	N	%
No	42	66,7
Si	21	33,3
Total	63	100,0

En cuanto al estado civil los solteros ocuparon el primer lugar 82,5 % (N= 52), seguido de quienes vivían en concubinato 11,1% (N= 7), casado 3,2% (N= 2), divorciado y unión libre 1,6% (N=1) para cada caso. Solo 6,3% (N= 4) indicó ser padre, mientras 93,7% (N= 59) no tuvo hijos.

La procedencia foránea representó 74,6% (N= 47) de la muestra y 25,4% (N= 16) locales. En relación al domicilio 69,8% (N= 44) vivían alquilados y 20,6% (N=13) con un familiar, por otro lado 9,5% (N=6) tenían vivienda propia. Del total de estudiantes encuestados 66,7% (N= 42) se dedicaron únicamente a estudiar, mientras que 33,3% (N= 21) estudiaban y trabajaban: en el comercio 9,5% (N= 6) seguido por emprendedores 7,9% (N=5) y los que se dedicaban a freelancer y vendedor 4,8% (N=3) en cada caso. Hubo 6,3% (N= 4) que trabajaban, pero sus ocupaciones no fueron definidas.

Tabla 2

**Nivel socioeconómico en estudiantes de medicina promoción 91.
Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Escala de Graffar	N	%
Clase alta I	6	9,5
Clase media alta II	36	57,1
Clase media III	18	28,6
Clase media baja IV	3	4,8
Clase baja V	0	0,0
Total	63	100,0

El estrato socioeconómico de mayor frecuencia fue clase media alta (II) 57,1% (N=36), seguido de clase media (III) 28,6% (N=18). Por su parte la clase alta (I) y media baja (IV) presentaron 9,5% (N=6) y 4,8% (N=3) respectivamente. El estrato V correspondiente a la clase baja, no reporto datos.

Tabla 3

**Rangos de inteligencia emocional en estudiantes de medicina promoción
91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Inteligencia emocional	N	%
Marcadamente alta capacidad emocional	3	4,8
Muy alta capacidad emocional	1	1,6
Alta capacidad emocional, bien desarrollada	3	4,8
Promedio. Capacidad emocional adecuada	17	27,0
Baja capacidad emocional	13	20,6
Muy baja capacidad emocional	13	20,6
Marcadamente baja capacidad emocional	13	20,6
Total	63	100

En cuanto a los rangos de inteligencia emocional se encontró que resalto Promedio (Capacidad emocional adecuada) 26,98% (N= 17), seguida de Baja capacidad emocional, Muy baja capacidad emocional y Marcadamente baja capacidad emocional con 20,63% (N=13) para cada caso; por su parte, Marcadamente alta capacidad emocional y Alta capacidad emocional, bien desarrollada 4,76% (N=3) con igual valor para ambas y por último Muy alta capacidad emocional 1,59% (N=1).

Tabla 4

**Componentes de inteligencia emocional en estudiantes de medicina
promoción 91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado
Bolívar.**

Interpersonal	N	%
Superior	5	7,94
Promedio	22	34,92
Limítrofe	15	23,81
Inferior	7	11,11
Marcadamente bajo	14	22,22
Total	63	100,00
Intrapersonal	N	%
Superior	7	11,11
Promedio	18	28,57
Limítrofe	19	30,16
Inferior	15	23,81
Marcadamente bajo	4	6,35
Total	63	100,00
Adaptabilidad	N	%
Superior	0	0,00
Promedio	12	19,05
Limítrofe	20	31,75
Inferior	22	34,92
Marcadamente bajo	9	14,29
Total	63	100,00

El componente emocional interpersonal fue predominantemente promedio 34,92% (N=22), seguido de limítrofe 23,81% (N=15), marcadamente bajo 22,22% (N=14), inferior 11,11% (N=7) y superior 7,94% (N=5); En cuanto al intrapersonal, resultó limítrofe 30,16% (N=19), seguido de promedio 28,57% (N=18), inferior 23,81% (N=15), superior 11,11% (N=7) y marcadamente bajo 6,35% (N=4); la adaptabilidad fue predominantemente inferior en 34,92% (N=22), seguido de limítrofe 31,75% (N=20), promedio 19,05% (N=12) y marcadamente bajo 14,29% (N=9).

Tabla 4.1

**Manejo del estrés y estado de ánimo general en estudiantes de medicina
promoción 91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado
Bolívar.**

Manejo del Estrés	N	%
Superior	3	4,76
Promedio	26	41,27
Limítrofe	16	25,40
Inferior	13	20,63
Marcadamente bajo	5	7,94
Total	63	100,00
Estado de Ánimo General	N	%
Superior	6	9,52
Promedio	19	30,16
Limítrofe	11	17,46
Inferior	11	17,46
Marcadamente bajo	16	25,40
Total	63	100,00

En el caso del manejo del estrés, 41,27% (N=26) estuvo en el nivel promedio, seguido de limítrofe 25,40% (N=16), inferior 20,63% (N=13), marcadamente bajo 7,94% (N=5) y superior 4,76% (N=3); mientras que el estado de ánimo general estuvo en un nivel promedio de 30,16 % (N=19), marcadamente bajo 25,40% (N=16), limítrofe e inferior 17,46% (N=11) para cada caso, y superior con 9,52% (N=6).

Tabla 5

Niveles de ansiedad en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Subescala de Ansiedad			
Puntaje	Interpretación de resultados	N	%
0-4	Valor Normal	29	46,03
> 4	Presencia de ansiedad	34	53,97
Total		63	100,00

Como se evidencia en la tabla 5, no todos los estudiantes presentaron ansiedad, sin embargo, se pudo apreciar 53,97% (N=34) que tuvieron probabilidad de tenerla, ya que se situaron en el valor correspondiente de > 4 puntos. Por su parte, para el rango o valor normal el resultado aportó 46,03% (N=29) que para dicho ítem tiene como puntaje de referencia 0-4.

Tabla 5.1

**Niveles de depresión en estudiantes de medicina promoción 91.
Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Subescala de Depresión			
Puntaje	Interpretación de resultado	N	%
0-2	Estado anímico normal	21	33,33
>2	Presencia de depresión	42	66,67
Total		63	100,00

En cuanto a la tabla 5.1, se evidencia que no todos los estudiantes presentaron depresión, sin embargo, se pudo apreciar 66,67% (N=42) que tuvieron probabilidad de tenerla, ya que se situaron en el valor correspondiente de > 2 puntos. Por su parte, para el rango o valor normal el resultado aportó 33,33% (N=21) que para dicho ítem tiene como puntaje de referencia 0-2.

Tabla 6

**Factores sociodemográficos según rangos de inteligencia emocional en
estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar.
Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.**

Factores Sociodemográficos	Rango IE		Marcadamente alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcadamente baja capacidad emocional		Total		Valor P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo																				
Femenino	0	-	1	1,59	2	3,17	12	19,05	9	14,29	10	15,87	8	12,70	42	66,67				
Masculino	0	-	0	0,00	1	1,59	5	7,94	7	11,11	3	4,76	5	7,94	21	33,33				0,48
Total	0		1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100				
Grupo etario (años)																				
24 - 26	0	-	0	0,00	0	0,00	9	14,29	10	15,87	4	6,35	7	11,11	30	47,62				
27 – 29	0	-	1	1,59	2	3,17	7	11,11	6	9,52	8	12,70	4	6,35	28	44,44				0,128
30 – 32	0	-	0	0,00	1	1,59	1	1,59	0	0,00	1	1,59	2	3,17	5	7,94				
Total	0		1	1,59	3	4,75	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100				
Tipo de familia																				
Nuclear	0	-	0	-	2	3,17	10	15,87	15	23,81	7	11,11	5	7,94	39	61,90				
Extendida	0	-	0	-	0	0,00	3	4,76	1	1,59	3	4,76	2	3,17	9	14,29				
Monoparental	0	-	1	1,59	1	1,59	4	6,35	0	0,00	2	3,17	3	4,76	11	17,46				0,49
Otras	0	-	0	-	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	3	4,76	4	6,35				
Total	0	0	1	1,59	3	4,75	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100				

Según los Rangos de Inteligencia Emocional y sexo, predominó el femenino con un total de 66,67% (N=42) y 33,33% (N=21) para los masculinos. Las mujeres puntuaron en la mayoría de las categorías, con 19,5% (N=12) para promedio, 15,87% (N=10) muy baja, 14,29% (N=9) para baja capacidad emocional, 12,70% (N=8) para marcadamente baja, 3,17% (N=2) alta capacidad emocional y 1,59% (N=1) muy alta; mientras que los hombres mostraron baja capacidad emocional 11,11% (N=7), rango promedio y marcadamente bajo 7,94% (N=5) para cada uno, y alta 1,59% (N=1). Para ambos sexos los rangos destacados fueron: promedio 26,98% (N=17), baja 25,40% (N=16), muy baja y marcadamente baja con 20,63% (N=13) para cada uno; por último 4,76% (N=3) alta y 1,59% (N=1) muy alta. No encontrándose individuos

para rango marcadamente alto. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

La medición de los rangos de inteligencia emocional (IE) según edad reveló que, del total, predominó las comprendidas entre 24 – 26 años 47,62% (N=30) y 27 – 29 años 44,44% (N=28), seguida por 30 – 32 años 7,94% (N=5). No hubo individuos entre 21 – 23 años. 26,98% (N=17) de la muestra presentó IE promedio, encontrándose 14,29% (N=9) entre 24 – 26 años, seguido por 11,11% (N=7) entre 27–29 años y 1,59% (N=1) de 30–32. 25,40% (N=16) mostro IE baja, donde 15,87% (N=10) tuvieron 24–26 años y 9,52% (N=6) 27–29 años. 20,63% (N=13) demostró IE muy baja y marcadamente baja, evidenciándose 6,35% (N=4) y 11,11% (N=7) en las edades entre 24-26 años para ambos rangos; así mismo se encontró entre 27 – 29 años, 12,70% (N=8) y 6,35% (N=4) para muy baja y marcadamente baja respectivamente; por último, con respecto a los rangos ya mencionados, entre 30 – 32 años hubo cifras pequeñas de 1,59% (N=1) muy baja y 3,17% (N=2) marcadamente baja. En cuanto a la IE de alta capacidad, se obtuvo 4,76% (N=3), con valores de tan solo 3,17% (N=2) para 27–29 años y 1,59% (N=1) 30– 32. Por último, en cuanto al rango muy alto, solo 1,59% (N=1) entre 27 – 29 años. No se evidencio IE marcadamente alta. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

Con respecto al tipo de familia, se pudo observar prevalencia de la nuclear con un total de 61,90% (n=39) y en todas las categorías. Encabezando el rango bajo 23,81% (N=15), promedio 15,87% (N=10), muy bajo 11,11% (N=7), marcadamente bajo 7,94% (N=5) y alta 3,17% (N=2).

En segundo lugar, del total 11,46% (N=11) encontramos monoparentales, evidenciándose la mayoría en los rangos promedio 6,35% (N=4) y marcadamente bajo 4,76% (N=3); seguidos por muy baja 3,17% (N=2) y por último alta y muy alta

1,59% (N=1) para ambas. La extendida es la tercera en prevalencia 14,29% (N=9), llamando la atención en rangos promedio y muy bajo con 4,76% (N=3) para cada uno; seguidos por marcadamente baja 3,17% (N=2) y baja 1,59% (N=1). Por último, otros tipos de familia, solo obtuvo 6,35% (N=4), en marcadamente baja 4,76% (N=3) y muy baja 1,59% (N=1). El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 6.1

**Religión y estado civil según rangos de inteligencia emocional en
estudiantes de medicina de la promoción 90. Universidad De Oriente - Núcleo
Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Rango IE	Marcadamente alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcadamente baja capacidad emocional		Total		Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Factores Sociodemográficos																	
Religión	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Cristiano Católico	0	0	0	0	2	3,17	11	17,46	11	17,46	7	11,11	6	9,52	37	58,73	0,54
Cristiano Evangélico	0	0,00	1	1,59	0	0,00	5	7,94	4	6,35	2	3,17	5	7,94	17	26,98	
Mustulmán	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Otros (Ateo)	0	0	0	0,00	1	1,59	1	1,59	1	1,59	4	6,35	2	3,17	9	14,29	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100	
Estado civil	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Soltero	0	0,00	1	1,59	2	3,17	13	20,63	14	22,22	12	19,05	10	15,87	52	82,54	0,66
Casado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	3,17	
Divorciado	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	0	0,00	1	1,59	
Unión libre	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	
Concubinato	0	0,00	0	0,00	1	1,59	1	1,59	2	3,17	0	0,00	3	4,76	7	11,11	
Viudo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100	

Es importante señalar que la religión predominante en toda la muestra fue la cristiana católica 58,73% (N=37), seguido por cristianos evangélicos 26,98% (N=17) y en tercer lugar Otros 14,29% (N=9).

En la asociación entre inteligencia emocional y religión predominaron los cristianos católicos con 17,46% (N=11) para promedio y baja capacidad emocional, 11,11% (N=7) muy baja, 9,52% (N=7) marcadamente baja y 3,17% (N=2) para alta. Seguido por cristianos evangélicos con 7,94% (N=5) para promedio y marcadamente baja, 6,35% (N=4) rango bajo, 3,17% (N=2) muy bajo y 1,59% (N=1) muy alta. En el caso de Otros, se reportó 6,35% (N=4) muy baja, 3,17 (N=2) marcadamente baja y

1,59% (N=1) para baja, promedio y alta. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

Respecto a Inteligencia emocional y estado civil, se pudo observar que la mayoría estuvieron en la categoría solteros 82,54% (N=52), donde 22,22% (N=14) mostró baja capacidad emocional, 20,63% (N=13) promedio, 19,05% (N=12) muy baja, 15,87% (N=10) marcadamente baja, 3,17% (N=2) alta y 1,59% (N=1) muy alta. El segundo lugar fue ocupado por concubinato 11,11% (N=7), donde 4,76 % (N=3) presentó marcadamente baja capacidad emocional, 3,17% (N=2) baja y 1,59% (N=1) promedio y alta capacidad emocional. Para casados, 3,17% (N=2) del total de la muestra se encontró en IE promedio. Para divorciado y Unión libre se obtuvo 1,59 % (N=1) en cada caso teniendo muy baja capacidad emocional e IE promedio, respectivamente. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 6.2

Procedencia, domicilio y ocupación según rangos de inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la promoción 90. Universidad de Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Rango IE	Marcadament e alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcadament e baja capacidad emocional.		Total	Valor P
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Factores Sociodemográficos																
Procedencia	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Foráneo	0	0	1	1,59	3	4,76	14	22,22	13	20,63	8	12,70	9	14,29	48	76,19
Local	0	0	0	0,00	0	0,00	3	4,76	3	4,76	5	7,94	4	6,35	15	23,81
Total	0	0	1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100
Domicilio	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alquilado	0	0	1	1,59	2	3,17	11	17,46	12	19,05	7	11,10	8	12,70	41	65,08
Propio	0	0	0	0,00	1	1,59	1	1,59	1	1,59	1	1,59	3	4,80	7	11,11
Vive con familiar	0	0	0	0,00	0	0,00	5	7,94	3	4,76	5	7,94	2	3,20	15	23,81
Total	0	0	1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100
Ocupación	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	0	0	0	0,00	1	1,59	6	9,52	5	7,94	5	7,94	4	6,35	21	33,33
No	0	0	1	1,59	2	3,17	11	17,46	11	17,46	8	12,70	9	14,29	42	66,67
Total	0	0	1	1,59	3	4,76	17	26,98	16	25,40	13	20,63	13	20,63	63	100

La relación entre inteligencia emocional y procedencia reveló predominio en la categoría foráneo con 76,19% (N=48), donde se pudo observar IE promedio con 22,22% (N=14), seguido por baja capacidad emocional 20,63% (N=13), marcadamente baja 14,29% (N=9), muy baja 12,70% (N=8), alta 4,76% (N=3) y muy alta capacidad emocional 1,59 % (N=1); mientras que los locales aportaron 23,81% (N=15), teniendo 7,94% (N=5) muy baja capacidad emocional, 6,35% (N=4)

marcadamente baja y 4,76% (N=3) tanto para promedio como para baja capacidad emocional.

El domicilio destacado fueron los alquilados 65,08% (N=41), seguido por quienes vivían con familiares 23,81% (N=15) y por último con domicilio propio 11,11% (N=7). La relación entre inteligencia emocional y domicilio identificó predominio en las categorías baja, promedio y marcadamente baja en personas que alquilaban en la ciudad, con 19,05% (N=12), 17,46% (N=11) y 12,7% (N=8) respectivamente, seguida de muy baja 11,11 (N=7), alta 3,17% (N=2) y muy alta 1,59% (N=1). Quienes vivían con familiares presentaron inteligencia emocional muy baja y promedio con 7,94% (N=5) en ambos casos, seguidas por baja 4,76% (N=3) y marcadamente baja 3,2% (N=2). Aquellos que tenían vivienda propia tuvieron rango marcadamente bajo 4,8% (N=3) y 1,59% (N=1) para muy baja, baja, promedio y alta por igual.

En cuanto a la variable ocupación, la mayoría de la muestra no presentó ninguna 66,67% (N=42) y el resto 33,33% (N=21) se ocuparon en: comercio 9,5% (N= 6) seguido por emprendedores 7,9% (N=5) y los que se dedicaban a freelancer y vendedor 4,8% (N=3) en cada caso. Hubo 6.3 % (N= 4) que trabajaban, pero sus ocupaciones no fueron definidas

La asociación entre inteligencia emocional y ocupación presentó predominio en todas las categorías de quienes solo estudiaban con 17,46% (N=11) para promedio y baja, 14,29% (N=9) marcadamente baja, 17,70% (N=8) muy baja, y 3,17 (N=2) para alta capacidad emocional. En cuanto a los que además de estudiar trabajaban, 9,52% (N=6) tuvo rango promedio, 7,94% (N=5) para bajo y muy bajo, 6,35% (N=4) marcadamente baja y solo 1,59% (N=1) alta. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 7

Factores sociodemográficos, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Rangos Factores sociodemográficos	Rango de Ansiedad				Total	Rango de Depresión				Total	Valor p ansiedad	Valor p depresión
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad			Valor Normal		Presencia de Depresión				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Sexo												
Femenino	19	30,16	23	36,51	42	66,67	16	25,40	26	41,27	42	66,67
Masculino	10	15,87	11	17,46	21	33,33	5	7,94	16	25,40	21	33,33
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
Grupo etario (años)												
21 – 23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
24 - 26	17	26,98	13	20,63	30	47,62	13	20,63	17	26,98	30	47,62
27 – 29	10	15,87	18	28,57	28	44,44	7	11,11	21	33,33	28	44,44
30 – 32	2	3,17	3	4,76	5	7,94	1	1,59	4	6,35	5	7,94
Total	29	46,03	34	53,97	63	100,00	21	33,33	42	66,67	63	100

En relación al sexo y presencia de ansiedad y/o depresión, se observó predominio del género femenino para ambas, 41,27% (N=26) con probabilidad de padecer depresión y 36,51% (N=23) ansiedad. Por su parte, los varones obtuvieron 25,40% (N=16) para depresión y 17,46% (N=11) ansiedad. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables. Respecto al grupo etario y rango de ansiedad y/o depresión la mayor ponderación la tuvieron aquellos entre 27 – 29 años, con 33,33% (N=21) y 28,57% (N=18) para depresión y ansiedad respectivamente. Seguidos por 24 – 26 años con 26,98% (N=17) para depresión y 20,63% (N=13) ansiedad. Por último, entre 30 – 32 años tan solo se evidenció para depresión 6,35% (N=4) y 4,76% (N=3) para ansiedad. El Test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables.

No se reportaron valores para ansiedad y/o depresión en el grupo etario entre 21 – 23 años.

Tabla 7.1

Tipo de familia, religión, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Factores sociodemográficos	Rangos		Rango de Ansiedad				Rango de Depresión				Valor p			
			Valor Normal		Presencia de Ansiedad		Total		Valor Normal		Presencia de Depresión		ansiedad	depresión
Tipo de familia	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Nuclear	19	30,16	20	31,75	39	61,90	14	22,22	25	39,68	39	61,90	0,63	0,86
Extendida	5	7,94	4	6,35	9	14,29	3	4,76	6	9,52	9	14,29		
Monoparental	3	4,76	8	12,70	11	17,46	3	4,76	8	12,70	11	17,46		
Otras	2	3,17	2	3,17	4	6,35	1	1,59	3	4,76	4	6,35		
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100		
Religión	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Cristiano Católico	19	30,16	18	28,57	37	58,73	11	17,46	26	41,27	37	58,73	0,18	0,45
Cristiano Evangélico	7	11,11	10	15,87	17	26,98	8	12,70	9	14,29	17	26,98		
Musulmán	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Otros (Ateo)	3	4,76	6	9,52	9	14,29	2	3,17	7	11,11	9	14,29		
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100		

En relación al rango de ansiedad según tipo de familia, predominó la nuclear 31,75 % (N=20), monoparental 12,70% (N=8), extendida 6,35 % (N=4) y Otras 3,17 % (N=2). En cuanto al rango de depresión y tipo de familia, también destacó la nuclear 39,68% (N=25), monoparental 12,70 % (N=8), familia Extendida y Otras con 9,52 % (N=6) y 4,76 % (N=3), respectivamente. Para el rango de ansiedad en relación a la religión, el mayor porcentaje estuvo en Cristianos católicos 28,57 % (N=18), seguido por Cristianos evangélicos 15,87 % (N=10) y Otros (Ateo) 9,52 % (N=6). La depresión predominó en cristianos católicos 41,27 % (N=26), seguido por Cristianos evangélicos 14,29 % (N=9) y Otros (Ateo) 11,11 % (N=7). No se reportaron valores de ansiedad y/o depresión en musulmanes. El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 7.2

Estado civil, procedencia, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Factores sociodemográficos	Rango de Ansiedad				Rango de Depresión				Valor p ansiedad	Valor p depresión		
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad		Total		Valor Normal				Presencia de Depresión	
Rangos	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado civil	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
Soltero	24	38,10	28	44,44	52	82,54	18	28,57	34	53,97	52	82,54
Casado	1	1,59	1	1,59	2	3,17	1	1,59	1	1,59	2	3,17
Divorciado	1	1,59	0	0,00	1	1,59	0	0,00	1	1,59	1	1,59
Unión libre	0	0,00	1	1,59	1	1,59	0	0,00	1	1,59	1	1,59
Concubinato	3	4,76	4	6,35	7	11,11	2	3,17	5	7,94	7	11,11
Viudo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
Procedencia	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
Foráneo	20	31,75	28	44,44	48	76,19	15	23,81	33	52,38	48	76,19
Local	9	14,29	6	9,52	15	23,81	6	9,52	9	14,29	15	23,81
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100

En relación al rango de ansiedad y estado civil, predominaron solteros 44,44 % (N=28), seguido de concubinatos 6,35% (N=4), casados y Unión libre 1,59 % (N=1) cada uno. Referente a la presencia de depresión, puntuaron nuevamente solteros con 53,97 % (N=34), concubinos 7,94 % (N=5), 1,59 % (N=1) por igual para casados, divorciados y unión libre.

En cuanto a la ansiedad relacionado con la procedencia, el mayor porcentaje fue evidenciado en foráneos 44,44% (N=28), seguido por locales 9,52% (N=6). Así mismo, la depresión predominó en foráneos 52,38% (N=33) y locales 14,29% (N=9).

No se reportaron valores de ansiedad y/o depresión en viudos. El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 7.3

Domicilio y ocupación, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente –Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar – Estado Bolívar.

Factores sociodemográficos	Rango de Ansiedad				Rango de Depresión				Total	Valor p ansiedad	Valor p depresión	
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad		Valor Normal		Presencia de Depresión					
Rangos	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Domicilio												
Alquilado	19	30,16	22	34,92	41	65,08	14	22,22	27	42,86	41	65,08
Propio	2	3,17	5	7,94	7	11,11	1	1,59	6	9,52	7	11,11
Vive con familiar	8	12,70	7	11,11	15	23,81	6	9,52	9	14,29	15	23,81
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
											0,08	0,24
Ocupación												
Si	12	19,05	9	14,29	21	33,33	6	9,52	15	23,81	21	33,33
No	17	26,98	25	39,68	42	66,67	15	23,81	27	42,86	42	66,67
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100
											0,15	0,09

Para el rango de ansiedad según domicilio, predominaron alquilados 34,92% (N=22), vive con familiar 11,11% (N=7) y vivienda propia 7,94% (N=5). Respecto a la presencia de depresión, alquilados 42,86 % (N=27), seguido por vive con familiar 14,29 % (N=9) y propio 9,52 % (N=6).

En el rango de ansiedad y/o depresión relacionado con la ocupación, tuvo predominio la no ocupación con 39,68% (N=25) y si ocuparse además de estudiar resultó 14,29 % (N=9). La depresión predominó para No 42,86 % (N=27) y 23,81% (N=15) para Si.

El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 8

Niveles socioeconómicos y rangos de inteligencia emocional, en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Rangos IE	Marcadamen te alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcadamen te baja capacidad emocional		Total		Valor p
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escala de Graffar																	
Clase alta I	0	0	0	0	0	0,00	1	1,59	2	3,17	0	0,00	3	4,76	6	10	0,9
Clase media alta II	0	0	0	0	2	3,17	11	17,4	10	15,87	8	12,70	5	7,94	36	57	
Clase media III	0	0	1	1,59	1	1,59	4	6,35	4	6,35	4	6,35	4	6,35	18	29	
Clase media baja IV	0	0	0	0	0	0,00	1	1,59	0	0,00	1	1,59	1	1,59	3	5	
Clase baja V	0	0	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0	
Total	0	0	1	1,59	3	4,76	17	26,9	16	25,4	13	20,6	13	20,6	63	100	

Con respecto a los niveles socioeconómicos y rangos de inteligencia emocional, se identificó predominio de Clase media alta (II) 57% (N=36), encontrándose rango promedio 17,46% (N=11), baja 15,87% (N=10), muy baja 12,70% (N=8), marcadamente baja 7,94% (N=5) y alta 3,17% (N=2); seguido por clase media (III) 29% (n=18), obteniéndose promedio, baja, muy baja y marcadamente baja 6,35% (N=4), para cada una y 1,59% (N=1) para alta y muy alta. Por otro lado, Clase alta (I) representó 10% (N=6) donde se encontró marcadamente baja 4,76% (N=3), baja 3,17% (N=2) y promedio 1,59% (N=1). Por último, clase media baja (IV) aportó 5% (N=3), reportándose marcadamente baja, muy baja y promedio con 1,59% (N=1), para todas. El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 8.1

Niveles socioeconómicos, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Rangos Escala de Graffar	Rango de Ansiedad						Rango de Depresión						Valor p ansiedad	Valor p depresión
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad		Total		Valor Normal		Presencia de Depresión		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Clase alta I	4	6,35	2	3,17	6	9,52	2	3,17	4	6,35	6	9,52	0,089	0,037
Clase media alta II	13	20,63	23	36,51	36	57,14	11	17,46	25	39,68	36	57,14		
Clase media III	10	15,87	8	12,70	18	28,57	7	11,11	11	17,46	18	28,57		
Clase media baja IV	2	3,17	1	1,59	3	4,76	1	1,59	2	3,17	3	4,76		
Clase baja V	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00		
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	21	33,33	42	66,67	63	100		

Al relacionar niveles socioeconómicos con la presencia de ansiedad y/o depresión se obtuvo que la Clase media alta (II) predominó tanto para ansiedad como para depresión, con valores de 36,51% (N=23) y 39,68% (N=25), respectivamente. Lo mismo se observó para la Clase media (III), con 12,70% (n=8) para ansiedad y 17,46% (N=11) para depresión. La Clase alta (I) ocupó el tercer lugar con 3,17 % (N=2) para ansiedad y 6,35% (n=4) depresión. En último lugar, la clase media baja (IV) reportó, 1,59% (N=1) ansiedad y 3,17% (N=2) depresión.

El Test de Fisher mostró relación estadísticamente significativa entre las variables nivel socioeconómico y presencia de depresión.

El test de Fisher no mostro relación estadísticamente significativa entre las variables nivel socioeconómico y presencia de ansiedad.

Tabla 9

**Componentes de inteligencia emocional, ansiedad y depresión en
estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar.
Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Rangos	Rango de Ansiedad				Total		Rango de Depresión				Valor p ansiedad	Valor p depresión		
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad		N	%	Valor Normal		Presencia de Depresión				N	%
Componentes de IE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Intrapersonal														
Superior	2	3,17	5	7,94	7	11,11	3	4,76	4	6,35	7	11,11	0,728	0,21
Promedio	9	14,29	9	14,29	18	28,57	7	11,11	11	17,46	18	28,57		
Limitrofe	11	17,46	8	12,70	19	30,16	8	12,70	11	17,46	19	30,16		
Inferior	6	9,52	9	14,29	15	23,81	3	4,76	12	19,05	15	23,81		
Marcadamente bajo	1	1,59	3	4,76	4	6,35	0	0,00	4	6,35	4	6,35		
Total	29	28,57	34	31,75	63	100	21	17,46	42	42,86	63	100		
Interpersonal	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Superior	0	0,00	5	7,94	5	7,94	1	1,59	4	6,35	5	7,94	0,321	0,065
Promedio	14	22,22	8	12,70	22	34,92	8	12,70	14	22,22	22	34,92		
Limitrofe	8	12,70	7	11,11	15	23,81	5	7,94	10	15,87	15	23,81		
Inferior	2	3,17	5	7,94	7	11,11	3	4,76	4	6,35	7	11,11		
Marcadamente bajo	5	7,94	9	14,29	14	22,22	4	6,35	10	15,87	10	15,87		
Total	29	46,03	34	53,97	63	100,00	21	33,33	42	66,67	63	93,65		
Adaptabilidad	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Superior	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,669	0,378
Promedio	3	4,76	9	14,29	12	19,05	3	4,76	9	14,29	12	19,05		
Limitrofe	12	19,05	8	12,70	20	31,75	10	15,87	10	15,87	20	31,75		
Inferior	9	14,29	13	20,63	22	34,92	4	6,35	18	28,57	22	34,92		
Marcadamente bajo	5	7,94	4	6,35	9	14,29	4	6,35	5	7,94	9	14,29		
Total	29	46,03	34	53,97	63	100,00	21	33,33	42	66,67	63	100,00		

Al relacionar los componentes de inteligencia emocional con ansiedad, se encontró que, el intrapersonal, presento mayores e iguales niveles de ansiedad para promedio e inferior 14,29% (N=9), seguido por límiterofe 12,70% (N=8), superior 7,94% (N=5) y marcadamente bajo 4,76% (N=3). Al asociarse con depresión, destaco el inferior 19,05% (N=12), seguidas por 17,46% (N=11) tanto para promedio y límiterofe y por ultimo superior y marcadamente bajo 6,35% (N=4) para ambos por igual.

En cuanto al componente interpersonal se evidencio mayor ansiedad en marcadamente bajo 14,29% (N=9), seguido por promedio 12,70% (N=8) y limítrofe 11,11% (N=7), y por último superior e inferior con 7,94% (N=5) para cada uno. En cuanto a su relación con la depresión, se encontró promedio 22,22% (N=14), 15,87% (N=10) limítrofe y marcadamente bajo para cada uno y por último superior e inferior con 6,35% (N=4) para ambos.

Al hablar sobre adaptabilidad y ansiedad se observó en Inferior 20,63% (N=13), luego promedio 14,29% (N=9), Limítrofe 12,70% (N=8) y por último marcadamente bajo 6,35% (N=4).

El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 9.1

**Componentes de inteligencia emocional, ansiedad y depresión en
estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar.
Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.**

Rango	Rango de Ansiedad				Rango de Depresión				Valor p ansiedad	Valor p depresión		
	Valor Normal		Presencia de Ansiedad		Total		Valor Normal				Presencia de Depresión	
Componentes IE	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Manejo de Estrés												
Superior	0	0,00	3	4,76	3	4,76	1	1,59	2	3,17	3	4,76
Promedio	10	15,87	16	25,40	26	41,27	9	14,2	17	26,98	26	41,2
Limítrofe	12	19,05	5	7,94	17	26,98	6	9,52	10	15,87	16	25,4
Inferior	6	9,52	6	9,52	12	19,05	4	6,35	8	12,70	12	19,0
Marcadamente bajo	1	1,59	4	6,35	5	7,94	2	3,17	4	6,35	6	9,52
Total	29	46,03	34	53,97	63	100	22	34,9	41	65,08	63	100
Estado de Animo General												
Superior	1	1,59	5	7,94	6	9,52	2	3,17	4	6,35	6	9,52
Promedio	10	15,87	9	14,29	19	30,16	6	9,52	13	20,63	19	30,1
Limítrofe	6	9,52	5	7,94	11	17,46	5	7,94	6	9,52	11	17,4
Inferior	5	7,94	6	9,52	11	17,46	4	6,35	7	11,11	11	17,4
Marcadamente bajo	7	11,11	9	14,29	16	25,40	4	6,35	12	19,05	16	25,4
Total	29	46,03	34	53,97	63	100,0	21	33,3	42	66,67	63	100

Al relacionar los componentes de inteligencia emocional con ansiedad, se encontró en cuanto al manejo del estrés, altos niveles para promedio 25,40% (N=16), seguido por inferior 9,52% (N=6), limítrofe 7,94% (N=5) y por último marcadamente baja y superior con 6,35% (N=4) y 4,76% (N=3) respectivamente. Al asociarlo con depresión, destaco promedio 26,98% (N=17), seguido por limítrofe 15,87% (N=10), inferior 12,70% (N=8), marcadamente bajo 6,35% (N=4) y superior 3,17% (N=2).

En cuanto al componente estado de ánimo general, presento iguales niveles de ansiedad para promedio y marcadamente bajo 14,29% (N=9), seguido por inferior 9,52% (N=6) y 7,94% (N=5) tanto para superior como para limítrofe.

El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 10

**Componentes y rangos de inteligencia emocional en estudiantes de
medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar
- Estado Bolívar**

Rangos IE																		
Componentes IE	Marcadamen te alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollad a		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacida d emociona l		Muy baja capacida d emociona l		Marcada mente baja capacida d emociona l		Total		Valor P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
Intrapersonal																		
Superior	0	0,00	1	1,59	3	4,76	3	4,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	11,1		
Promedio	0	0,00	0	0,00	0	0,00	14	22,22	3	4,76	1	1,59	0	0,00	18	28,5		
Limítrofe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	19,0	7	11,1	0	0,00	19	30,1		
Inferior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	5	7,94	9	14,2	15	23,8		
Marcadamente bajo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	4	6,35	4	6,35	0,006	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,98	1	25,46	1	20,63	13	20,63	63	100		
Interpersonal																		
Superior	0	0,00	1	1,59	1	1,59	3	4,76	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	7,94		
Promedio	0	0,00	0	0,00	2	3,17	10	15,87	8	12,7	2	3,17	0	0,00	22	34,9		
Limítrofe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,76	7	11,1	4	6,35	1	1,59	15	23,8		
Inferior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	1	1,59	2	3,17	3	4,76	7	11,1		
Marcadamente bajo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	7,94	9	14,2	14	22,2	0,008	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,98	1	25,46	1	20,63	13	20,63	63	100		

Al correlacionar componentes y rangos de inteligencia emocional, se observó que, para el Intrapersonal promedio, el rango promedio presento 22,22% (N=14), Baja 4,76% (N=3) y Muy baja 1,59% (n=1). Limítrofe, baja capacidad emocional 19,05% (N=12) y Muy baja 11,11% (n=7). Inferior, rango marcadamente bajo

14,29% (N=9), muy bajo 7,94% (N=5) y bajo 1,59% (N=1). Superior, 4,76% (N=3) tanto para promedio como para alta capacidad y 1,59% (N=1) muy alta. Y por último, componente marcadamente bajo con marcadamente baja capacidad emocional 6,35% (N=4).

En cuanto al componente Interpersonal promedio, el rango promedio predominó con 15,87% (N=10), seguido por baja 12,70% (N=8), y 3,17% (N=2) para muy baja y alta. Limítrofe, con rango baja capacidad emocional 11,11% (N=7), muy baja 6,35% (N=4), promedio 4,76% (N=3) y marcadamente baja 1,59% (N=1). Para marcadamente bajo, resaltó rango marcadamente bajo 14,29% (N=9) y muy bajo 7,94% (N=5). Inferior, marcadamente baja 4,76% (N=3), muy baja 3,17% (N=2), y por último 1,59% (N=1) para baja y promedio. Por último, superior con rango promedio 4,76% (N=3), alta y muy alta con 1,59% (N=1) para cada una.

El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 10.1

Componentes y rangos de inteligencia emocional en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

	Marcada mente alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcada mente baja capacidad emocional		Total	Valor p	
Adaptabilidad	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Superior	0	0,00	0	0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0,003
Promedio	0	0,00	1	1,59	2	3,17	9	14,29	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,90	
Limítrofe	0	0,00	0	0,00	1	1,59	8	12,70	7	11,11	3	4,70	0	0,00	1	3,00	
Inferior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	9	14,29	7	11,11	7	11,11	2	3,60	
Marcada mente bajo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,70	6	9,52	9	14,29	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,47	16	25,40	13	20,63	13	20,63	6	10,30	
Manejo de Estrés	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Superior	0	0,00	1	1,59	1	1,59	1	1,59	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,70	0,058
Promedio	0	0,00	0	0,00	2	3,17	11	17,46	6	9,52	5	7,90	2	3,17	6	9,52	
Limítrofe	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	4,70	5	7,90	4	6,30	4	6,35	1	1,59	
Inferior	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	5	7,90	1	1,59	6	9,52	1	1,59	
Marcada mente bajo	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	1,59	0	0,00	3	4,70	1	1,59	5	7,90	
Total	0	0,00	1	1,59	3	4,76	17	26,47	16	25,40	13	20,63	13	20,63	6	10,30	

En cuanto a adaptabilidad predominó inferior 36,51% (N=23) evidenciándose baja capacidad emocional 14,29% (N=9), muy baja y marcadamente baja 11,11% (N=7); seguido por Limítrofe 30,16% (N=19) donde se observó promedio 12,70% (N=8), baja 11,11% (N=7), muy baja 4,76% (N=3) y alta 1,59% (N=1); para Promedio 19,05% (N=12) observándose 14,29% (N=9) promedio, alta 3,17% (N=2) y muy alta 1,59% (N=1); por último marcadamente bajo 14,29% (N=9) presentó 9,52% (N=6) marcadamente baja y muy baja 4,76% (N=3). El Test de Fisher mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

En relación al Manejo de estrés, predominantemente Promedio 41,27% (N=26) se observó promedio 17,46% (N=11), baja 9,52% (N=6), muy baja 7,94% (N=5), alta y marcadamente baja 3,17% (N=2) en cada caso; seguido por Limítrofe 25,40% (N=16), se obtuvo baja 7,94% (N=5), muy baja y marcadamente baja 6,35% (N=4), y promedio 4,76% (N=3); Inferior 20,63% (N=13) observándose marcadamente baja 9,52% (N=6), baja 7,94% (N=5), promedio y muy baja 1,59% (N=1) para ambos; por su parte marcadamente bajo 7,94% (N=5), mostró muy baja 4,76% (N=3), promedio y marcadamente baja 1,59% (N=1) por igual. El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

Tabla 10.2

Componentes y rangos de inteligencia emocional, en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad de Oriente -Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar.

Rangos IE	Marcadamente alta capacidad emocional		Muy alta capacidad emocional		Alta capacidad emocional, bien desarrollada		Promedio. Capacidad emocional adecuada		Baja capacidad emocional		Muy baja capacidad emocional		Marcadamente baja capacidad emocional		Total	Valor P	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Estado de Animo General																	
Superior	0	0,00	1	1,5	2	3,3	3	4,7	0	0,0	0	0,0	0	0,00	6	9,5	
Promedio	0	0,00	0	0,0	1	1,5	9	14,3	8	12,0	1	1,5	0	0,00	9	30,0	
Limítrofe	0	0,00	0	0,0	0	0,0	3	4,7	7	11,0	0	0,0	0	0,00	0	15,0	0,0
Inferior	0	0,00	0	0,0	0	0,0	2	3,1	1	1,5	8	12,0	1	1,59	2	19,0	
Marcadamente bajo	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	6,3	12	19,0	6	25,0	
Total	0	0,00	1	1,5	3	4,7	17	26,0	16	25,0	1	1,5	13	20,6	6	10,0	

En relación al estado de ánimo general, predominó Promedio 30,16% (N=19), observándose 14,29% (N=9) promedio, baja 12,70% (N=8), alta y muy baja 1,59 % (N=1) para cada caso; seguido por marcadamente bajo 25,40% (N=16), donde se obtuvo marcadamente baja 19,05% (N=12) y muy baja 6,35% (N=4); Inferior 19,05% (N=12), observándose muy baja 12,70% (N=8), promedio 3,17 % (N=2), baja y marcadamente baja 1,59% (N=1) para cada caso; mientras que Limítrofe presentó 15,87% (N=10), mostrando 11,11% (N=7) baja y promedio 4,76% (N=3); por último Superior 9,52% (N=6), donde se obtuvo promedio 4,76% (N=3), alta 3,17 % (N=2) y muy alta 1,59% (N=1). El Test de Fisher no mostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

DISCUSIÓN

El desarrollo de competencias emocionales, minimizaban la vulnerabilidad del estudiante de medicina a determinadas disfunciones como la ansiedad, la depresión y el burnout, generando un incremento en el bienestar psicológico y emocional del mismo durante su etapa formativa y profesional (Leo et al., 2019).

Al estudiar los datos de 63 estudiantes de último año de medicina pertenecientes a la promoción 91 se identificaron como características sociodemográficas predominantemente: edades entre 27 – 29 años 55.6%, sexo femenino 58.7%, tipo de familia nuclear 61.9%, cristianos católicos 57.1%, solteros 88.9%, se dedican únicamente a estudiar 73.3%, donde la procedencia en su mayoría indico ser foráneo 74.6%, y vivir alquilado en la ciudad represento 69.8% y 93,7% señalan no tener hijos. Resultados similares con el estudio realizado en Ciudad Bolívar, Venezuela, por Velásquez y Zapata (2023), a través de los factores sociodemográficos e inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la promoción 89, a excepción de la procedencia donde estos autores señalaron que 66% eran locales y 34% foráneos. En cambio, Contreras et al., 2022, determinaron que 77% provenía de un área rural. Por otro lado, gran parte de los estudiantes se ubica en el estrato II, clase media alta de nivel socioeconómico, seguido de 28.6% pertenece a la clase media, estrato III. En Colombia, Páez y Castaño (2020), establecieron que 33,6% se ubicó en el estrato social IV, seguido de 32,7% en el estrato social III. A nivel local, Venezuela, Jiménez y Rivas (2024) a través de los factores sociodemográficos e inteligencia emocional en estudiantes de medicina de la promoción precisaron que 45.61% eran de clase media alta, y en un mismo porcentaje 45.61% se ubicaron que era clase media baja.

Según Contreras (2023), 67,2% tuvo un nivel medio de IE y para Barraza et al., 2017 los puntajes fueron promedio, situando al global de la muestra en niveles adecuados. En Ecuador, Anchatuña (2018), en un estudio de inteligencia emocional y depresión; 37,6% tuvo una IE adecuada, seguida de 23,5% donde estuvo mal desarrollada. Resultados parecidos a los hallazgos del presente estudio, el cual obtuvo un 26.98% nivel de capacidad emocional adecuada, continuado de baja capacidad emocional, y muy baja capacidad emocional con 20.83% respectivamente. Por el contrario, Velásquez y Zapata (2023), encontraron que el rango de inteligencia emocional estuvo marcadamente alto con 79,6%, seguido de alta capacidad emocional en 6,8, que al comparar con Jiménez y Rivas (2024) La mayoría tuvo un rango de inteligencia emocional marcadamente bajo con 65.71%.

Al clasificar los componentes de la Inteligencia Emocional en el presente estudio, se evidencian que el componente interpersonal fue promedio, el componente intrapersonal fue limítrofe, la adaptabilidad inferior, el manejo del estrés fue promedio y el estado de ánimo general fue promedio. Por el contrario, Jiménez y Rivas (2024) establecieron que el componente interpersonal fue marcadamente bajo, el componente intrapersonal fue inferior, la adaptabilidad inferior y marcadamente baja por igual, el manejo del estrés fue marcadamente bajo y el estado de ánimo general fue inferior, demostrando así una diferencia en los resultados a excepción del componente de adaptabilidad donde se obtuvo inferior en ambos estudios.

La ansiedad es una respuesta natural del cuerpo al estrés, pero cuando se vuelve excesiva puede interferir con la vida diaria. La depresión por otro lado, es un trastorno del estado de ánimo que causa sentimientos de tristeza y pérdida de interés en las actividades diarias. En nuestra universidad se han realizados múltiples estudios para evaluar dichos trastornos en los estudiantes de la carrera de medicina, Betancor y Pierluissi (2022) de 108 participantes, 75% tienen presencia de ansiedad y 66.7% depresión, en el (2021) Bonalde y Bueno en Niveles de estrés, ansiedad y depresión

en estudiantes del último año de la Universidad de oriente, donde 150 partícipes, el 80.7% se encuentra en el grupo de estudiantes con presencia de ansiedad y 85.3% depresión, estos estudios no hacen diferencia con nuestros resultados ambos trastornos obtuvieron el mayor porcentaje, ya que 53.97% para ansiedad y 66.67% para depresión.

La inteligencia emocional según el sexo, mostró predominantemente a las femeninas en todas las categorías con 66,67 % arrojando un 19,05% IE promedio; 15,87% para muy baja capacidad emocional; baja capacidad emocional presentó un 14,29%. El sexo masculino aportó como resultados a la muestra 33,33%, donde se tiene 11,11% de IE baja capacidad emocional, 7,94% para IE promedio, no mostrando semejanzas con la investigación de Carr, realizada en Austria donde se investigó la inteligencia emocional en estudiantes universitarios, presentando los hombres puntajes de IE más altos que las mujeres. De igual forma, en el estudio de Jiménez y Rivas (2024) los resultados obtenidos también predominaron las femeninas, con diferencia que estas tuvieron un porcentaje mayor en una IE marcadamente baja. Otra investigación realizada por Preetha et al., AÑO en India determinaron la Inteligencia Emocional entre estudiantes de medicina mostrando asociación estadísticamente significativa entre la categoría de edad de los participantes del estudio y las puntuaciones de la IE reflejando mayor inteligencia emocional en personas más jóvenes, esto discrepa con el estudio de Velázquez y Zapata (2023) La medición de los rangos de inteligencia emocional (IE) según edad reveló que, 79,6% de la muestra presento IE marcadamente alta, encontrándose 42,7% entre 27 – 29 años, mostrando diferencia con el presente estudio ya que las edades comprendidas entre 27 y 29 años aportaron 44,44 %, de los cuales el 12,70 % está en marcadamente baja capacidad emocional seguido por IE promedio con 11,11%.

La ansiedad y la depresión son dos trastornos mentales muy comunes en la sociedad actual, que afectan a millones de personas en todo el mundo. En relación al sexo y rango de ansiedad y depresión, se observó la prevalencia del sexo femenino para ambos rangos, teniendo para ansiedad 36,51% femeninas con presencia de ansiedad; en el caso de depresión, 41,27% con presencia de depresión. Para el sexo masculino, se pudo notar presencia de ansiedad y depresión en 17,46 % y 25,40%, respectivamente, este resultado tiene similitud con Betancort y Piertussi (2022) donde la mayor prevalencia de presencia de ansiedad es del sexo femenino con 27.8%. Continuando con las edades 27–29 años se tiene que existe en ambas categorías la presencia de ansiedad y depresión ponderándose un 28,57% y 33,33% para cada caso; Comparando con Bonalde y Bueno (2021) donde el grupo etario de 27-28 es donde hubo más prevalencia de ansiedad severa y de igual forma para el caso de depresión con 46.0%. En relación a la procedencia y rango de ansiedad y depresión se puede observar una prevalencia predominante en la categoría foráneo por la presencia tanto de ansiedad como de depresión, 44,44% y 52,38 % para cada caso, esto hace diferencia con Betancort y Pierluissi (2022) que el mayor caso de ansiedad se encontraba en los estudiantes locales 28,7% pero en el caso de depresión el mayor porcentaje lo tienen los foráneos.

El estrato socioeconómico que más participo en el presente estudio fue el estrato II clase media alta 57% si mostrar diferencias con Velázquez y Zapata (2022) y Jiménez y Rivas (2024), igualmente Berti y Bello AÑO indicaron 50,0% clase media alta y Ríos y Turizo (2022) cuyo estudio revisó la ansiedad, estrés, depresión e ideación suicida en 106 estudiantes identificó 55,7% con clase media alta, todos estas investigaciones realizadas en estudiantes de último año de medicina de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar. Seguido de la clase media, y el rango de IE fue capacidad adecuada 17,46%.

El nivel socioeconómico puede ser un factor determinante en la aparición y la gravedad de la ansiedad y la depresión, el grupo de estudiantes evaluados donde la clase media alta II es el estrato social donde hubo más prevalencia, también es la clase donde se encuentra el mayor porcentaje de presencia de ansiedad y presencia de depresión 36.5% y 39.68% respectivamente, estos resultados tienen semejanza a Betancort y Pierluissi (2022) quienes estudiaron los niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de último año, de la Universidad de Oriente, que la presencia de dichos trastornos 43.7% y 37% para cada uno.

La inteligencia emocional y la ansiedad y depresión están relacionadas de diversas maneras, ya que la forma en que una persona procesa, entiende y regula sus emociones puede influir en su nivel de ansiedad y depresión. Ayala (2021), determinaron la asociación entre inteligencia emocional, niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina, en una muestra de 276 estudiantes. Los resultados mostraron que 65,5% correspondía al sexo femenino, con edades comprendidas entre 18 a 31 años. Así mismo, 61,4 % tenía síntomas de depresión y 67,7% síntomas de ansiedad. En el presente estudio, al comparar los rangos de IE con respecto a la presencia de ansiedad y depresión, Al relacionar los rangos de inteligencia emocional intrapersonal, ansiedad y depresión se evidenció que el límite presentó 30,16% encontrándose para ansiedad 17,46%, considerado valor normal, y 12,70% con presencia de ansiedad, mientras que para depresión se obtuvo 17,46 % y 12,70% sin presencia. En el interpersonal se evidencio que predomino el promedio 34,92 %, teniendo para depresión 22,22% presencia de la misma y 12,70% sin presencia de esta, mientras que para ansiedad 22,22% valor normal y 14,29% presencia de ansiedad, En relación a la adaptabilidad y rango de ansiedad y depresión, 34,92% estuvo en la categoría inferior, para depresión se obtuvo 28,57% y 6,35% sin presencia de esta. En ansiedad se obtuvo 20,63% como presente, En cuanto al manejo del estrés podemos apreciar marcadamente que predomina promedio (41,27%) encontrándose predominio en la presencia de ambos rangos 25,40% y 26,98% para

ansiedad y depresión respectivamente. En relación al estado de ánimo general y rango de ansiedad y depresión se evidenció 30,16% para promedio distribuidos 20,63% en presencia de depresión y 9,52% valor normal, para ansiedad 15,87% sin presencia de la misma y 14,29% presencia de ansiedad; aunque existe similitud en Limítrofe e Inferior 17,4 %

Por último, el Rango de IE que más prevaleció fue promedio, para los componentes, Interpersonal 34.92% , manejo de estrés 41.27% y estado de ánimo 30,16, Intrapersonal Limítrofe, y Adaptabilidad en el Rango Inferior, con respecto a Velázquez y Zapata (2023) se encuentra una diferencia ya que los Rangos encontrado en dicho estudio se encuentra en marcadamente alto para los componentes, intrapersonal, interpersonal y adaptabilidad, a su vez discrepa con Jiménez y Rivas (2024) donde el rango que prevaleció fue marcadamente bajo para todos los componentes a excepción de Interpersonal donde lidero el rango Inferior.

CONCLUSIONES

En base a los factores sociodemográficos, el grupo etario con mayor participación estuvo entre 27 y 29 años, del cual se obtuvo un 55.6 % de interacción y un alcance de 35 personas.

El 57.1 % de los encuestados pertenecían a la clase media alta II, 28.6 % se clasificaron como “clase media III”, 9.5 % afirmaron formar parte de la clase alta I; y 3 % de la población encuestada alega pertenecer a la clase media baja IV.

Existió similitud entre las capacidades emocionales promedio, baja, muy baja y marcadamente baja; siendo la primera mencionada de 26.98 % (n=17) y las demás 20.63 % (n=13). En el caso de marcadamente alta, muy alta y alta capacidad emocional, la población identificó ser parte en 4.76 %, 1.59 % y 4.76 %, respectivamente.

Los encuestados evidenciaron tener inteligencia emocional intrapersonal promedio (34.92 %) e interpersonal promedio (28.57 %), adaptabilidad inferior (34.92 %), manejo del estrés promedio (41.27 %), y estado de ánimo general promedio (30.16 %).

De los 63 encuestados, 34 presentaron ansiedad y 42 presentaron depresión, esto corresponde al 53.97 % y 66.67 % de la población de estudio.

En los rangos de inteligencia emocional predominó el sexo femenino (66.67 %), el mayor aporte según la edad estuvo entre las edades de 24 y 26 años, y la familia nuclear prevaleció en las encuestas realizadas, con un alcance de 39 personas.

El sexo femenino presentó mayores niveles de ansiedad (30.16 %) y depresión (41.27 %), el grupo etario con un rango mayor de estas comprende las edades entre 24 y 26 años, fue predominante en familias nucleares teniendo un alcance de 45 encuestados, y la presencia de estas fue mayor en personas de la religión cristiano católico (41.27 %).

De acuerdo con la escala de Graffar, la clase media alta (II) presentaban mayores niveles de ansiedad y depresión, con 36.51 % y 39.68 %, respectivamente, teniendo un alcance de 48 personas de las 63 encuestadas.

Los niveles de ansiedad y depresión predominaban para el componente intrapersonal e interpersonal el promedio como mayor presencia de ansiedad y depresión (31.75 %), la adaptabilidad como limítrofe con un alcance en conjunto del 28.57 %, el manejo del estrés fue promedio (52.38 %); y el estado de ánimo general estuvo predominado por promedio, que en conjunto formó parte del 34.92 % de la población encuestada.

RECOMENDACIONES

Implementar programas que promuevan la inteligencia emocional, que sea diversificado y que permita a la comunidad estudiantil las herramientas necesarias para que puedan identificar habilidades emocionales y de autoconocimiento desde un enfoque sistémico que logre integrar la instrucción académica desde el saber, hacer y sentir. Pudiendo brindar en el proceso de aprendizaje: talleres, cursos y material de apoyo que sirvan de guía y que permita ser distribuido en todas las áreas y niveles de ciencias de la salud ya que fundamentalmente se debe contar con buen manejo emocional para poder tratar y brindar un servicio integral al paciente.

Complementar estos programas a las actividades propuestas en los cronogramas y que no solo sea al estudiantado sino también al profesorado y toda la comunidad relacionada al ámbito laboral, social y familiar de dichos estudiantes y de esta manera fortalecer los aspectos relacionados con la inteligencia emocional, buscando mejorar el desarrollo integral de los estudiantes de medicina en los aspectos social, académico y afectivo.

Realizar intervenciones psiquiátricas específicas en relación a los estudiantes que experimenten cuadros de ansiedad y/o depresión, las cuales permitan concluir diagnósticos precisos o causas subyacentes y ofrecer tratamientos oportunos adaptados a sus necesidades individuales.

Se recomienda ampliar la investigación a otras poblaciones y muestras para enriquecer la comprensión de la relación entre las variables de inteligencia emocional, ansiedad y/o depresión en contextos sociales, académicos y profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, A. 2020. Clasificación de las investigaciones. Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas de la Universidad de Lima. [En línea]. Disponible: <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3321884>. [Febrero, 2024].
- Aranda, A. 2014. Inteligencia Emocional y Mediación Familiar. Reflexiones, Experiencias Profesionales e Investigación. Zaragoza: Universidad de Zaragoza. [En línea]. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/655308.pdf>. [febrero, 2024].
- Arrieta, K., Díaz, S., González, F. 2013. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. Rev. Colomb. Psiquiatr. [Serie en línea] 42(2):173-181. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80629187004.pdf>. [febrero, 2024].
- Ayala, N., Duré, M., Urizar, C., Insaurralde, A., Castaldelli, J., Ventriglio, A., et al. 2021. Inteligencia emocional asociada a niveles de ansiedad y depresión en estudiantes de Medicina de una Universidad pública. AnFacCiencMed. [Serie en línea] 54(2). Disponible: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492021000200051. [febrero, 2024].

- Barraza, R., Muñoz, N., Behrens, C. 2017. Relación entre inteligencia emocional y depresión-ansiedad y estrés en estudiantes de medicina de primer año. *RevChilNeurPsiquiatr.* [Serie en línea] 55(1). Disponible: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000100003. [febrero, 2024].
- Bojórquez, C., Moroyoqui, S. 2020. Relación entre Inteligencia Emocional Percibida y Ansiedad en Estudiantes Universitarios. *Revista Espacios.* [Serie en línea] 41(13):7. Disponible: <https://www.revistaespacios.com/a20v41n13/a20v41n13p07.pdf>. [febrero, 2024].
- Botto, A., Acuña, J., Jiménez, P. 2014. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *RevMedChil.* [Serie en línea] 142(10). Disponible: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014001000010. [febrero, 2024].
- Broc, M., Martínez, R., Broc, S. 2014. ¿Se puede medir la inteligencia emocional? El Inventario de Inteligencia Emocional de Reuven Bar-On y su Utilización en Contextos Clínico-Sanitarios, Socioeducativos y Empresariales. [En línea]. Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8259982>. [Febrero, 2024].
- Bru, L., Martí, M., Merino, C., Cervera, J. 2021. Emotional Intelligence Measures: A Systematic Review. *Healthcare (Basel).* [Serie en línea] 9(12):1696. Disponible:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8701889/>.
[febrero, 2024].

Bueno, A. 2019. La Inteligencia Emocional: Expresión Teórica de los Modelos Fundamentales. *Revista Seres & Saberes*. [Serie en línea] (6), 57-62. Disponible: <https://revistas.ut.edu.co/index.php/SyS/article/view/1816>. [Febrero, 2024].

Cardona, J., Pérez, D., Rivera, S., Gómez, J., & Reyes, Á. 2015. Prevalencia de ansiedad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas Psicológicas*. [Serie en línea] 11(1), 79-89. Disponible: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67943296005.pdf>. [febrero, 2024].

Chand, S. y Arif, H. 2019, marzo. Depresión. *StatPearls*. [En línea]. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/>. [febrero, 2024].

Contreras, Y., Miranda, O., Torres, V. 2020. Ansiedad y depresión en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. *Revista Cubana de Medicina Militar*. [Serie en línea] 49(1), 71-85. Disponible: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/492>. [Febrero, 2024].

Gálves, C. 2017. Inteligencia Emocional. [En línea]. Disponible: https://www.researchgate.net/publication/314179279_Inteligencia_emocional. [Febrero, 2024].

- García, D., Hernández, J., Cobo, R. 2021. Emotional Intelligence and Academic Self-Efficacy in Relation to the Psychological Well-Being of University Students During COVID-19 in Venezuela. *Frontier*. [En línea]. Disponible: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2021.759701/full>. [Febrero, 2024].
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan, P. y Grayson, D. 1988. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *British Medical Journal*. [Serie en Línea] 297 (6653): 897-899. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1834427/>. [febrero, 2024].
- Goleman, D., Mckee, A., David, S., Gallo , A. 2021. *Inteligencia Emocional*. Barcelona: Editorial Reverté, S.A. [En línea]. Disponible: <https://iuymca.edu.ar/wp-content/uploads/2022/01/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>. [febrero, 2024].
- Guadalupe, J., Vaca, G. 2018. *Estés Laboral y Ansiedad en el Personal de Enfermería del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón Período 2017-2018*. Tesis de Grado. Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba. Pp 56. [En línea]. Disponible: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4918>. [febrero, 2024].
- Mallorquí, N. 2016. *Servicio Psiquiatría y Psicología Hospital Universitario Dexeus*. [En línea]. Disponible: <https://www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com/es/unidades.cfm>. [febrero, 2024].

- Mamani, R., Valle, C. 2018. Inteligencia Emocional, Hábitos de Estudio y Rendimiento Académico en estudiantes de Quinto Año de Secundaria del Distrito de Arequipa. Tesis de Grado. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú. Pp 76. [En línea]. Disponible: <https://repositorio.unsa.edu.pe/bitstreams/3d97c346-87a7-4edc-95bc-7d20f4ad82a9/download>. [febrero, 2024].
- Martín, M., Pérez, R. y Riquelme, A. 2016. Valor diagnóstico de la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EAD-G) en adultos cubanos. Univ. Psychol. [Serie en línea] 15 (1): 177-191. Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672016000100014. [Febrero, 2024].
- Martínez, M., Delgado, B., Inglés, C., García, J. 2019. Cyberbullying in the university setting. Relationship with family environment and emotional intelligence. Computers in Human Behavior. [Serie en línea] 91: 220–225. Disponible: <https://psycnet.apa.org/record/2018-59937-024>. [febrero, 2024].
- Mayer, J., Roberts, R., Barsade S. 2008. Human abilities: emotional intelligence. Annu Rev Psychol. [Serie en línea] 59:507-36. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17937602/>. [febrero, 2024].
- Mendoza, D., Mancacela, S. 2022. Relación entre bullying y depresión en adolescentes. Tesis de Grado. Facultad de Psicología. Cuenca, Ecuador. Universidad de Azuay. Pp 52. [En línea]. Disponible:

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/12337/1/17864.pdf>.
[febrero, 2024].

Montenegro, J. 2020. La inteligencia emocional y su efecto protector ante la ansiedad, depresión y el estrés académico en estudiantes universitarios. *RevTzhoeco*. [Serie en línea] 12(4). Disponible: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/tzh/article/view/1395>.
[Febrero, 2024].

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., Slade, P. 2018. The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. [Serie en línea] 80: 106–117. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29407344/>. [febrero, 2024].

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2021, enero. Plan de acción sobre salud mental: 2013-2020. [En línea]. Disponible: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.
[Febrero, 2024].

Parker, J., Saklofske, D., Keefer, K. 2016. Giftedness and academic success in college and university. *Gifted Education International*. [Serie en línea] 33(2): 183–194. Disponible: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0261429416668872>. [Febrero, 2024].

Rode, J., Arthaud, M., Ramaswami, A., Howes, S. 2017. A time-lagged study of emotional intelligence and salary. *Journal of Vocational*

Behavior. [Serie en línea] 101, 77–89. Disponible: <https://psycnet.apa.org/record/2017-28613-008>. [Febrero, 2024].

Sharon, D., Grinberg, K. 2018. Does the level of emotional intelligence affect the degree of success in nursing studies? Nurse Education Today. [Serie en línea] 64: 21–26. Disponible: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29454875/>. [febrero, 2024].

Ugarriza, N. 2001. La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn (I-CE) en una muestra de Lima Metropolitana. Persona. [Serie en línea] 4: 129-160. Disponible: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/2195>. [Febrero, 2024].

Vasefi, A., Dehghani, M., Mirzaaghapoor, M. 2018. Emotional intelligence of medical students of Shiraz University of Medical Sciences cross sectional study. En: Annals of Medicine and Surgery. [Serie en línea] 32, 26–31. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6052194/>. [Febrero, 2024].

Vaquero, M. 2020. Relación entre Inteligencia Emocional y Rendimiento Académico en Adolescentes Dentro del Centro Educativo de Ecelencia en Sao Paulo. Tesis Doctoral. Instituto Universitario de Ciencias de la Educación, Salamanca. pp 156. [En línea]. Disponible: <https://gredos.usal.es/handle/10366/143606>. [febrero, 2024].

APÉNDICES

Apéndice A



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

Ciudad Bolívar, ____/____/____.

Dr. Julio Barreto

Coordinador del departamento de salud mental de la Universidad de Oriente.

Sirva la presente para saludarle a la vez que deseamos solicitarle con el debido respeto, toda la colaboración que pueda brindarnos para la elaboración de la investigación que lleva por título **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.** Que será presentada a posteriori como trabajo de grado, siendo un requisito parcial para optar por el título de Médico Cirujano. Se contará con la tutoría de la Dra. Loisi De Lima. Esperando recibir de usted una respuesta satisfactoria que nos aproxime a la realización de esta tarea.

Atentamente

Br. Elías Requena

Tesista

Br. Daniela Rodríguez

Tesista

Apéndice B



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, portador de la Cédula de Identidad número _____, declaro que he sido informado sobre los objetivos y alcances de la investigación titulada **FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR**, desarrollada por las Bachilleres Elías Requena y Daniela Rodríguez, bajo la tutoría de la Dra. Loisi De Lima. Por medio de la presente declaro que conozco y comprendo la información que me ha sido suministrada y acepto participar como sujeto de investigación.

En Ciudad Bolívar, a los ____ días del mes de _____ de 2024.

Firma

Apéndice C



**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL,
ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA
PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR.
CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR.**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Edad _____ **Sexo:** Femenino _____ Masculino _____
Tipo de familia: Nuclear ___ Extendida ___ Monoparental ___ Otro ___
Religión: cristiano católico ___ cristiano evangélico ___ musulmán ___ Otro ___
Estado civil: Soltero ___ Casado ___ Concubinato ___ Unión libre ___
 Divorciado ___ Viudo ___
Procedencia: Foráneo ___ Local ___
Domicilio: Propio _____ Alquilado _____ Familiar _____
Ocupación (trabajo): Si _____ No _____ Cual _____
Domicilio en Ciudad Bolívar: Si _____ No (Viaje): _____ Vive Con Familiar

Hijos: Si _____ No _____

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE GRAFFAR

VARIABLES	PUNTAJE	ITEMS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Profesión del jefe de familia 	1	Profesión universitaria, financista, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad. Oficiales de Fuerzas Armadas (sí tienen un rango de educación superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa).
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nivel de instrucción de la Madre 	1	Enseñanza universitaria o su equivalente.
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior.
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria).
	5	Analfabeta.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Principal fuente de ingreso de la familia 	1	Fortuna heredada o adquirida.
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales.
	3	Sueldo mensual.
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo.
	5	Donaciones de origen público o privado.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones de alojamiento 	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo.
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios.

	3	Vivienda con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2.
	4	Viviendas con espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias.
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas.

ESTRATO	TOTAL, DE PUNTAJE OBTENIDO	CLASE SOCIAL
Estrato I	4, 5, 6	Clase alta
Estrato II	7, 8, 9	Clase media alta
Estrato III	10, 11, 12	Clase media
Estrato IV	13, 14, 15, 16	Pobreza relativa
Estrato IV	17, 18, 19, 20	Pobreza crítica

Anexo 2

BARON EMOTIONAL QUOTIENT INVENTORY (INVENTARIO DE COCIENTE EMOCIONAL DE BARON – ICE)

De acuerdo a cómo te sientes, piensas o actúas la mayoría de las veces, selecciona la respuesta que te identifica, elige una respuesta por cada frase, selecciona el número que corresponde a tu respuesta. Por ejemplo, si tu respuesta es “Rara vez”, selecciona sobre el número 2 en la misma línea de oración. No hay respuestas “correctas” o “incorrectas”, ni respuestas “buenas” o “malas”. Responde honesta y sinceramente de acuerdo a cómo eres. Asegúrate de responder a todas las oraciones.

Rara Vez O Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Con Mucha Frecuencia O Siempre
1	2	3	4	5

	Rara Vez	Pocas Veces	A Veces	Muchas Veces	Con Mucha Frecuencia
1. Para superar las dificultades que se me presenten actuó paso a paso					
2. Es duro para mi disfrutar la vida					
3. Prefiero un trabajo en el que se me diga casi todo lo que tengo que hacer					
4. Sé cómo enfrentar los problemas más desagradables					
5. Me agradan las personas que conozco.					
6. Trato de valorar y darle el mejor sentido a mi vida.					

7. Me resulta relativamente fácil expresar mis sentimientos.					
8. Trato de ser realista, no me gusta fantasear ni soñar despierto.					
9. Reconozco con facilidad mis emociones					
10. Soy incapaz de demostrar afecto.					
11. Me siento seguro de mí mismo en la mayoría de situaciones					
12. Tengo la sensación de que algo no está bien en mi cabeza					
13. Tengo problemas para controlarme cuando me enojo					
14. Me resulta difícil comenzar cosas nuevas					
15. Cuando enfrento una situación difícil me gusta reunir toda la información que pueda sobre ella.					
16. Me gusta ayudar a la gente.					
17. Me es difícil sonreír					
18. Soy incapaz de comprender como se sienten los demás					
19. Cuando trabajo con otros tiendo a confiar más en sus ideas que en las mías					
20. Creo que puedo controlarme en situaciones muy difíciles					
21. Realmente no se para que soy bueno					
22. No soy capaz de					

expresar mis ideas					
23. Me es difícil compartir mis sentimientos más íntimos a los demás.					
24. No tengo confianza en mí mismo					
25. Creo que he perdido la cabeza					
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago					
27. Cuando comienzo a hablar me resulta difícil detenerme.					
28. En general, me resulta difícil adaptarme					
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo					
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.					
31. Soy una persona bastante alegre y optimista					
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.					
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso(a)					
34. Pienso bien de las personas					
35. Me es difícil entender cómo me siento					
36. He logrado muy poco en los últimos años					
26. Soy optimista en la mayoría de las cosas que hago					
27. Cuando comienzo a					

hablar me resulta difícil detenerme.					
28. En general, me resulta difícil adaptarme					
29. Me gusta tener una visión general de un problema antes de intentar solucionarlo					
30. No me molesta aprovecharme de los demás, especialmente si se lo merecen.					
31. Soy una persona bastante alegre y optimista					
32. Prefiero que otros tomen decisiones por mí.					
33. Puedo manejar situaciones de estrés, sin ponerme demasiado nervioso(a)					
34. Pienso bien de las personas					
35. Me es difícil entender cómo me siento					
36. He logrado muy poco en los últimos años					
37. Cuando estoy enojado(a) con alguien se lo puedo decir					
38. He tenido experiencias extrañar que no puedo explicar					
39. Me resulta fácil hacer amigos					
40. Me tengo mucho respeto					
41. Hago cosas muy raras					
42. Soy impulsivo(a), y eso me trae problemas					
43. Me resulta difícil cambiar de opinión					
44. Soy bueno para					

comprender los sentimientos de las personas					
45. Lo primero que hago al tener un problema es detenerme a pensar					
46. A la gente le resulta difícil confiar en mi					
47. Estoy contento(a) con mi vida					
48. Me resulta difícil tomar decisiones por mí mismo(a)					
49. No puedo soportar el estrés					
50. En mi vida no hago nada malo					
51. No disfruto lo que hago					
52. Me resulta difícil expresar mis sentimientos más íntimos					
53. La gente no comprende mi manera de pensar					
54. Generalmente espero lo mejor.					
55. Mi amigo me confían sus intimidades					
56. No me siento bien conmigo mismo(a)					
57. Percibo cosas extrañas que los demás no ven					
58. La gente me dice que baje el tono de voz cuando discuto					
59. Me resulta fácil adaptarme a situaciones nuevas					
60. Cuando intento resolver un problema analizo todas las posibles					

soluciones y luego escojo la que considero mejor					
61. Me detendría y ayudaría a un niño que llora por encontrar a sus padres, aun cuando tuviese algo que hacer en ese momento					
62. Soy una persona divertida					
63. Soy consciente de cómo me siento					
64. Siento que me resulta difícil controlar mi ansiedad.					
65. Nada me perturba					
66. No me entusiasma mucho mis intereses					
67. Cuando estoy en desacuerdo con alguien soy capaz de decírselo					
68. Tengo tendencia a fantasear y perder contacto con lo que ocurre a mi alrededor					
69. Me es difícil llevarme con los demás					
70. Me resulta difícil aceptarme como soy					
71. Me siento como si estuviera separado de mi cuerpo					
72. Me importa lo que le sucede a los demás					
73. Soy impaciente					
74. Puedo cambiar mis viejas costumbres					
75. Me resulta difícil escoger la mejor solución cuando tengo que resolver un problema					
76. Si pudiera violar la ley					

sin pagar las consecuencias, lo haría en determinadas situaciones					
77. Me deprimó					
78. Se cómo mantener la calma en situaciones difíciles					
79. Nunca he mentado					
80. En general me siento motivado(a) para continuar adelante, incluso cuando las cosas se ponen difíciles					
81. Trato de continuar y desarrollar aquellas cosas que me divierten					
82. Me resulta difícil decir "no" aunque tenga deseos de hacerlo					
83. Me dejo llevar por mi imaginación y fantasía					
84. Mis relaciones más cercanas significan mucho, tanto para mí como para mis amigos					
85. Me siento feliz con el tipo de persona que soy					
86. Tengo reacciones fuertes, intensas, que son difíciles de controlar					
87. En general, me resulta difícil realizar cambios en mi vida cotidiana					
88. Soy consciente de lo que me está pasando, aun cuando estoy alterado(a)					
89. Para poder resolver una situación que se presenta, analizo todas las posibilidades existentes					
90. Soy capaz de respetar a los demás					

91. No estoy contento(a) con mi vida					
92. Prefiero seguir a otros a ser líder					
93. Me resulta difícil enfrentar las cosas desagradables de la vida					
94. Nunca he violado la ley					
95. Disfruto de las cosas que me interesan					
96. Me resulta relativamente fácil decirle a la gente lo que pienso					
97. Tiendo a exagerar					
98. Soy sensible ante los sentimientos de otras personas					
99. Mantengo buena relación con los demás					
100. Estoy contento(a) con mi cuerpo					
101. Soy una persona muy extraña					
102. Soy impulsivo(a)					
103. Me resulta difícil cambiar mis costumbres					
104. Considero que es muy importante ser un(a) ciudadano(a) que respeta la ley					
105. Disfruto de las vacaciones y de los fines de semanas					
106. En general tengo una actitud positiva para todo, aun cuando surgen problemas					
107. Tengo tendencia a depender de otros					
108. Creo en mi capacidad para manejar los					

problemas más difíciles					
109. No me siento avergonzado(a) por nada de lo que he hecho hasta ahora					
110. Trato de aprovechar al máximo las cosas que me gustan y me divierten					
111. Los demás piensan que no me hago valer, que me falta firmeza					
112. Soy capaz de dejar de fantasear para ponerme en contacto con la realidad					
113. Los demás opinan que soy una persona sociable					
114. Estoy contento(a) con la forma en que me veo					
115. Tengo pensamientos extraños que los demás no logran entender					
116. Me es difícil describir lo que siento					
117. Tengo mal carácter					
118. Por lo general, me trabo cuando pienso acerca de las diferentes maneras de resolver un problema					
119. Me es difícil ver sufrir a la gente					
120. Me gusta divertirme					
121. Me parece que necesito de los demás más de lo que ellos me necesitan					
122. Me pongo ansioso(a)					
123. No tengo días malos					

124. Intento no herir los sentimientos de los demás					
125. No tengo una buena idea de lo que quiero en la vida					
126. Me es difícil hacer valer mis derechos					
127. Me es difícil ser realista					
128. No mantengo relación con mis amistades					
129. Haciendo un balance de mis puntos positivos y negativos me siento bien conmigo mismo(a)					
130. Tengo una tendencia de explotar en cólera fácilmente					
131. Si me viera obligado(a) a dejar mi casa actual, me sería difícil adaptarme nuevamente					
132. En general, cuando comienzo algo nuevo tengo la sensación de que voy a fracasar					
133. He respondido sincera y honestamente las frases anteriores					

Anexo 3

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de instrucción: _____

El presente instrumento tiene por finalidad determinar los niveles de ansiedad y depresión.

Seleccione una de las opciones de respuesta en función a los síntomas indicados, desde los últimos 15 días, incluyendo el día de hoy.

SUB ESCALA ANSIEDAD	SI	NO
¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
¿Ha estado muy preocupado por algo?		
¿Se ha sentido muy irritable?		
¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?		
¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).		
¿Ha estado preocupado por su salud?		
¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		

TOTAL, ANSIEDAD _____

SUB ESCALA DEPRESIÓN	SI	NO
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted el interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		

TOTAL, DEPRESIÓN _____

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS, INTELIGENCIA EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES DE MEDICINA PROMOCIÓN 91. UNIVERSIDAD DE ORIENTE - NÚCLEO BOLÍVAR. CIUDAD BOLÍVAR - ESTADO BOLÍVAR
---------------	--

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Requena Inaga, Elías Stevenson	CVLAC: 25.083.904 E MAIL: eliasstev2018@gmail.com
Rodríguez Villaverde Daniela.	CVLAC: 21.248.569 E MAIL: dgrvillaverde49@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Inteligencia, Emocional, Estudiantes De Medicina, Ansiedad, Depresión.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA y/o DEPARTAMENTO	SUBÀREA y/o SERVICIO
Dpto. de Salud Mental	Psiquiatría

RESUMEN (ABSTRACT):

Introducción: existe una relación entre la inteligencia emocional, ansiedad y depresión, ya que la forma en que una persona maneja sus emociones puede influir en su nivel de ansiedad y depresión. Cultivar la inteligencia emocional y desarrollar habilidades para regular las propias emociones puede ser beneficioso para reducir los niveles de ansiedad y depresión. Objetivo: Determinar factores sociodemográficos e inteligencia emocional, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina promoción 91. Universidad De Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar. Metodología: estudio descriptivo, cuantitativo, científico, de campo, no experimental, de corte transversal. La muestra fue de 63 estudiantes que cumplieron con los criterios de inclusión. Resultados: en la muestra estudiada, el sexo más representativo fue el femenino 58,7% (n=37), en edades comprendidas entre 27 a 29 años 55,6% (n=35), foráneos 74,6% (n=47), solteros 88,9% (n=56), 73,0% (n=46) solo estudiaban, 69,8% (n=44) indicó vivir en la ciudad alquilados; Encontrados la mayoría en el estrato II (clase media alta) 57,1% (n=36). La inteligencia emocional fue promedio, con capacidad adecuada 26,98% (n=17). El componente emocional interpersonal, manejo del estrés y estado de ánimo presentaron niveles promedio en 34,92% (n=22), 41,27% (n=26), 30,16% (n=19) respectivamente, mientras que intrapersonal obtuvo nivel limítrofe 30,16% (n=19) y adaptabilidad nivel inferior 34,92% (n=22). En los hallazgos de presencia de ansiedad y depresión, se encontraron 53,97% (n=34) y 66,67% (n=42) respectivamente. Siendo el sexo femenino mayor en presencia de ansiedad 36,51% (n=23) y depresión 41,27% (n=26). La clase media alta predominó con una inteligencia emocional promedio 17,46% (n=11) Conclusiones: el nivel de inteligencia emocional fue de capacidad adecuada en la población, y la presencia de ansiedad y depresión fue encontrada en más de la mitad de la muestra, no se demostró relación estadísticamente significativa entre las variables.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Msc. Iván Amaya	ROL	CA	AS	TU(x)	JU
	CVLAC:	12.420.648			
	E_MAIL	iamaya@udo.edu.ve			
	E_MAIL				
Dra. Loisi de Lima	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	12.188.313			
	E_MAIL	loisidehmanaval@gmail.com			
	E_MAIL				
Dra. Yolirma Vaccaro	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:	5.553.546			
	E_MAIL	yolirma@gmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU(x)
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	CVLAC:				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2024 AÑO	07 MES	10 DÍA
--------------------	------------------	------------------

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis factores sociodemográficos e inteligencia emocional ansiedad y depresión en estud med prom 91. UDO cdad bol esdo bol	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL:

Universidad De Oriente - Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar - Estado Bolívar

TEMPORAL: 10 AÑOS

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Dpto. de Medicina

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO**

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR <i>[Firma]</i>
FECHA <u>5/8/09</u> HORA <u>5:20</u>

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNPEL
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telesinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/maruja

Apartado Correos 094 / Telf: 4008042 - 4008044 / 8008045 Telefax: 4008043 / Cumaná - Venezuela

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
"Dr. FRANCISCO BATTISTINI CASALTA"
COMISIÓN DE TRABAJOS DE GRADO

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

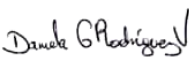
DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)


"Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participará al Consejo Universitario "


AUTOR(ES)



Br. REQUENA YAGUELLAS STEVENSON
C.I. 25083904
AUTOR


Br. DANIELA GIOVANNELA RODRIGUEZ
VILLAVERDE
C.I. 1248569
AUTOR

JURADOS


TUTOR: Prof. JOSE DE LIMA
C.I.N. 12100315
EMAIL: joselimalima@gmail.com


JURADO Prof. YOLIRMA ACCARO
C.I.N. 3553546
EMAIL: Yulirma@gmail.com


JURADO Prof. IVAN AMAYA
C.I.N. 12467698
EMAIL: IVAN44@ucdo.edu.ve

P. COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO



DEL PUEBLO VENIMOS HACIA EL PUEBLO VAMOS

Avenida José Martí c/ C. Colombo Silva- Sector Barrio Ajuro- Edificio de Escuela Ciencias de la Salud- Planta Baja- Ciudad Bolívar- Edo. Bolívar- Venezuela.
Teléfono (0285) 6324976